C 3 9015 00339 947 7
University of Michigan – BUHR

BOOKBINDER
AND STATIONER,
F. J. Schleede, Prop.
ST.,
MICH.

1817
ARTES VERITAS SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

THE GIFT OF
Dr. Conrad Georg

610.5
T394
R9

Med. Lib
Bequest of
Dr. Conrad Georg
11-27-1933

Dr. Georg

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. A. Hoffa, Berlin. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44.
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 5. Januar 1908. Nr. 1.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Polyarthritis chronica progressiva primitiva destruens (fälschlich chronischer Gelenkrheumatismus genannt) und ihre Behandlung:

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Hoffa** in Berlin.

In einer größeren Arbeit, die ich in den letzten Jahren gemeinsam mit meinem Assistenten. dem Privatdozenten Herrn Dr. Wollenberg, gemacht habe, haben wir versucht, den alten Wirrwarr, der auf dem Gebiete des chronischen Gelenkrheumatismus herrscht, zu klären und sind zu dem Ergebnis gekommen, daß der sogen. chronische Gelenkrheumatismus eine Krankheit sui generis ist, der scharf von der Arthritis deformans getrennt werden muß. Weiter sind wir dann dazu gekommen, den chronischen Gelenkrheumatismus als primäre Erkrankung auszuscheiden und nur einen sekundären chronischen Gelenkrheumatismus gelten zu lassen, der sich im Anschluß an einen akuten Gelenkrheumatismus entwickelt. Das, was man bisher gewöhnlich chronischen Gelenkrheumatismus genannt hat, hat zunächst mit Rheumatismus gar nichts zu tun, das haben schon Bäumler, Schuchard, Curschmann und His immer betont. Es handelt sich vielmehr wahrscheinlich um eine Infektionskrankheit und sind Bakterien als Infektionserreger von Schüller, Chauffart, Ranson, Blasall, Wohlmann, Bannatyne, Spitzy u. a. beschrieben worden. Da die Erkrankung nun auch klinisch nicht dem Begriff des Rheuma d. h. dem des Fließens, des Wechselns oder Ueberspringens entspricht, die Veränderungen vielmehr an den einmal befallenen Gelenken haften bleiben und die ergriffenen Gelenke langsam aber sicher, wenn auch oft mit Remissionen und Exazerbationen fortschreitend, zerstören, so ist es nicht mehr als billig, endlich einmal den Ausdruck „chronischer Gelenkrheumatismus“ endgültig zu beseitigen. Die beste Bezeichnung, die wir der Erkrankung geben können, ist die von Charcot und His herstammende: „Polyarthritis chronica progressiva primitiva; ich füge dazu noch die Bezeichnung destruens, um den Gegensatz zu Arthritis deformans, der deformierenden Gelenkentzündung hervorzuheben. Befallen werden von der Erkrankung meist Frauen, die etwa Mitte der dreißiger und vierziger Jahre stehen. Das Leiden setzt fieberlos, ganz allmählich ein. Es ergreift in der Regel symmetrisch zunächst die Fingergelenke, die spindelförmig anschwellen, und die Gelenke an den Zehen. Langsam, ohne Fieber, in Attacken, in Schüben, breitet sich dann die Erkrankung von hier aus weiter aus, es erkranken die Handgelenke, die Fußgelenke und die Kniegelenke. Es entstehen selten Herzklappenfehler, und die Kranken reagieren nicht auf Salicylsäure.

Bei einem ausgeprägten Fall findet man die Interphalangealgelenke spindelförmig geschwollen, in späteren Stadien in Flexions- oder Extensionsstellung subluxiert, die Grundgelenke der Finger sind ulnarwärts disloziert, die Finger dachziegelförmig übereinandergeschoben. Die Handgelenke sind verdickt und subluxiert. Ebenso sind die Ellenbogengelenke geschwollen und teilweise versteift. seltener sind die Schultergelenke befallen. Sehr schwer leiden meist die unteren Extremitäten. Die Füße stehen in fixierter Plattfußstellung. Die Fußgelenke sind verdickt und krepitieren bei Bewegungen. Die Kniegelenke sind stark verdickt, stehen in starker Beugestellung, krepitieren laut bei Bewegungen; die Hüften sind meist frei. Jeder Bewegungsversuch macht heftige Schmerzen. Die Patienten verlieren daher bald jede Lust zum Gehen und werden schließlich an den Rollstuhl oder an das Bett gefesselt. Die Muskulatur schwindet im Laufe der Erkrankung mehr und mehr, so daß die Patienten oft zu Skeletten abgemagert sind. Reiche Patienten können sich ihr Leben noch einigermaßen erträglich gestalten; arme Leute verfallen meist dem Siechenhaus. Diese Siechenhäuser pflegen von derartigen armen Frauen überfüllt zu sein. Das Krankheitsbild, das ich eben nur flüchtig gezeichnet habe, wird zur Zeit noch vielfach verkannt. Es wird entweder für einen chronischen Gelenkrheumatismus gehalten, oder aber man sagt, die Patienten leiden an Arthritis deformans oder an Gicht.

Ich habe nun schon eingangs ausgeführt, daß wir die Bezeichnung „chronischer Gelenkrheumatismus“ fallen lassen müssen. Von einem Rheumatismus der Gelenke ist nicht die Rede, sondern von einer schleichenden, aber progressiven, wahrscheinlich infektiösen Polyarthritis, die zu einer Zerstörung der Gelenke führt. Diese chronische, primäre, progressive Polyarthritis destruens muß in erster Linie von der Arthritis deformans, die wiederum ein eigenes Krankheitsbild darstellt, geschieden werden.

Auch die Arthritis deformans beginnt schleichend. Sie befällt in der Regel die größeren Gelenke: die Kniegelenke, die Hüftgelenke, die Schultergelenke; die kleineren Gelenke sind dagegen seltener affiziert. Die Krankheit hat gewiß einen fortschreitenden Charakter, aber sie zeigt doch nicht die Progredienz, wie sie für die uns interessierende Polyarthritis chronica progressiva bezeichnend ist. Hat einmal die Arthritis deformans ein gewisses Höhestadium erreicht, so bleibt der Zustand in der Regel stationär, ja, es können auch wieder Besserungen eintreten. Niemals kommt es bei der Arthritis deformans zu einer wirklichen Ankylosenbildung, — so deformiert die Gelenkenden auch sind, immer kommt es wieder zur Neubildung eines Gelenkes, so daß immer noch Bewegungen,

Generated on 2019-09-29 00:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015080296653 / Public Domain

wenn auch nach einer falschen Richtung hin, stattfinden können. Nur selten werden Pseudoankylosen, die sogen. Deformationsankylosen, beobachtet, dadurch zustandekommend, daß sich die neugebildeten Knochenmassen gewissermaßen ineinander verhaken.

Wenn wir uns nun von Fällen von Arthritis deformans Röntgenbilder anfertigen, so sind diese außerordentlich charakteristisch. Während beim Beginn der Arthritis deformans die übrigen Gelenkteile ziemlich intakt erscheinen, sieht man als erste pathologische Veränderungen an den unteren und oberen Enden der Patella spornförmige Gebilde, welche später der Patella eine ganz rhombische Gestalt zu verleihen vermögen. Der Gelenkspalt ist zunächst noch völlig normal, und es besteht keine erhebliche Atrophie der Knochen. Es ist dies letztere ein großer Gegensatz gegen unsere Polyarthritis chronica progressiva, bei der schon frühzeitig eine erhebliche Knochenatrophie vorhanden ist. Ist die Arthritis deformans etwas weiter fortgeschritten, so sehen Sie die rhombische Gestalt der Patella deutlich ausgeprägt. Jetzt sind auch schon Defekte an den Condylen, die sich abplatten, bemerkbar. Ebenso nähern sich auch schon die Gelenkenden einander, ein Beweis, daß die Gelenkknorpel zu Grunde gegangen sind. Weiterhin werden die Defektbildungen und Abflachungen der Condylen immer ausgesprochener. Jetzt sieht man aber auch schon deutlich spornförmige, lippenförmige Ausladungen an den Enden der Tibia und des Femur, welche den bekannten Randwucherungen an den Gelenkenden entsprechen. Infolge des Knorpelschwundes erscheinen die Gelenkenden noch näher aneinander gerückt. Die Gelenkenden erscheinen dabei ungleichmäßig, zackig, wellenförmig. v. Volkmann hat das ja so schön beschrieben, indem er die Unregelmäßigkeiten mit ausgefahrenen Geleisen verglichen hat.

Untersuchen wir die Gelenke in der Weise, daß wir Sauerstoff in dieselben einblasen und dann die Röntgenbilder machen, so wissen Sie — ich habe das im vergangenen Jahre in der Berliner klinischen Wochenschrift publiziert —, daß dann auch die Weichteile in den Gelenken sehr schön zum Vorschein kommen: hierbei haben wir nun ein ganz ausgezeichnetes differentialdiagnostisches Hilfsmittel herausgefunden, das uns die Diagnose Arthritis deformans oder Arthritis destruens ganz sicher stellen läßt. Sie sehen hier in einem solchen Sauerstoffröntgenbild die schon geschilderten Veränderungen an den Knochen, die rhombische Gestalt der Patella, das Verlorengehen der Gelenkspalten, das Aufeinandergepreßtsein der Gelenkenden, die Veränderungen in der Form der Condylen, die Randveränderungen und die breiten Ausladungen an den Gelenkenden. Daneben aber sehen Sie, daß der obere Recessus des Gelenkes wohl erhalten ist. Niemals findet sich bei der Arthritis deformans auch nur eine annähernd ähnliche Verödung des Gelenkes, wie sie, wie wir gleich sehen werden, charakteristisch ist für die Polyarthritis chronica progressiva, bei welcher eine Obliteration der Gelenkhöhle die Regel ist. Ich mache Sie ferner aufmerksam auf das Vorhandensein freier Gelenkkörper in dem oberen und dem hinteren Recessus und darauf, daß wir auch in diesen Bildern eine irgendwie hochgradige Atrophie der Knochen nicht bemerken. Ebenso charakteristisch wie am Knie sind unsere Röntgenbilder bei der Arthritis deformans des Hüftgelenkes. Sie sehen hier die bekannte Veränderung am Femurkopf und der Pfanne, den Verlust des Schenkelhalses, die Coxa-vara-Bildung und sehen ebenso entsprechende Veränderungen bei Arthritis deformans des Ellbogengelenkes.

Ueberblicken wir noch einmal das, was unsere Röntgenbilder zeigen, so ist das Ergebnis absolut übereinstimmend mit den Befunden, wie sie schon v. Volkmann an seinen Präparaten erhoben hat. Das Charakteristikum für die Arthritis deformans ist: Knochen- und Knorpelschwund auf der einen Seite, Knochen- und Knorpelwucherung auf der anderen Seite.

Ganz anders verhält es sich nun bei der Polyarthritis chronica progressiva, bei der Erkrankung, die wir charakterisieren wollen.

Wenn wir von diesen Patienten Röntgenbilder machen, so weisen auch diese außerordentlich charakteristische Veränderungen auf. Vor allen Dingen fällt uns eine außergewöhnlich hochgradige Atrophie der Knochen auf. Neben dieser Knochenatrophie ist charakteristisch der Schwund des Knorpels. Die Gelenklinien verschwinden, die Knochenenden werden aufeinandergepreßt, und es bilden sich an den Gelenkenden, da, wo die Knochenenden aufeinander liegen, scheinbare Verbreiterungen. Diese Verbreiterungen hat man bisher meist für Zeichen einer Arthritis deformans gehalten, für Knochenwucherungen. Tatsächlich aber handelt es sich nicht um solche, vielmehr einfach um eine plastische Verdrängung des Knochens. Der Knochen ist atrophisch, abnorm weich; die deformierenden Kräfte, die wir gleich kennen lernen werden, pressen die Gelenkenden aufeinander, und der plastische Knochen weicht nun einfach nach der druckfreien Seite hin aus. So entstehen die Verbreiterungen an den Gelenkenden. Dort aber, wo unter dem Einfluß kurzer, geschrumpfter Bänder die Knochen nicht seitlich ausweichen können, dort werden sie, wie z. B. an den Handwurzelknochen, einfach ineinandergepreßt, oder es kommt zu Verschiebungen der Gelenkenden, zu Subluxationen und Luxationen der verschiedenen Art.

Ebenso charakteristisch wie die Röntgenbilder von der Hand sind die von den übrigen Gelenken. Sehr interessant sind die Sauerstoffröntgenbilder vom Kniegelenk. Man sieht an diesen Bildern, daß es zu einer starken Obliteration der Gelenkhöhle kommt. Der obere Recessus verschwindet fast völlig, und ebenso finden sich die übrigen Gelenkräume fehlend und die Knochen miteinander verwachsen. Es ist dies ein stets vorhandener Gegensatz zu der Arthritis deformans des Knies, bei der die Gelenkhöhle immer fast normal erhalten bleibt.

Die Betrachtung der Röntgenbilder hat uns ergeben, daß wir es bei der Arthritis deformans und bei der chronischen progressiven Polyarthritis mit zwei vollständig verschiedenen Erkrankungen zu tun haben. Aber auch die pathologische Anatomie beider Affektionen läßt sie außerordentlich gut voneinander unterscheiden. Bei der Arthritis deformans haben wir es mit einer primären Erkrankung der Skelettanteile des Gelenkes, bei der Polyarthritis progressiva dagegen mit einer primären Erkrankung der Gelenkweichteile zu tun. Wir müssen nach diesen Feststellungen absolut darauf bestehen, daß diese beiden Erkrankungsformen nun endgültig ein für allemal voneinander getrennt werden.

Aber auch mit der Gicht, der Arthritis urica, hat unsere Erkrankung nicht das geringste zu tun. Trotzdem hört man von sehr vielen Kollegen die Erkrankung immer wieder als Gelenkgicht bezeichnen. Gewiß gibt es eine echte Gelenkgicht. Diese ist aber dadurch ausgezeichnet, daß sich harnsaure Salze in den Gelenken ablagern. Die Harnsäure wirkt als Reiz und dadurch entsteht dann eine Entzündung der Gelenke, die den typischen Gichtanfall auslöst. Meist wird nur ein oder das andere Gelenk befallen, es kann aber gelegentlich auch die Gicht in einer größeren Anzahl von Gelenken auftreten. Der akute Gichtanfall ist meist leicht zu diagnostizieren. Es ist aber nicht selten, daß die akuten Gichtanfälle mit der Zeit ihre Gleichmäßigkeit in Bezug auf Eintritt und Dauer verlieren und einen mehr schleppenden Charakter annehmen, oder es kann auch wohl die Gicht von Anfang an ohne ausgesprochene Anfälle verlaufen (chronische, atypische Gicht). Die Untersuchung des Harn ergibt aber dann immer das Vorhandensein gesteigerter Harnsäure, man findet Harnsäure-Depots auch an anderen Körperstellen, und es läßt sich die Harnsäure auch im Blute nachweisen (Garnodsche Fadenprobe oder noch besser chemischer Nachweis).

Sekundär können nun in gichtischen Gelenken auch die typischen Merkmale der Arthritis deformans zur Entwicklung kommen. Die Gelenke sind verdickt, deformiert, subluxiert, ankylosiert; sie zeigen die typischen Bilder der Arthritis deformans; aber daneben sind dann jedesmal auch andere Gichterscheinungen, Harnsäureablagen in den Sehnen und Schleimbeuteln, an den Ohrmuscheln etc. vorhanden und die Erkrankung reagiert ausgezeichnet auf die Gichtmittel, die bei der primären chronischen Polyarthritis völlig versagen.

Es muß diese letztere also als eine ganz andere Erkrankung auch absolut streng von der Gicht getrennt werden.

Unsere Polyarthritis destruens ist eine exquisit progressive Erkrankung. Die Patienten erkranken langsam, schleichend mit Erscheinungen, die anfangs lediglich in ziehenden Schmerzen, sowie in allmählichen Verdickungen der Gelenke bestehen. Diese Erscheinungen betreffen in der Mehrzahl der Falle zunächst die kleinen peripheren Gelenke der Finger symmetrisch, um auch allmählich auf die größeren Gelenke überzugehen.

Es wird, wie schon hervorgehoben, von den meisten Patienten ausdrücklich angegeben, daß die anfänglichen Schmerzen so unbedeutend waren, daß der Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes oft gar nicht mehr sicher zu eruieren ist. Zuweilen waren die Schwellungen anfangs auch nur sehr unbedeutend. In diesem Zustande können die Gelenke jahrelang verharren. Nur in einem Falle sind die Schmerzen nach der Angabe der Patientin gleich anfangs ziemlich stark. Fieber besteht nicht.

Der weitere Verlauf der Erkrankung gestaltet sich ziemlich mannigfaltig; übereinstimmend werden von den Patienten geringe Besserungen und Verschlimmerungen im Verlaufe der Krankheit erwähnt, aber eine vollständige, dauernde Besserung kommt nur überaus selten vor. Im allgemeinen nimmt das Leiden allmählich zu, indem sich einmal der Prozeß auf bisher noch intakte Gelenke erstreckt, zweitens, indem die bisher befallenen Gelenke immer heftiger erkranken, immer schmerzhafter werden, immer ausgesprochenere Veränderungen zeigen.

Der Charakter der Krankheit ist also ein progredienter; aber diese Progredienz zeigt wieder recht bedeutende Variationsbreiten; so sehen wir bei einem Patienten rasche Zunahme der Krankheitserscheinungen, bei einem anderen jahrelang kaum merkliche Steigerung der Beschwerden; ja es kann unter Umständen auch einmal scheinen, als sei der Prozeß stationär geworden.

Die anfänglichen Schmerzen sind meist von einer Schwellung der betreffenden Gelenke begleitet, die auf eine fühlbare Verdickung der Gelenkkapsel und der umgebenden Weichteile zurückzuführen ist, zuweilen auch auf eine Exsudation in das Gelenk und seine Umgebung. Diese exsudativen Erscheinungen pflegen jedoch nicht allzulange anzudauern.

Wirklich starke Ergüsse in den Gelenken haben wir an unserem Material nur in wenigen Fällen nachweisen können, bei denen es sich jedesmal um eine Erkrankung ziemlich jungen Datums handelte.

Der Palpationsbefund der Gelenke ist in der Regel so, daß wir bei frühen Stadien eine stark verdickte, bald mehr derbe, bald weich-elastische Kapsel finden; häufig können wir unregelmäßige Wülste und Träubchen nachweisen, die vergrößerten Synovialiszotten entsprechen, und die daher natürlich an den Orten besonders palpabel sind. wo schon normalerweise eine reichliche Entwicklung von Gelenkzotten sich vorfindet, d. h. besonders an den Umschlagsfalten der Synovialis. In späteren Stadien verringert sich in der Regel die Kapselverdickung, und die Schrumpfung, die Retraktion des Gewebes tritt in den Vordergrund. Wir haben jedoch häufig an verschiedenen Gelenken derselben Person zu derselben Zeit die beiden Prozesse, Kapselverdickung mit Zottenhyperplasie und Kapselschrumpfung nebeneinander vor uns.

Die Krankheit geht nun so weiter, daß die Patienten durch ihre Beschwerden an den unteren Extremitäten veranlaßt werden, sich zuerst der Stöcke, dann der Krücken zu bedienen, um eine Fortbewegung zu ermöglichen. Schließlich werden sie dann an den Rollstuhl gefesselt oder gar dauernd bettlägerig, wie ich schon oben ausgeführt habe.

Gibt es nun kein sicheres Mittel, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhüten? Wir müssen leider antworten „Nein", aber darum stehen wir der Erkrankung doch keineswegs machtlos gegenüber. Diese Zeilen sollen gerade den Zweck haben, auf die wirklich ganz außerordentlich günstigen Resultate hinzuweisen, die wir bei unseren Patienten durch eine sachgemäße orthopädische Behandlung zu erzielen vermögen.

Die Zahl der inneren Mittel, die man gegen unsere Erkrankung empfohlen hat, ist außerordentlich groß. Ich erwähne zunächst, daß Menzer ein Streptokokkenserum hergestellt hat, das auch bei Fällen unserer Art Erfolge gehabt haben soll. Irgendwie ausgedehntere Erfahrungen existieren über dieses Mittel bisher noch nicht.

Uns hat sich von allen Mitteln immer wieder das Aspirin in größeren Dosen am besten bewährt. Ich gebe zwei bis drei Gramm pro Tag; eine ganze Reihe von meinen Patienten haben so durch Jahre hindurch, ich kann wohl sagen, tausende von Grammen Aspirin genommen, ohne jede schädliche Nebenwirkung auf den Magen oder die Nieren. Es ist geradezu wunderbar, wie das Aspirin auf die Patienten wirkt. Nehmen sie es nicht, so haben sie Schmerzen, sind steif und unbeweglich; nehmen sie es, so sind sie schmerzlos, beweglich und wieder voll Vertrauen. Ich lasse das Aspirin immer nehmen, wenn schmerzhafte Attacken vorhanden sind. Halten die Patienten es irgendwie ohne das Mittel aus, so ist es am besten, damit auszusetzen. Unwirksam sind meist kleinere Dosen Wie gesagt, schaden größere Dosen nichts. Es macht mir immer den Eindruck, als wenn das Aspirin ein im Blute kreisendes Toxin unschädlich macht, oder als wenn es die Ausscheidung dieses Toxins durch die Nieren bewirkt. Der Erfolg bei richtiger Medikation ist jedenfalls fast absolut sicher.

Hier und da trifft man noch einen Patienten, der Aspirin nicht verträgt. Dann gibt man Salicylsäure, Jodpräparate oder Arsenpräparate. Ganz vergeblich versucht man Gichtmittel, denn von gesteigerter Harnsäurebildung ist bei unseren Patienten nicht die Rede.

Außer dem Aspirin spielen die größte Rolle in der Therapie unserer Erkrankung die physikalischen Heilmittel. Es gibt wohl kein einziges physikalisches Heilmittel, welches nicht in irgend einer Form empfohlen worden wäre.

Wir müssen unterscheiden zwischen lokalen und allgemeinen Maßnahmen.

Die lokalen Maßnahmen sind meistens dazu bestimmt, die Schmerzen zu beseitigen und die Gelenke beweglicher zu machen. Es gehören hierher die Prießnitzschen Umschläge mit einfachem Wasser oder 2½%iger essigsaurer Tonerde, die heißen Watteverbände nach Diehl, die lokalen heißen Hand- und Fußbäder, die lokalen heißen Sandbäder, die lokalen Fango- und Moorumschläge.

Großer Beliebtheit erfreuen sich in der letzten Zeit die Bierschen lokalen Heißluftbäder, die vorzugsweise schmerzstillend und resorptionsbefördernd wirken. Gelegentlich kommt auch eine lokale Lichtbestrahlung mit Radium oder Röntgenstrahlen in Betracht. Ebenfalls lokal wirken die Heißluft-Douchen nach Frey, die zweckmäßig gleich mit Massage und Gelenkbewegungen verwandt werden. Dampfdouchen, schottische Douchen, Douche-Massagen unter dem heißen Wasserstrahl. wie sie in Aachen und Aix-les bains in Gebrauch sind, vervollständigen das Arsenal der lokalen Applikationen, die man im gegebenen Fall zweckmäßig variieren muß. Bei der langen Dauer der Erkrankung muß man immer wieder ein neues Mittel versuchen, das dann auch immer auf eine kurze Zeit zu helfen fähig ist. (Schluß folgt.)

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

Professor Hofmeiers Ausspruch: „Die Geburtshilfe muß chirurgischer werden", kennzeichnet die Ziele der heutigen geburtshilflichen Bestrebungen. Von den neuen Operationen, z. B. Pubiotomie, vaginalem Kaiserschnitt, Henckels Methode der Blutstillung durch Abklemmung der aa. uterinae, schneller Cervix-Erweiterung durch Dehnung mittels Kolpeurynters oder metallenen Dilatators (Bossi) interessieren den Allgemeinpraktiker sicher die Dehnungsmethoden am meisten. Er kennt die Gefahren, welche damit bekämpft werden sollen, leider schon aus bitteren Erlebnissen, und er sieht, daß er die neuen, rettenden Eingriffe ganz allein im Notfall ausführen könnte, wenn — ja, wenn aus der Fülle der Berichte in den medizinischen Zeitungen er nur sicher herausfinden könnte, wie man nun am besten handelte. Seit Jahrzehnten sind die Kolpeurynter empfohlen. Sieht man sie aber in der Hand erfahrener, in allgemeiner Praxis stehender Aerzte? Kaum je! Es kam eine kurze Glanzzeit der Bossi-Apparate, jäh verschwanden sie alsbald von der Bildfläche. Jetzt wird wieder der Kolpeurynter als allein seligmachendes Mittel angepriesen. Nun, armer Allgemeinpraktiker, wähle! Vielleicht ist es darum angebracht, daß einmal ein älterer Allgemeinpraktiker — kein Spezialarzt — seine Erfahrungen, Gedanken und Kritiken über beide Operationsmethoden den Kollegen unterbreitet, in der Hoffnung, hier und da einem Arzte einen festen Stützpunkt in der Erscheinungen Flucht zu geben. Ausdrücklich bemerke ich, daß meine Auseinandersetzungen nur Geltung haben sollen für die Hauspraxis in der Stadt und auf dem Lande. Kliniken müssen und sollen experimentieren, um die Wissenschaft zu fördern. Ich will nur darlegen, wie zur Zeit der alleinstehende Arzt am geeignetsten zum Wohle seiner Patientinnen meines Erachtens handeln soll.

Von vornherein nenne ich als meine Ansicht: Der Kolpeurynter kann für den Praktiker in mehreren Fällen hilfreich sein, jedoch unersetzlich ist er nur in einem einzigen Fall; der Bossi hingegen ist unentbehrlich für den auf sich allein angewiesenen Arzt. Ich werde diese der jetzigen Strömung entgegenstehende Ansicht im Nachfolgenden begründen.

Der Kolpeurynter tritt teilweise in Konkurrenz mit dem Bossi; diese Fälle sollen zuletzt betrachtet werden. Zunächst mag eine Schilderung und Kritik derjenigen Verfahren stattfinden, wo die Balloneinführung eine Verwendung findet in Konkurrenz mit anderen Operationsmethoden. Bei den ersteren Anwendungsarten handelt es sich um Einlegen der Kolpeurynter in die Scheide zu verschiedenen Zwecken.

I. Von der Königsberger Poliklinik wurde vor einigen Jahren der Kolpeurynter als wehenverstärkendes Mittel, nachdem die Geburt schon begonnen hatte, die Wehen aber wieder erlahmt waren, den Praktikern empfohlen. Das Ergebnis dieser Versuchsreihe war, daß die Wehen wieder eintraten nach 4 bis 30 Stunden. Den betreffenden Frauen war „das Ding“ sehr unangenehm, sie suchten es herauszupressen, und manchmal gelang ihnen dies auch. In anderen Fällen mußte noch Wasser nachgefüllt werden. Wenn man nun noch bedenkt, daß ohne dringenden Grund der Sekretabfluß gehindert, also die Infektionsgefahr gesteigert wurde, so ist im Gegenteil der einzig richtige Schluß, den der Praktiker aus jenen Versuchen ziehen kann, der: Nimmermehr! Denn auch ohne Kolpeuryse pflegen die Wehen innerhalb solcher Zeiträume wieder einzusetzen.

II. Ferner wird bei Steißlagen Erstgebärender der Kolpeurynter als Dehninstrument empfohlen, um Dammrissen vorzubeugen. So gefährdet sicher der Damm in solchen Fällen ist, doch verdient die Kolpeuryse schwerlich Empfehlung. Zeitverlust und Schmerzen für die Frau sind damit verbunden. Brauchbar ist auch nur der harte, voll aufgespritzte Ballon Champetier unter Zuganwendung. Der weiche würde nicht mehr leisten, als der Kindesrumpf an Dehnung erzielt. Ein rechtzeitiger seitlicher Einschnitt mit nachfolgender Naht ist nicht schmerzhafter, wirkt aber schneller und ist ungefährlich. Ja, in der Pratique médico-chirurgicale 1907, Band I, Seite 619 spricht der bekannte Professor Pinard die Hoffnung aus, bei Erstgebärenden überhaupt werde hoffentlich in Zukunft der Dammriß vermieden werden durch Gebrauch von Kolpeuryntern. Wenn ein so großer Geburtshelfer, wie Pinard es tatsächlich ist, dergleichen äußert, so zeigt das ausgezeichnet, welche Ueberschätzung ein Ballonenthusiast seinem Lieblingsinstrument zu teil werden läßt, offenbar auch sonst. Hoffen wir also, daß die Kopfgröße des Kindes, ein enger Schambogenwinkel, Rigidität der Weichteile, Mitpressen der Frau und andere Faktoren dem Ballon keine Unbequemlichkeiten machen!

III. Drittens findet der Kolpeurynter Verwendung bei Einklemmung des retroflektierten Uterus in den ersten Schwangerschaftsmonaten. In meinen wenigen Fällen gelang es mir ohne besondere Mühe, die Einklemmung zu heben, aber Fritsch z. B. schildert schwierigere, in denen er nur Herr der Situation werden konnte durch ein Hinaufklettern mit Muzeux, Herumlegen der Portio und Ablassen des Fruchtwassers durch eingeführten männlichen Katheter. Da wird empfohlen, der Frau bei Beckenhochlagerung auf ein bis zwei Stunden einen Kolpeurynter einzulegen und diesen mit Quecksilber oder Schrot zu füllen. Hierbei entstehen nun aber folgende Fragen: Woher nimmt der Praktiker sofort drei bis vier Kilo Quecksilber? So viel müßten es wohl sein, da dies Quantum einem Volumen von 250 bis 300 g Wasser entspricht. Nun gut, er begnüge sich mit Schrot, das leicht zu beschaffen ist. Es ist aber nur halb so schwer wie Quecksilber, also auch dementsprechend unsicherer in der Wirkung. Reicht dieses Verfahren nun für die ernsten Fälle aus, oder versagt es gerade da? Mir ist nichts bekannt darüber. Aber für unsere Betrachtungen kommt diese Frage erst in zweiter Linie, so lange nicht klar ist, welche Rolle der Ballon als solcher in diesen Fällen spielt. Es geht aus dem Verfahren: Beckenhochlagerung, Quecksilber, Blei — ganz deutlich hervor, daß nicht der pralle, elastische Druck eines gefüllten Kolpeurynters das Agens ist, sondern die Schwere der eingefüllten Stoffe. Wozu denn überhaupt der Kolpeurynter? Man schütte einfach Schrot ohne weiteres unter Hochlagerung in die Vagina oder nehme eine Tierblase als Umhüllung! Ich wenigstens kann keine andere Schlußfolgerung aus der angegebenen Technik ziehen.

IV. Viertens gebraucht man den Kolpeurynter als Tamponadeinstrument für die Scheide bei Blutungen durch Placenta prävia. Er soll Besseres leisten als nasse Gaze oder Watte. In der Theorie ist das ganz schön, in der Praxis sieht die Sache immerhin etwas anders aus. Wenn die Blutung wirklich ernst ist, noch fortdauert, während der Arzt schon da ist, was dann? Dann braucht man ihn eben nicht! Denn das sind die Fälle, in denen man fast immer sofort entscheidend handeln muß. Bei Ankunft des Arztes hat die erste Wehenzerrung, welche ein teilweises Loslösen der Placenta verursachte, in der Mehrzahl der Fälle aber schon nachgelassen. Die Blutung ist nur noch unbedeutend oder gar nicht mehr vorhanden und nur der Sicherheit halber für die nächsten Stunden wird tamponiert. Also auch zur einmaligen Blutstillung durch Einlegen in die Scheide kann der Praktiker den Kolpeurynter entbehren. Auf die Behandlung bei Placenta prävia mittels Metreuryse komme ich weiter unten zu sprechen.

Die Benutzung des Kolpeurynters bei veralteter Inversio uteri gehört nicht mehr zum Gebiet der Geburtshilfe.

Alles bisher Gesagte, werden die Verteidiger des Kolpeurynters einwenden, trifft nicht den Kern der Sache; das sind nur Lufthiebe. Der eigentliche Wert des Ballons liegt in seiner Fähigkeit, die Cervix in einigen Stunden gefahrlos zu entfalten. — Ganz richtig; dies bestreite ich gar nicht, nur behaupte ich, der Bossi könne in der Beziehung viel Besseres dem Praktiker leisten.

Indem ich hier die beiden Instrumente miteinander vergleiche, muß ich, was für den Kliniker trivial klingen mag, zunächst hervorheben, daß der Kolpeurynter schon darum etwas Bedenkliches hat, daß er im entscheidenden Augenblick entzweigehen kann, sei es beim Füllen, sei es in den ganz eiligen Fällen durch Einwirkung des angebrachten Gewichtszuges! Was alsdann? Welcher Praktiker besitzt zwei Kolpeurynter? Ein gewissenhafter Geburtshelfer könnte sich allerdings zwei Exemplare — ein großes und ein mittelgroßes — vorrätig halten und dadurch zu helfen suchen. Im Prinzip jedoch muß man einem stets zuverlässigen Instrument aus Metall den Vorzug einräumen vor einem hinfälligen aus Gummi. Daß dieser Einwurf nicht leicht zu nehmen ist, beweist z. B. die Angabe Tarniers, daß ihm wiederholt (!) bei Placenta prävia (!!) der Ballon geplatzt sei. Jeder Zusatz zu dieser Angabe ist für den Erfahrenen überflüssig.

Die schnelle Cervix-Erweiterung wird angewendet

1. bei Eklampsie,
2. bei Querlage und frühzeitigem Fruchtwasserabfluß,
3. sehr selten bei Herzleiden (Erstickungsgefahr),
4. bei Fieber während sich lang hinschleppender Eröffnungsperiode,
5. bei vorzeitiger Lösung der richtig sitzenden Placenta,
6. bei Placenta prävia mit schwerer oder andauernder Blutung.

Ehe ich zum Vergleich der beiden Operationsmethoden komme, muß ich einiges aus der Geschichte des Bossi-Apparates erwähnen. Als Professor Leopold vor einigen Jahren über das von ihm Erfinder Gesehene berichtete, brach eine allgemeine Begeisterung aus. Kaum einer aber kümmerte sich um die von Bossi ausgearbeiteten Vorschriften. Bossi verlangt:

1. Sollte zur Dehnung eine Zeit von 50 bis 90 Minuten verwendet werden.

2. Es dürfe nicht gewendet werden, weil sonst der Cervix-Ring, welcher nur seitlich gedehnt — nicht aber, wie beim natürlichen Geburtsvorgang auch in die Länge gezogen ist —, sich wieder zusammenziehe um den Hals des Kindes und nun, wenn das Kind gerettet werden soll, das erforderliche, schnelle Durchziehen des Kopfes einen Cervix-Riß geben könne. Es müsse die Zange oder der Cranioclast angelegt werden, um die erreichte Dehnung zu fixieren.

3. Er beschränkte das eingreifende Verfahren mit Recht auf diejenigen Fälle, die wirklich einen solchen Eingriff erforderten, um unberechenbaren Eventualitäten vorzubeugen. Nicht aber z. B. wendete er Gewalt an, um eine einfache Frühgeburt wegen Beckenenge einzuleiten.

Was geschah nun aber? Rekords an Schnelligkeit wurden geschaffen: 25 Minuten, 20 Minuten genügten, um eine intakte Cervix auf 10 cm Durchmesser zu erweitern.

Frühgeburten leitete man ohne dringenden Grund experimenti causa ein durch Aufschrauben bis auf 7 cm. Da schien den Experimentierenden denn doch ihr Gewissen geschlagen zu haben. Gewendet wurde ebenso ohne Rücksicht auf alle Auseinandersetzungen Bossis.

Und trotz alledem ergaben die Sektionen von bei oder nach der Geburt verstorbenen Frauen meines Wissens keinen einzigen Fall, daß der Tod eingetreten war infolge von Verletzungen, hervorgerufen durch den Dilatator. Ganz unverständlich bleibt mir, wie man aus alledem den Schluß ziehen kann, der jetzt überall verkündet wird: der Bossi ist nichts für den Praktiker, nur der Spezialist darf ihn anwenden! Vor 20 Jahren hieß es: eine Auskratzung darf nur vom Spezialarzt gemacht werden und nicht vom Allgemeinpraktiker. Die älteren Aerzte werden sich gewiß noch des Prozesses erinnern, wo ein armer Kollege wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde, weil er bei seiner 30. (!) Auskratzung zwei Uterusperforationen machte. Nur ein Spezialarzt dürfe auskratzen, entschieden ein hochgelahrtes Obermedizinalkollegium und Gericht — am grünen Tisch. Auf dem abgelegenen Dorf, in der Hütte des Armen, bei qualmender Lampe könnte der Bossi wohl von einem einzelnen Arzt ohne jede Assistenz verwendet werden, aber — es darf nicht sein, bestimmen die Gelehrten, die vom selben „unerfahrenen“ Praktiker kaltblütig z. B. die Dekapitation bei verschleppter Schulterlage fordern. Wenn der Bossi nichts taugt, darf auch der Spezialist ihn nicht verwenden. Ist er aber brauchbar, nun, dann ist es die selbstverständliche Pflicht des Praktikers, ihn zu gebrauchen, wenn sonst die Kreißende verloren ist. Jeder Praktiker muß die einfache Anwendung eines Instrumentes erlernen, das, trotz aller Torheiten, die mit ihm getrieben sind, kaum einer Frau das Leben geraubt, aber es gar mancher gerettet hat — was niemand bezweifelt.

Es ist zugegeben, daß Risse vereinzelt Jahre hindurch Beschwerden machen können, darum zum Teil sind Dührssens Einschnitte wieder verworfen. Aber müssen sie denn bei Anwendung des Bossi entstehen? Ich bezweifle das sehr und will gleich eine Frage zur Diskussion stellen, die — soviel ich weiß — noch keiner aufgeworfen hat, trotzdem sie nach meiner Ueberzeugung die Entscheidung gibt für oder wider Bossi. Was tut man, um den Damm zu schützen? Man läßt das Hinterhaupt möglichst langsam durch die Schamspalte passieren! Warum soll man das Kind bei Placenta praevia sterben lassen? Damit nicht, wenn die Cervix nicht absolut verschwunden ist, durch zu schnelles Durchziehen ein schwerer Riß entsteht! Also was ist das entscheidende Moment? Die runde Form oder die Schnelligkeit der Erweiterung? Hier steckt der springende Punkt. Der Ballon imponiert durch seine runde Form, während der Bossi vier oder acht Arme hat. Also drohen doch offenbar bei dessen Anwendung leichter eine Zerreißung als beim Ballon; das ist die herrschende Meinung. Aber die Cervix ist dehnbar. Und wenn man ihr nur Zeit läßt, sollte sie sich dann nicht anpassen, so oder so? Bossi selbst hat empirisch gefunden, 50 bis 90 Minuten seien dazu nötig. Auf andere Weise kann man zu demselben Zeitergebnis kommen. Man lege sich einmal theoretisch die Frage vor, wie schnell man überhaupt dehnen dürfe? Die Antwort kann nur lauten: jedenfalls nur so schnell, als eine rapid verlaufende Spontangeburt kürzestens dauert. Sehen wir von „abnormen“ Sturzgeburten, die unter ausnahmsweise günstigen Verhältnissen zustande kommen können (event. mit Cervix-Rissen, auf die aber nicht gefahndet wird), ab, so hört man — der Praktiker beobachtet sie ja nicht — daß man zwei Stunden Gesamtdauer als recht kurz bezeichnen darf. Hiervon kommt wohl $^2/_3$ bis $^3/_4$ der Zeit auf die Eröffnungsperiode, also ca. $1^1/_2$ Stunden. Rechnet man nun, daß meistens, wenn der Bossi nötig wird, schon Wehen wenigstens ein wenig geringer vorgearbeitet haben, so kommt man auf dem Wege der theoretischen Betrachtung zu derselben Zeit, die Bossi empirisch gefunden hatte: 50 bis 90 Minuten. Schneller darf nur gearbeitet werden bei verzweifeltster Sachlage. Aber hat man Bossis Stimme beachtet? Nein!

Nun beachte man ferner den Sitz bei eintretenden Rissen. Bossi selbst verwirft Instrumente mit mehr als vier Armen, weil man sonst nicht mehr beim Aufschrauben nachfühlen könne, ob ein Riß entstehe. Also, wo wird der Sitz der Risse gesucht? An den Druckstellen der Arme oder zwischen denselben, wo nur Spannung, aber kein direkter Druck herrscht? Meines Wissens ist auch nie von einem Gegner die Behauptung aufgestellt, die Risse säßen an den Druckstellen. Wenn dies nun aber nicht der Fall ist, so ist damit bewiesen, daß nicht die Form des Dehninstrumentes die Entscheidung über Rißentstehung gibt, sondern die Schnelligkeit der Dehnung! Und die Schlußfolgerung aus diesen Betrachtungen ist: Man darf unbesorgt in dringenden Fällen ein metallenes Dehninstrument benutzen, wenn man nur nicht unter den von der Natur uns als Mindestmaß gegebenen Zeitraum heruntergeht. Auf Dehnung in solcher Zeit sind die Gewebe gebaut. Das halten sie aus ohne Risse oder wenigstens ohne gefährliche Risse. Es ist geradezu Unsinn, von den Geweben noch mehr verlangen zu wollen, als wozu die Natur sie bestimmt hat. Wie käme die Natur zu solchem Luxus? Das wäre zwecklos, also handelt sie auch nicht so, und wir haben uns den gegebenen Bedingungen anzupassen, nicht aber Unmögliches oder Ausnahmsweises zu verlangen! Gewiß spielen bei längerer Dauer eines Geburtsvorganges behufs Erweiterung auch noch chemische Quellungs- und Erweichungsvorgänge mit. Darüber wissen wir aber nichts Sicheres. Bei rapiden Geburten geht es auch ohne sie (und bei Anwendung des Ballons mit Gewichtszug fallen sie auch fort); demnach tritt in der Dehnung durch Bossi bisher gegen den natürlichen Verlauf noch kein absolut verschiedener Vorgang zu Tage.

Nun wird durch Bossi die ganze Cervix auf einmal erweitert, während durch Fruchtblase, Kopf oder Ballon die Eröffnung schrittweis von oben nach unten vorschreitet. Ein Nachteil ist darin nicht zu finden. Der Unterschied zwar ist da; er wird aber nur bedingt, indem im ersten Fall die dehnende Kraft gleichsam zwischen fast parallelen Stahlarmen sitzt, während sie in den andern Fällen von oben wirkt und daher selbstverständlich zunächst nur auf die von dem eingetriebenen „Keil“ berührten Cervix-Teile wirken kann.

Ferner wird bei natürlicher Geburt die Cervix auch in die Länge gezerrt: sie „verstreicht“. Bei Bossi oder bei Zugwirkung am Ballon wird sie nur seitlich auseinandergepreßt. Verwendet man die Zange, so schadet das nichts. Das In-die-Länge-ziehen geschieht ja nur, weil der Druck der Uteruskontraktionen beim Tieferpressen des Kindes an der Cervix den unerläßlichen, festen Stützpunkt findet, um wirken zu können. Bei Zangenkraft von unten bedürfen wir aber dieses Vorganges nicht. Nur gewendet darf nicht werden, damit nicht der Hals durch die Elastizität der Cervix fest eingeschnürt wird.

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Unter Erwägung aller dieser Umstände kann ich nicht finden, daß die Bossi-Methode dem natürlichen Vorgange ganz fernstehe; im Gegenteil erscheinen mir die Schnittmethoden unnatürlicher. Dührssens Einschnitte sind von der Bildfläche verschwunden, und der vaginale Kaiserschnitt bei reifem Kinde scheint auch nicht mehr in voller Gunst zu stehen; auf entlegenem Dorf kann er jedenfalls nicht in Konkurrenz treten.

Nachdem auch nur ein Fall von Druckbrand berichtet wurde an den Angriffspunkten der Stahlarme, bleibt übrig zu erwägen, wie man die Risse, die etwa doch bei langsamem Vorgehen auftreten, beizeiten erkennen kann. Nachfühlen, heißt die Vorschrift! Ob es aber wirklich so leicht ist, einen Riß bei gezwungener Handhaltung zu fühlen? Ich glaube es nicht. Eigene Erfahrungen über Risse habe ich nicht gehabt bei sechs Bossi-Anwendungen, wovon drei bei ganz intakter Cervix, und ferner arbeitete ich mit einem Walcherschen achtarmigen Instrument, wobei man überhaupt nicht nachfühlen kann. Ich würde mich nur auf ein anderes Symptom verlassen, das mir viel sicherer erscheint: auf einen etwaigen plötzlichen Spannungsnachlaß. Man braucht eine ganz beträchtliche Kraft beim Aufschrauben einer intakten Cervix. Gerade so, wie man bei einer Zange sofort fühlt, wenn das Hindernis überwunden ist, würde man am leichteren Aufschrauben den Riß mit dem dadurch bedingten verminderten Widerstand erraten. Blutung braucht wegen Gefäßkompression nicht aufzutreten. Bossis Verwerfung der achtarmigen Instrumente, weil man nicht nachfühlen könne, erscheint mir daher nicht berechtigt, und die letzte Aenderung an seinem Instrument, daß ein seitlicher Schraubenapparat das Aufschrauben spielend leicht machen soll, halte ich für eine Verschlechterung, da man nun das Gefühl des Widerstandes nicht mehr hat.

Die einfache Technik ist also folgende: Zunächst hängt der Operierende seine Taschenuhr so auf, daß er bequem die Zeiger verfolgen kann. In Narkose mit Hilfe eines Kollegen oder auch — wie ich es in einem schweren Fall gezwungenermaßen tun mußte — nach Morphiumeinspritzung von 0,03 mit gelegentlichem Vorhalten des Chloroforms seitens der Hebamme, wird ohne Specula der Bossi unter Leitung der Hand mit oder ohne Anhaken der vorderen Lippe eingeführt und schnell soweit aufgeschraubt, bis der Muttermund ihn fest umklammert. Abnehmen des Muzeux, Entfernung der Hand. Und nun wird nach der Uhr aufgeschraubt. Auf jeden Zentimeter muß man reichlich fünf Minuten rechnen. Bei den vierarmigen Instrumenten muß nach einiger Erweiterung das Instrument noch einmal entfernt und mit den „Füßchen" versehen wieder eingelegt werden. Zieht man es vor, nicht die Zange anzulegen sondern zu perforieren, so schraube man bei reifem Kinde wenigstens bis $8^{1}/_{2}$ cm auf, falls die Cervix erhalten war, sonst bleibt ein zu großer Widerstand für die Schädelbasis. Andernfalls muß die Ziffer zehn erreicht werden. Sollte bedeutend früher ein Riß und Blutung bemerkt werden, so stände die Wendung behufs Tamponade mit dem Kindeskörper zu Gebote.

Wenden wir uns nunmehr zur allgemeinen Technik der Metreuryse. Ich muß hier vorweg bemerken, daß ich nie damit gearbeitet habe, obwohl ich stets einen Ballon im Besitz hatte und habe. Es ist mir nur einmal bei reichlich 1300 Extraktionen reifer Kinder und bei über 1000 Frühgeburten ein Fall vorgekommen, wo ich entscheidende Vorteile von seiner Anwendung hätte erblicken können, so daß dieser kein anderes Verfahren gleich kam. Fast immer kann man sich auch ohne Ballon helfen. Ueber das Wie folgt das Nähere im speziellen Teil. Die Schlußfolgerungen, die ich aus der Literatur für mich gezogen habe, sind folgende.

Man muß unterscheiden zwischen weichen Ballons, Modell Braun, und harten, Modell Champetier. Die ersteren lassen sich durch eine engere Cervix einführen; die Fruchtblase kann erhalten bleiben. Sie wirken überwiegend physiologisch als Wehenerregungsmittel durch die bei Füllung entstehende Spannung. Die Dehnwirkung auf die Cervix ist wegen ihrer Elastizität, infolge deren sie bei Zugwirkung eine Birnenform annehmen, mäßig. Leider kommt nun noch hinzu, daß man nicht wissen kann, wie weit man aufspritzen soll. Die Schmerzensäußerungen der Frau müssen einen vorläufigen Anhalt geben; bei gesprengter Blase auch das eingespritzte Quantum, welches ungefähr dem Kopfinhalte des Kindes gleich sein soll. Aber ob dann auch Wehen eintreten, muß man abwarten, auch zeitweilig nachspritzen oder Wasser ablassen. Ein sehr starkes Aufspritzen soll hingegen Tetanus uteri erzeugen können, andererseits aber auch völlige Erlahmung der Wehen bisweilen herbeiführen.

Aus alledem geht für den Praktiker hervor, daß er, der nicht seine ganze Zeit einem Fall widmen kann, vornehmlich nicht, wenn die Patientin entfernt wohnt, ein so unsicher wirkendes Mittel bei einem dringenden Fall nicht anwenden darf, wenn ihm andere Mittel zu Gebote stehen.

Die harten Ballons Champetier erfordern zunächst eine etwas größere Weite der Cervix. (Dann ist bei reifer Frucht der Bossi schon unbedenklicher!) Man muß bei ihrer Anwendung stets die Blase sprengen. Spritzt man den harten Ballon ganz auf, so wirkt er nur wie der weiche: rein Wehen erregend! Bei nicht völliger Füllung kann man ihn aber keilförmig in die Cervix behufs mechanischer Erweiterung hineinziehen, entweder mit der Hand oder durch ein Gewicht von ca 500 bis 1000 g. Dann erweitert er aber nicht völlig, und wiederum muß der Bossi, wenn man nur eine gleiche Erweiterung von ihm verlangt, recht ungefährlich sein, aber er wird schneller arbeiten, weil er die ganze Portio auf einmal in Angriff nimmt. Welches Instrument muß also der beschäftigte, womöglich alleinstehende Praktiker wählen?

Wenden wir uns nun zu den einzelnen Fällen, in denen eine Schwangerschaftsbeendigung erforderlich ist.

(Fortsetzung folgt.)

Was die „Freie Vereinigung biologisch-denkender Aerzte" erstrebt.

Von Kreisarzt Dr. **F. Bachmann** zu Harburg a. E.

Einem im Februar 1905 vom Verfasser an etwa 60 deutsche Aerzte zugesandten gedruckten Aufruf zu einem Zusammenschluß modern-natur wissenschaftlich denkender Kollegen, zwecks Reform der wissenschaftlichen Medizin auf biologischer Grundlage, hatten zunächst 28 Kollegen Folge geleistet. Durch weitere Werbearbeit in Form von Briefen, Zusendung früherer Zeitschriftenartikel, vier gedruckter Berichte über die Fortschritte der Vereinigung und durch einige weitere Artikel in medizinischen Zeitschriften sind jetzt im ganzen 93 Kollegen der Freien Vereinigung gewonnen worden.

Wenn auch durch schriftliche und mündliche Auseinandersetzung unter den Kollegen die Verständigung über Zweck und Ziel der Fr. V. seitdem manche Fortschritte erfahren hat, so darf Verf. doch wohl immer noch auf die Hauptpunkte seines ersten Aufrufes zurückgreifen, wenn er in folgendem in Kürze die biologischen Reformbestrebungen kennzeichnen will:

1. Entsprechend den veränderten Kenntnissen in den organischen Naturwissenschaften seit Lamarcks und Darwins Zeiten bedarf auch unsere wissenschaftliche Medizin einer Umformung ihres Wissensstoffes.

2. Das Bedürfnis nach einer solchen Reform macht sich sowohl in der Therapie als in der Gesundheitspflege geltend, indem die aus den vorherrschenden Anschauungen theoretisch abgeleiteten Heil- und Vorbeugungsmittel vielfach als unzulänglich empfunden werden; eine Anzahl wirksamerer Mittel sind anderseits mit den hergebrachten pathologischen Vorstellungen nicht vereinbar.

3. Wenn auch noch teilweise die sogen. exakten Beweise dafür fehlen, so glauben wir biologisch-beobachtenden Aerzte doch schon jetzt genügende empirische und logische Gründe dafür zu erkennen, daß die seit Virchows Zeiten vorherrschenden Anschauungen vom Entstehen und Heilen von Krankheiten dahin abgeändert werden müssen, daß sie wieder mehr das Zusammenwirken aller Organe, also den gesamten Organismus berücksichtigen, insbesondere auch seine Ernährungsflüssigkeiten

samt deren Zellen; kurzum, sie müssen wieder mehr humoralpathologische werden, und zwar im Sinne eines modernisierten geläuterten Hippokratismus. Wenn auch die Zellen-Energetik neben der humoralen Auffassung gerechte Würdigung verdient, so ist doch zu bedenken, daß die richtige Ernährung der Zelle stets das primäre Erfordernis bleibt, weshalb Bildung, Beschaffenheit und Bewegung des Säftestromes in Gefäßen, Lymphwegen und zwischen den Zellen von allergrößter Wichtigkeit sind.

4. Weder die Zellularpathologie, noch die Bakteriologie, so sehr wir deren heuristische und praktische Bedeutung anerkennen, können wir für geeignet halten, die hauptsächlichsten Grundlagen der Pathologie zu bilden. Auch haben die pathologische Anatomie und die physikalische Diagnostik nicht völlig den auf sie gesetzten Hoffnungen entsprochen, indem sie uns hauptsächlich spätere Zustände des Krankheitsprozesses kennen lehrten und dadurch unsere Beobachtung von den primären, physiologischen Bedingungen des Krankwerdens ablenkten. Erst die Erkenntnis letzterer Vorgänge wird uns zu einer richtigeren Therapie und Gesundheitspflege führen, nach dem Grundsatze: Principiis (morborum) obsta. Wir könnten unsere Richtung daher sehr wohl auch die wahrhaft physiologische nennen.

5. Wir sehen das Wesen der Erkrankung wieder mehr in den durch eine hochgradige Zweckmäßigkeit veranlaßten Abwehr- und Heilreaktionen des Organismus auf unhygienische oder mangelnde hygienische Reize, welche unseren Körper meist von der äußeren Haut oder den Schleimhäuten aus treffen bezw. ihm vorenthalten werden; eine sehr wichtige Rolle spielen dabei auch Selbstgifte, welche sich im Darme bilden. Bakterien sind hingegen in der Regel nicht imstande, einen vollwertig funktionierenden Körper krank zu machen, wenn sie auch als Krankheitserreger in einem schon gestörten Organismus oft eine bedeutende Rolle spielen. Fehlerhafte Lebensbedingungen, besonders viele Schäden unserer Ueberkultur, sind in hohem Grade geeignet, solche Vorbedingungen für Infektion zu schaffen. Als praktisch wichtigste hygienische Maßregeln müssen daher vor allem vier gelten:

Erstens eine physiologisch richtige Ernährung durch Vermeidung von Zellgiften, Verminderung der tierischen Eiweißzufuhr auf ein ziemlich geringes, wenn auch individuell verschiedenes Maß und Zufuhr aller benötigten Mineralstoffe; letztere sind nicht nur als Organersatz, sondern auch als osmotische Betriebsreize vielfach vernachlässigt worden;

zweitens die Ernährung unseres Blutes von den Lungen aus durch reichliche unverdorbene Atmungsluft;

drittens die Regeneration unseres durch Luftabschluß infolge unhygienischer Kleidung und Betten atrophisch gewordenen Hautorgans durch Luft, Licht und Wasser;

viertens eine genügende und harmonische Muskelbewegung.

Außerdem ist ohne Mäßigkeit in allen Dingen keine Gesundheit möglich. Unsere Therapie ist daher hauptsächlich eine hygienische. Die heutige Bezeichnung „physikalisch-diätetische“ Therapie halten wir aber für einseitig und irreführend, da sie mit Physik wenig zu tun hat; besser paßte der Ausdruck: hygienische oder physiologische Therapie.

6. Außer dieser biologischen Hygiene als Lehre von den gesundheitlichen oder naturgemäßen Lebensbedingungen und der Verhütung aller krankmachenden Reize sollte noch die naturwissenschaftliche Vererbungslehre, welche uns die vererbbaren Anlagen kennen lehrt, in Zukunft zu den Grundlagen der theoretischen Medizin gehören. Der wahre Hausarzt müßte auch in diesen Dingen ein Berater der Familien werden. Hier hängt die Medizin durch die Sozial-Biologie und Sozial-Hygiene mit den großen nationalen Aufgaben zusammen, durch welche der Arzt in Zukunft zum Führer des Volkes werden könnte.

7. Die Geschichte der Medizin lehrt uns, daß die Heilkunde aus früheren metaphysischen und allzu einseitig humoralen Anschauungen um die Mitte des vorigen Jahrhunderts in den Gegensatz einer reinmechanischen und lokalistischen Krankheitslehre umgeschlagen ist, so daß ihr das philosophische Verständnis für den Organismus-Begriff und damit auch für die wahren inneren Ursachen des Krankheitsprozesses verloren ging. Deshalb soll die Geschichte der Medizin uns auch vor allen Uebertreibungen nach der gegenseitigen Richtung bewahren, z. B. vor Unterschätzung jeder Bedeutung der Infektion und damit der Desinfektion, des Wertes lokaler und chirurgischer Behandlung, jeder Arzneianwendung, der Heilsera und der Impfung, sowie vor den vielfachen Uebertreibungen der Naturheilfanatiker, damit bei einer erneuten Frontschwenkung der Medizin nicht, wie vor sechzig Jahren, wieder „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“ werde. Auch soll die Geschichte uns bei aller Wertschätzung einer modernen Naturphilosophie im Sinne eines verständigen Vitalismus doch vor jedem Mystizismus bewahren.

Hoffentlich entspricht Verf. einem allseitigen Wunsche der bisherigen Mitglieder der Freien Vereinigung, indem er die letztere der Therapeutischen Rundschau zuführte und ihr in derselben ein Hausrecht sicherte, nachdem der Herr Schriftleiter versprochen hatte, unsere neue Richtung in seiner Zeitschrift zu Worte kommen zu lassen. Mit den Herren Kollegen von den Bädervereinen werden wir voraussichtlich gut harmonieren, denn die von ihnen bevorzugte Therapie führt sie fast notwendig zu physiologischen, ja humoralen Anschauungen in der Pathologie. Aber auch sonst versprechen wir uns durch eine unter Ausschluß jeder heftigen Polemik geführte lebhafte Aussprache zwischen den Vertretern der alten und neuen Richtung vielfache Klärung und Förderung unseres Wissens.

Nach Redaktionsschluß läuft soeben die Trauerkunde ein, daß einer unserer Herren Herausgeber, der Geh. Med.-Rat Herr Prof. Dr. **A. Hoffa**, am Sylvesterabend 10 Uhr infolge Koronarsklerose aus dem Leben geschieden ist. Wir werden in der folgenden Nummer auf den erschütternden Todesfall zurückkommen und einem seiner Schüler das Wort über die außerordentliche Bedeutung des Entschlafenen für die ärztliche Wissenschaft und Praxis erteilen.

REFERATE.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **J. Perl**, Berlin.

1. **Ueber die Blinddarmentzündung der Kinder.** Von Professor Riedel. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 48.

2. **Appendicitis chronica adhaesiva.** Von Dr. v. Huberer. Mitteilungen aus Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.

3. **Dauernd steriles Fadenmaterial.** Von Dr. Wederhake. Deutsche med. Wochenschrift 1907, Nr. 47.

4. **Ramiezwirn als chirurgischer Faden.** Dr. M. Madlewer. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 50.

5. **Steril-Rohkatgut.** Dr. Fr. Kuhn. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 50.

6. **Ein Fall von Totalexstirpation einer Pankreaszyste.** Dr. Walter Schmidt. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 50.

7. **Ueber die Wertlosigkeit des Zusatzes von Nebennierenpräparaten bei der Lumbalanästhesie.** Dr. Friedr. Michelsson.

1. In seiner Arbeit über die Blinddarmentzündung der Kinder, die auch in der Tagespresse großes Aufsehen erregte, erläutert Riedel an der Hand einer genauen Statistik aus seiner Klinik die große Kindersterblichkeit infolge von Appendizitis im Vergleich zu der Sterblichkeit der Erwachsenen an derselben Erkrankung. Von Erwachsenen starben früher in seiner Klinik

6,7%, von Kindern dagegen 16,4%; in den letzten 21 Monaten dagegen 2,9% Erwachsener, aber noch immer 13% Kinder, eine ganz entsetzliche Ziffer, wenn man bedenkt, daß diese Kinder fast sämtlich durch die rechtzeitige Operation hätten gerettet werden können. Als Gründe für diese traurige Erscheinung gibt R. folgendes an:

1. Die Eltern sind unachtsam oder im Gegenteil zu zärtlich, sie wollen ihr geliebtes Kind nicht dem Messer übergeben.
2. Die Diagnose ist bei Kindern schwerer zu stellen als bei Erwachsenen.
3. Die Appendizitis der Kinder ist aus pathologisch-anatomischen Ursachen überhaupt viel gefährlicher als die Appendizitis der Erwachsenen.
4. Ganz kleine Kinder sind außerordentlich empfindlich gegen Infektion vom Wurmfortsatze aus.

R. ist Anhänger der Frühoperation bei Appendizitis; er hat alle seine Patienten sofort operiert, gleichgültig ob sie bei Tag oder bei Nacht der Klinik zugingen. In welchem Stadium der Krankheit Patient auch kommt, hält R. jedes Abwarten für schädlich und beweist, daß Kinder, wenn sie rechtzeitig operiert werden, ebenso wenig an Appendizitis zu sterben brauchen wie Erwachsene.

Aber leider gibt es, wie R. sich ausdrückt, noch Aerzte genug, die kalt dem Jammer gegenüber stehen, die sich nicht entschließen können, das kranke Kind rasch dem Chirurgen zu überweisen.

Möchten doch die Aerzte in erster Linie immer bedenken, welch namenloses Unheil sie anrichten, wenn sie bei der akut einsetzenden Appendizitis abwarten; der einmal gemachte Fehler läßt sich oft genug nicht wieder gut machen, man soll und darf nicht va banque spielen mit dem Leben des Kranken, um auszuprobieren, ob Heilung wohl auch ohne Operation glückt. Auf der einen Seite steht eine fast absolut ungefährliche Operation, auf der anderen Qual und Elend, oft genug der Tod. In keinem Falle können wir mit Sicherheit sagen, ob der Kranke ohne Operation ausheilen wird oder nicht; an die Stelle der Unsicherheit setze man die Sicherheit, nur mit dieser ist dem Kranken gedient. Es schadet nicht, wenn gelegentlich ein Kind mit Oxyuren oder anderen harmlosen Fremdkörpern operiert wird, oder wenn sich herausstellt, daß lediglich Typhlitis vorliegt, d. h. also entweder wirkliche Infiltration des Zoekum oder Adhäsionen auf demselben bei intakter Appendix, wer alle retten will — und das ist doch unser Ziel — wird gelegentlich einen diagnostischen Fehler machen, aber dieser Fehler bringt weiter keinen Nachteil, als daß das Kind zwei bis drei Wochen im Bette liegt, während das Abwarten, das Ausprobieren zahllose Kinder in schwerste Lebensgefahr resp. ins Grab bringt.

2. Im Gegensatz zu der häufigeren Form der Appendicitis chronica, die nach akuten Anfällen zurückbleibt, läßt sich klinisch wenigstens eine zweite Art der chronischen Blinddarmentzündung feststellen, welche dadurch charakterisiert ist, daß sie sich schleichend entwickelt und, ohne sich an eine akute Attacke anzuschließen, von vornherein chronisch auftritt. Aschoff hat auf Grund von anatomischen Untersuchungen deren Vorkommen überhaupt bestritten oder wenigstens als überaus selten bezeichnet. Die Kliniker haben diese Form der chronischen Blinddarmerkrankung zum größten Teile anerkannt, der Ewald den Namen Appendicitis larvata gegeben hat. v. Huberer teilt einige Fälle dieser Art aus der Eiselsbergschen Klinik mit. Seiner Ansicht nach ist bisher zu wenig betont worden, daß eine Appendicitis, die nicht bloß anfallsfrei, sondern vollständig symptomlos verläuft, zu Veränderungen in der Umgebung des Appendix und außerdem weitab davon im Peritoneum führen kann, wodurch das Bild einer Darmstenose mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes und hochgradiger Abmagerung hervorgerufen wird.

In der Eiselsbergschen Klinik sind im Laufe der letzten Jahre mehrere solcher Fälle mit bestem Erfolge durch Appendektomie und Abbindung strangförmiger Adhäsionen behandelt worden.

3. Der Verfasser hat schon in früheren Veröffentlichungen auf die Vorzüge seiner Silber- und Silberkautschukseide hingewiesen. Das Silber ist eins unserer besten Dauerantiseptika, der Kautschuk macht das Fadenmaterial für Keime nicht imbibischer. Die Firma Dr. Degen & Kuth, Düren (Rheinland) macht die Silber- sowohl wie die Silberkautschukseide fertig zum Gebrauch und bringt sie speziell für Aerzte, die keine Klinik zur Verfügung haben, in den Handel. Die Durana-Triplex-Packung soll ein dauernd steriles und dabei preiswertes Fadenmaterial liefern.

4. Madlener empfiehlt den aus den Fasern einer tropischen Nutzpflanze hergestellten Ramiezwirn; er ist unresorbierbar, heilt gut ein und ist billiger als Seide, die er in nassem Zustande — und er soll sublimatgetränkt verwendet werden — auch an Festigkeit übertrifft. Der neue Faden wird wie Kochers Seide in Aether, Alkohol und Sublimat vorbereitet, zur Operation nochmals in Sublimat ausgekocht oder fertig in sterilen Pappdosen bezogen (Stiefenhofer, München).

5. In die viel umstrittene Frage des „sterilen“ Katgut hat Kuhn einen neuen Gedanken gebracht durch seine durchaus einleuchtende Forderung, nicht den fertigen Faden zu sterilisieren, sondern den Rohstoff von vornherein sauber zu gewinnen und steril weiter zu verarbeiten. Als Frucht seiner Arbeiten liegt jetzt ein Verfahren vor, das am frisch getöteten gesunden Schlachttier einsetzt und die vorbereiteten Därme vor dem Zusammendrehen zu Fäden mit Jod- und Silberlösungen desinfiziert. Diese Zusätze sollen die Aufsaugung nicht nur nicht verzögern, sondern ihren reizlosen Verlauf begünstigen. Die Firma Merck übernimmt die Herstellung der neuen Fäden, deren Keimfreiheit am Tier geprüft ist; bei ihrer allgemeinen Einführung wird freilich der bisher noch nicht mitgeteilte Preis eine Rolle spielen.

6. Schmidt berichtet über eine faustgroße Blutzyste im Pankreasschwanz bei einem jungen Mädchen, die anscheinend ohne äußere Gewalteinwizkung entstanden war und uneröffnet samt einer Schicht Pankreasgewebe entfernt werden konnte. Bei der Nachbehandlung machte Sch. mit Erfolg von der Wohlgemuthschen Pankreaskost Gebrauch, bei der die Drüse sehr wenig Saft absonderte. (Ausschluß aller Kohlehydrate, viel Eiweiß, noch mehr Fett: dazu reichlich Na. bicarb.) Es gelang in der Tat, die bei Pankreasoperationen sonst fast unvermeidliche Fistel zu verhüten. Beachtenswert ist der Vorschlag des Verf., die Pankreaskost auch bei inneren Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse zu verwenden.

7. Die von der Infiltrations-Anästhesie her bekannte Wirkung des Adrenalins oder der Nebennierensäfte überhaupt, läßt sich nicht ohne weiteres auf die Rückenmarks-Anästhesie übertragen, wo nicht die Blutgefäße, sondern die Strömung eines großen Lymphsacks für Ausbreitung, Schmerzlosigkeit und Aufsaugung der Gifte in Betracht kommen. Michelsson bestreitet Dönitz die Tatsache einer Entgiftung des Kokains durch Nebennierensäfte und führt die höheren tödlichen Werte dieses Gemisches, die Dönitz im Gegensatz zu anderen Forschern gefunden hat, auf die Ungleichheit der Versuchstiere zurück. Auch die zweite Möglichkeit der Wirkungsweise des Adrenalins, die Strömung nach unten, die im Duralsack durch die Adrenalinanämie der Rückenmarkshäute an der Einstichstelle hervorgerufen werden soll, kommt seit Einführung der Beckenhochlagerung nach dem Lumbalstich nicht mehr in Betracht; bergauf läuft der Liquor cerebrospinalis nicht. Schließlich spricht gegen das Adrenalin noch die Möglichkeit einer Zersetzung mit saurer Reaktion, gegen die Dura und Arachnoidea sehr empfindlich sind und der M. sogar manch üble Nebenwirkungen, namentlich die gefürchteten Rückenschmerzen, zuzuschreiben geneigt ist. — (In der Praxis sind Ms. Anschauungen, freilich mehr empirisch, insofern anerkannt, als das gebräuchlichste und beste Mittel zur Lumbalanästhesie, das Tropakokain, durchweg ohne Adrenalinzusatz gebraucht wird. Ref.)

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur**, dirig. Arzt der hydrotherapeut. Anstalt des Rudolf Virchow-Krankenhauses, Berlin.

Bei den großen und erfolgreichen Neuerungen, die die Lichtbehandlung, die Röntgentherapie und in letzter Zeit auch wieder die Elektrotherapie (Elektrische Bäder, Hochfrequenzströme) unserem therapeutischen Handeln gebracht haben, hat der älteste Zweig der physikalischen Therapie, die Hydrotherapie, in der Diskussion weiterer Kreise ein wenig an Interesse eingebüßt. Im folgenden seien jedoch aus diesem Gebiete einige gerade auch für den praktischen Arzt beachtenswerte neuere Publikationen erwähnt.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Während man die Wirkung hydrotherapeutischer Anwendungen mit Recht mit dem thermischen Reiz in Zusammenhang brachte, den das Wasser je nach seinem Temperaturgrade auf den Körper ausübt, war der Effekt von Bädern indifferenter Temperatur (34—35° C) auf den Organismus bisher nicht völlig klar, denn auf Reizabhaltung und Beruhigung ließen sich die mit solchen Bädern in der Praxis erzielten Heilerfolge allein nicht zurückführen. Die Publikationen von Strasser und Blumenkranz über die Wirkung indifferenter Bäder bei Nephritis (Blätter für klin. Hydrotherapie 1907, Nr. 5 und Wiener med. Presse 1907, Nr. 33) haben nun in dieser Beziehung manche interessante Aufklärung gebracht. Diese Autoren fanden nämlich, daß gewöhnliche Voll-Bäder von 34° C Temperatur und einer Stunde Dauer die Ausscheidung von Stickstoff und vor allem von Kochsalz bei Nierenkranken erheblich befördern, bei gleichzeitiger Steigerung der Diurese. In Anbetracht der großen Rolle, die nach neueren Forschungen gerade die Kochsalzretention bei der Aetiologie urämischer und sonstiger Störungen bei Nephritikern spielt, liegt die Bedeutung dieser Beobachtung auf der Hand. Sie zeigt auch für die Praxis, daß zur Bekämpfung von Symptomen wie Oedemen, Uebelkeit, Kopfschmerzen durchaus nicht immer Schwitzprozeduren bei chronischen Nierenkranken erforderlich sind, und geben der praktisch schon lange gebräuchlichen Anwendung gewöhnlicher warmer Vollbäder von längerer Dauer, die das Herz so gut wie gar nicht alterieren, eine neue wissenschaftliche Grundlage. Straßer und Blumenkranz haben dann auch milde Schwitzbäder (elektrische Lichtbäder) in Bezug auf ihren Einfluß auf die Ausscheidungen Nierenkranker geprüft und auch hiernach erhebliche Steigerung der Na Cl-Ausfuhr und relative Steigerung der Diurese, trotz reichlicher Schweißproduktion, gefunden. Sie beobachteten jedoch bei einem solchen Versuche auch einmal das Auftreten leichter urämischer Symptome, und warnen deshalb vor der Anwendung forzierter Schwitzprozeduren bei Nierenkranken, insbesondere da milde, die Körpertemperatur nicht wesentlich erhöhende Schwitzbäder oder aber indifferente Vollbäder dasselbe leisten.

Auch über die Wirkung von heißen Bädern resp. von Schwitzbädern bei Chlorose liegt wieder eine neue interessante Mitteilung vor. Es sind diese Bäder wegen ihrer anregenden Wirkung auf die blutbildenden Organe zuerst von Dyes, in Deutschland zuerst von Senator und von Rosin zur Behandlung der Bleichsucht empfohlen worden. In einer Reihe von späteren Publikationen ist diese Empfehlung bestätigt worden; besonders erwähnt sei eine sehr schöne Arbeit von Raebiger (Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, Bd. VIII), der in vergleichenden Untersuchungen nachgewiesen hat, daß an chlorotischen Patienten der Heilstätte Beelitz, die sich unter den gleichen äußeren Bedingungen befanden, eine hydrotherapeutische Behandlung mindestens denselben Erfolg bezüglich Besserung des Allgemeinbefindens, Vermehrung des Hb-Gehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen hatte, als in Parallel-Fällen, die mit Eisenpräparaten behandelt wurden. Die angewandte hydrotherapeutische Prozedur bestand dabei in kurzdauernden Dampfkastenbädern (5 Minuten) mit nachfolgenden kalten Duschen oder kalten Abklatschungen. Demgegenüber hat nun Wandel kürzlich die Anschauung vertreten (Deutsches Archiv für klin. Medizin, Bd. 1907), daß nur in den Fällen von Chlorose die Wärmebehandlung Erfolg bringe, wo vorher schon eine Eisenbehandlung scheinbar vergeblich versucht worden war; und daß daher die Wirkung der heißen Bäder vor allem darauf beruhe, daß durch diese Prozeduren das Eisen mehr in die Zirkulation gebracht werde und dadurch besser seinen anregenden Effekt auf das hämatopoëtische System entfalten könne. Es besteht also ein scheinbarer Widerspruch zwischen den Arbeiten von Raebiger und Wandel, der um so weniger geklärt ist, als aus Raebigers Mitteilung nicht zu ersehen ist, ob in den von ihm ausschließlich hydrotherapeutisch behandelten Fällen nicht früher anderweitig einmal Eisenpräparate gegeben worden waren. Persönlich möchte ich dazu bemerken, daß ich allerdings die schönsten Erfolge der physikalischen Therapie (Heißluftbäder) der Chlorose bei Patientinnen gesehen habe, bei denen vorher eine Eisen- und Arseniktherapie lange Zeit erfolglos versucht worden war (Zeitschrift f. physikal. und diätet. Therapie, Bd. IV); weiterhin möchte ich auch nicht versäumen hinzuzufügen, daß die Anwendung von heißen Bädern bei Chlorotischen sich für das Krankenhaus resp. die häusliche Behandlung besser eignet, als für die ambulante Behandlung, bei der die Erfolge meist viel weniger gute sind. Jedenfalls geht aus der ganzen Lage der Dinge das eine hervor, daß nämlich auch hier eine Einseitigkeit nicht am Platze ist und daß physikalische und medikamentöse Therapie sich nicht bekämpfen, sondern einander ergänzen und unterstützen sollen.

Zur Behandlung der Bleichsucht sind neuerdings auch die Sonnenbäder empfohlen worden; Lenkei hat nach solchen Bädern eine erhebliche Zunahme der Erythrozyten im Blute gefunden (Zeitschrift für physik. und diätet. Therapie 1907 Bd. VIII, pg. 397) und auch Marcuse schließt sich in seinem übrigens sehr lesenswerten Buche über Luft- und Sonnenbäder (Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen, 3. Heft. Verlag von F. Enke) dieser Empfehlung an; er läßt es allerdings dahingestellt, ob dabei die Sonnenbäder eine spezifische Lichtwirkung ausuben oder ob sie nur als Schwitzprozedur wie sonstige warme Bäder wirken. Möglich, daß beide Faktoren sich dabei summieren. Uebrigens üben auch die Luftbäder nach Lenkei und anderen Autoren einen anregenden Effekt auf die Blutbildung aus; man muß sich jedoch hüten, nun fur Luftbäder und Sonnenbäder die gleichen Indikationen aufzustellen. Davor hat mit Recht vor kurzem v. Hovorka auf dem Kongreß für physikalische Therapie gewarnt. (Vergl. den Bericht in der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1907, Nr. 46.) Denn während die Luftbäder den Puls gar nicht und den Blutdruck nur in geringem Maße alterieren, fand v. Hovorka nach Sonnenbädern meist eine erhebliche Zunahme der Pulsfrequenz und sekundäre Blutdrucksenkung. Der Autor ist daher der Ansicht, daß bei Herzkranken die Sonnenbäder nur mit großer Vorsicht anzuwenden sind.

Um nach dieser Abschweifung wieder zur Hydrotherapie zurückzukommen, so sei erwähnt, daß Brieger auf der letzten Naturforscherversammlung in einem Vortrage über „Hydrotherapie und innere Medizin“ (vergl. Zeitschr. für physikal. und diätet. Therapie, Bd. XI, Heft 8) betonte, daß bei der großen Mehrzahl der internen Krankheit sich die Hydrotherapie mit Vorteil anwenden läßt. Unter diesen Krankheiten sei das Asthma bronchiale besonders hervorgehoben, uber dessen hydrotherapeutische Behandlung C. C. Fischer kürzlich aus dem Briegerschen Institute detaillierter berichtet hat (Zeitschr. für physik. und diätet. Therapie, Bd. XI, Heft 3); von den bei Asthma erfolgreich angewandten Prozeduren sind außer allgemein-roborierenden Maßnahmen insbesondere Brustumschläge in Form von Kreuzbinden sowie heiße Vollbäder (36 bis 40° C) mit kühlen Uebergießungen des Bauches zu nennen. Im Anfalle selbst kommen heiße Brustumschläge neben den ableitenden heißen Hand- und Fußbädern in Betracht.

In dem Briegerschen Vortrage waren auch die guten Erfolge einer rein hydrotherapeutischen Behandlung der Tabes dorsalis erwähnt; es waren im Berliner hydrotherapeutischen Institute nach einer vom Referenten aufgestellten Statistik (Zur hydrotherapeutischen Behandlung der Tabes dorsalis; Berliner Klin. Wochenschr. 1906, Nr. 44) bei einem poliklinischen Krankenmaterial in 69% der Fälle deutliche Besserungen erzielt worden, die sich nicht nur auf Linderung der subjektiven Beschwerden und Hebung des Allgemeinbefindens, sondern auch häufig auf Nachlassen der ataktischen Erscheinungen bezogen. Die Behandlung bestand dabei nur in Halbbädern von nicht extremer Temperatur (34 bis 30°) oder in Kohlensäurebädern. Daß übrigens eine hydrotherapeutische Kur, wofern sie nur roborierend wirkt, sich sehr wohl mit gleichzeitiger Uebungsbehandlung der Tabes vereinigen läßt, hat jüngst Winternitz auf Grund seiner reichen Erfahrung dargelegt (Blätter für klin. Hydrotherapie 1907, Nr. 11).

Auch sonst ist der verdiente Altmeister der Hydrotherapie noch immer erfolgreich tätig; erst kürzlich hat er wieder in einer ausführlichen Abhandlung über die physikalisch-diätetische Behandlung der Arteriosklerose (Zeitschr. für physik. und diätet. Therapie, Bd. XI, Heft 9) eine neue Prozedur speziell bei dieser Krankheit empfohlen, die sogen. schottische Teilabreibung. Während man bisher die Teilabreibung, d. h. die sukzessive nasse Abreibung der einzelnen Körperpartien, nur mit kaltem Wasser ausführte, so empfiehlt nunmehr Winternitz, bei Patienten, die eine mangelhafte Hautreaktion zeigen und sich nach der kalten Abreibung nicht genügend erwärmen, der Kälteapplikation jedesmal eine Abreibung mit heißem Wasser vorausgehen zu lassen. Es wird vermittels der Kontrastwirkung dadurch der Endeffekt der Prozedur noch erhöht, und da somit die Indikationsbreite der an sich schon bei den meisten Kranken anwendbaren Teilabreibung noch erweitert wird, so kommt dieser scheinbar unwesentlichen Modifikation doch eine praktische Bedeutung zu. Denn die Teilabreibung, eine bei richtiger Anwendung vollständig unschädliche Prozedur, spielt in der Therapie der Arteriosklerose, wo eingreifendere Maßnahmen oft kontraindiziert sind, wegen ihrer erweiternden und zirkulationsbefördernden Wirkung auf die peripheren Gefäße eine wichtige Rolle.

Lungenkrankheiten.

Referent: **Dr. E. Meyer**, Oberarzt an der Charité, Berlin.

1. **Erfahrungen mit dem künstlichen Pneumothorax bei Tuberkulose, Bronchiektasen und Aspirationskrankheiten.** Von Adolf Schmidt. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 49.

2. **Zur Therapie der Tuberkulose.** Von S. Weinberger. Wiener klin. Woch. 1907, Nr. 49.

3. **Zur Vereinfachung der Tuberkulininjektionen.** Von Karl Gerson. Med. Klinik 1907, Nr. 47.

1. In Nr. 49 der Münch. med. Wochenschrift 1907 berichtet Adolf Schmidt in Halle „über seine Erfahrungen mit dem künstlichen Pneumothorax bei Tuberkulose, Bronchiektasen und Aspirationskrankheiten“. Er machte seine Versuche ohne Kenntnis des Forlanini'schen Verfahrens mit Stickstoff, Sauerstoff, Kochsalzlösung und Olivenöl und zwar bei 24 Fällen. Stößt man bei Anlegung des Pneumothorax auf Pleuraverwachsungen, so muß man den Versuch immer noch einige Male wiederholen, da sie zuweilen doch noch zu erreichen ist; doch ist bei ca. 22% aller Fälle die Anlegung unmöglich. Eine doppelseitige Lungenerkrankung sieht Schmidt als strenge Kontraindikation an. Bei einseitigen Fällen ist selbst ein vorgeschrittener Prozeß keine Kontraindikation, jedoch muß man sich vor zu schneller Kompression der erkrankten Lunge hüten, da sonst evtl. Infektion der gesunden Seite entstehen kann. Vorhergegangene Hämoptoë ist keineswegs Kontraindikation für Lungenkompression. Ferner ist darauf zu achten, daß die Kompression lange genug fortgesetzt wird. Die bei der Lösung der Pleurablätter entstehenden Schmerzen sind durch Morphium zu lindern. Bei einigen Fällen war große Besserung vorhanden; aber trotzdem wird die Kompression niemals zu einem wesentlichen Faktor der Schwindsuchtstherapie werden. — Bei 8 Fällen von Bronchiektasen waren 3 wegen Pleuraverwachsungen ungeeignet. Bei den übrigen Fällen waren niemals Erfolge zu verzeichnen, während Brauer 2 Fälle von Bronchiektasen heilen konnte, die allerdings auch erst 2½ resp. 4 Monate in Beobachtung waren. Dagegen zeitigte die Kompressionstherapie bei Aspirationserkrankungen bei den drei so behandelten Patienten recht gute Erfolge. — Bezüglich der Technik bemerkt Verf., daß er einen stumpfen Troikart mit scharfer Geleitnadel benutzt, nachdem er die Einstichstelle vorher mit Lokalanästhesie unempfindlich gemacht und den Pat. zur Linderung des Schmerzes bei Trennung der Adhäsionen Morphium injiziert hatte. Als Ort der Punktion wird am besten der IX. Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie gewählt. — A's unangenehme Begleiterscheinung wurde zuweilen subkutanes Emphysem an der Punktionsstelle, selten einmal Kollaps beobachtet. — Anfangs benutzte Schmidt Sauerstoff, bei späteren Versuchen sterile Luft. Wichtig ist stete Kontrolle mit Röntgenapparat.

2. Wie S. Weinberger in Nummer 49 der Wiener klinischen Wochenschrift 1907 berichtet, wandte er mit gutem Erfolge mit eiterigem Sputum zweiprozentige Karbolsäure an, indem er hiermit einen ½ cm dicken Wattebausch benetzte und hiermit beide Nasenlöcher von innen auswischte. Er wandte es angeblich mit gutem Erfolg an bei Spitzenkatarrhen, Hämoptoë und Pneumonie. (Nach meiner Ansicht dürfte diese Mitteilung mit etwas Skepsis aufzunehmen sein, besonders was die angebliche Heilung eines ausgedehnten Infiltrates anbetrifft. Ref.)

3. Zur Vereinfachung der Tuberkulininjektionen gibt **Karl Gerson** in Nr. 47, 1907 der Medizinischen Klinik eine Tabelle, die es dem Praktiker ermöglichen soll, schnell und sicher bestimmte Dosen Tuberkulin herzustellen.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Sehnervenerkrankung durch Atoxyl.** Von Fehr. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 49, S. 2032.

2. **Die Beziehungen der Ophthalmo-Reaktion des Tuberkulin-Test zu Tuberkulose und Trachom.** Von A. Schiele. Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, XI, Nr. 10, S. 73.

3. **Ist bei Hydrophthalmus die Iridektomie oder die Sklerodomie als Normaloperation anzusehen?** Von Stölting. von Graefes Arch. f. Ophthalm. LXVII, 1, S. 171.

4. **Die permanente Drainage der Tränenabflußwege.** Von W. Koster. von Graefes Arch. für Ophthalm. LXVII, 1, S. 87.

1. Nach der jüngsten Kochschen Veröffentlichung, in der über 22 Fälle von Erblindung im Laufe der Atoxylbehandlung bei Schlafkrankheit berichtet wurde, verdienen zwei Fälle, die Fehr genau klinisch beobachtete, besondere Beachtung. Im ersten Fall wurden 20 bis 25 g Atoxyl in sechs Monaten, im zweiten etwa 10 g in zwei bis drei Monaten verbraucht, die Größe der Einzeldosis überstieg wahrscheinlich nicht 0,2 g. Es stellte sich konzentrische, besonders nasale Gesichtsfeldbeschränkung ohne zentrales Skotom und Abblassung der ganzen Sehnervenscheibe mit hochgradiger Verengung der Netzhautarterien ein. Durch Aussetzen des Mittels gelang es zwar, den Verfall des Sehvermögens aufzufallen, die Beobachtungen bilden aber eine Mahnung, bei jeder Atoxylkur, selbst wenn kleine Einzelgaben verabreicht werden und keine Allgemeinstörungen auftreten, dem Sehorgan besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

2. Schiele erkennt den diagnostischen Wert der Ophthalmo-Reaktion des Tuberkulins an, macht aber auf gewisse Schwierigkeiten und eventuelle Schädlichkeiten des Mittels aufmerksam. Um einen sicheren Schluß auf das Bestehen eines tuberkulösen Herdes ziehen zu können, muß das Vorhandensein einer follikulären Erkrankung der Konjunktiva, einschließlich des Trachoms, ausgeschlossen werden, da diese stets eine positive Reaktion ergeben. Nur bei den mit Jodsäure geheilten Fällen von Trachom fiel die Reaktion negativ aus. Bei der Konjunktivitis ekzematosa und trachomatosa kann die entzündliche Reaktion nach Tuberkulineinträufelung eine Aussaat der Ekzembläschen und Trachomfollikel über die gesamte Bindehaut des Auges zur Folge haben; vorgeschrittene Stadien des Trachoms bilden eine Kontraindikation gegen die Tuberkulineinträufelung, da dieselbe hierbei Hornhautkomplikationen erzeugen kann.

3. Während beim akuten Glaukom die Iridektomie die klassische Operation seit A. v. Graefes Entdeckung geblieben ist, sind beim Hydrophthalmus, dem Glaukom des Kindesalters, die Meinungen zwischen Iridektomie und Sklerotomie noch immer geteilt. Wenn die letztere dasselbe leistet, so ist sie als der kleinere und ungefährlichere Eingriff natürlich vorzuziehen. Stölting teilt tatsächlich die guten Erfolge der Sklerotomie an 16 hydrophthalmischen Augen mit, bei welchen die Operation ohne nachfolgende Komplikation gute Erfolge hatte. Das Ausbleiben von Komplikationen schreibt St. zum Teil auch der Nachbehandlung zu, indem der erste und zweite Verbandwechsel in Narkose vorgenommen wurde. Die Iridektomie soll erst das letzte Zufluchtsmittel bilden, wenn Sklerotomieen, die auf jeden Fall günstigere Verhältnisse schaffen, die Drucksteigerung nicht dauernd beseitigt haben.

4. Da die Erfolge der Heilung von Krankheiten des Tränensackes recht mäßige sind, so ist neuerdings die Exstirpation des erkrankten Tränensackes als einer stetigen Infektionsgefahr für die Hornhaut mehr und mehr in Aufnahme gekommen. Da durch diese Operation die normale Tränenabfuhr nicht wieder hergestellt

wird, so wäre eine konservative Heilmethode mit Freuden zu begrüßen. Kortes schlägt eine solche in der permanenten Drainage vor; an Stelle der verschiedenen Dauersonden, die sich alle nicht bewährt haben, führt er einen Seidenfaden durch den ganzen Abfuhrweg hindurch Er benutzt hierzu eine Hohlsonde, an deren unterem Ende vorn eine Oeffnung sich befindet. In die Hohlsonde wird doppelter dünner Kupferdraht gesteckt, und so die Sonde vom Tränenkanälchen aus eingeführt. Mit einem Häkchen wird nun von der Nasenöffnung aus das Ende des Kupferdrahts gefaßt, durch die Oese desselben ein doppelter Seidenfaden geführt und dieser mit dem Kupferdraht und der Hohlsonde nach oben zurückgezogen. Die beiden Enden des Seidenfadens werden außen neben der Nase geknüpft. Je nach der Schwere des Falles bleibt der Faden mehrere Wochen und sogar Monate liegen. Derselbe erfüllt wirklich die Drainage und kann durch Einreibung mit Höllenstein oder anderen Arzneimitteln zur Einverleibung medikamentöser Substanzen in den Tränensack benutzt werden. Die Erfolge, über die im einzelnen berichtet wird, sind zum Teil als recht gute zu bezeichnen. Zunächst gesellt sich noch zu dem allerdings nicht schwer wiegenden Nachteil, daß der Faden äußerlich sichtbar ist, die Schwierigkeit der Technik der Methode, die sich nach der Schilderung besonders beim Fassen des Kupferdrahts von der Nasenhöhle aus geltend macht, so daß Verf. wenigstens bei den ersten Fällen einen Rhinologen zu Hilfe zog.

Dermatologie und Syphilis.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

Eschle (Reichs-Med.-Anzeiger 1907, 25 und 26) spricht der Spirochaete pallida nicht die ätiologische Bedeutung zu, die sie nach Ansicht der meisten Syphilisforscher hat. Entgegen den geradezu erdrückenden Beweisgründen für die spezifische Bedeutung der Spirochaeta pallida und obgleich so ziemlich alle Einwände längst widerlegt sind und eigentlich nur der Schlußstein, die Reinkultur fehlt, stellt sich Eschle auf den Standpunkt Rosenbachs. R. stellte die Hypothese auf, daß die Noxe der Lues ein ursprünglich septisches Gift darstellt, das durch vielhundertjährige Kultur im menschlichen Körper, also durch eine Art von Domestikationsprozeß seine primitive Qualität änderte und in gewissermaßen mitigierter Form den spezifischen Charakter annahm. Auch von der Wassermannschen Antigenreaktion hält Eschle nicht viel, obgleich gerade diese Reaktion für die Diagnose und vielleicht auch die Therapie der Lues und parasyphilitischen Erkrankungen eine große Rolle zu spielen berufen scheint.

Landsteiner, Müller und Pötzl (Wiener Klin. Wochenschrift Nr. 50) kommen zu dem Ergebnis, daß im Gegensatz zu der ziemlich allgemeinen Anerkennung des diagnostischen Wertes der Komplementbindungsreaktion bei Syphilis ihre theoretischen Grundlagen noch strittig sind. Es ist zweifelhaft, ob es sich bei dieser Reaktion um eine Verbindung zwischen Syphilisantigen und Antikörper handelt. Es zeigte sich, daß die mit Syphilisserum Komplement bindenden Substanzen durch Alkohol aus den Organen extrahierbar sind, daß es also keine proteïnartige, sondern vielleicht lipoide Stoffe sind. Die Komplementbindungsreaktion scheint bei einer Zahl von Protozoenerkrankungen vorzukommen, so z. B. in dem Serum von Tieren, die mit Trypanosoma gambieux infiziert sind.

Georg Meier, Assistent am Königl. Institut für Infektionskrankheiten, kommt in einer Arbeit über die Technik, Zuverlässigkeit und klinische Bedeutung der Wassermannschen Reaktion auf Syphilis (Berl. Klin. Woch. 1907, Nr. 51) zu folgendem Resultat:

1. Die Wassermannsche Reaktion ist eine für Syphilis spezifische Reaktion;
2. wegen ihrer großen Zuverlässigkeit bildet sie eine wesentliche Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel;
3. die komplizierte Technik der Reaktion erfordert zur Erzielung einwandsfreier Resultate einen durchaus geübten und erfahrenen Untersucher.

Schuster (Deutsche Med. Wochenschr. 1907, Nr. 50) kommt an der Hand einer Statistik von 90 Fällen von Tabes, 45 Fällen von Paralyse und 176 Fällen von Lues cerebrospinalis zu dem Ergebnis, daß sich ein günstiger Einfluß der Hg-Behandlung der Lues in dem Sinne, daß der Ausbruch einer metasyphilitischen Erkrankung durch dieselbe hintangehalten oder verzögert werden könnte, sich nicht erweisen läßt. Man könnte nach seiner Statistik eher eine Beschleunigung annehmen. Auch die echten syphilitischen nervösen Erkrankungen haben mit den metasyphilitischen Krankheiten gemeinsam, daß ihr Ausbruch unabhängig ist von der Behandlung der primären syphilitischen Erscheinungen. Schuster setzt sich damit in einen Gegensatz zu Erb, Fournier und Neißer, welche glauben, daß eine gründliche Behandlung der Syphilis in den ersten Stadien die Möglichkeit des späteren Ausbruches der Tabes etc. herabsetzt. Im übrigen decken sich anscheinend die Anforderungen, die Neißer und Fournier an eine gute Behandlung der Lues in der Frühperiode stellen, nicht ganz mit den Anschauungen Schusters. — Aus der Tatsache ferner, daß bei den metasyphilitischen Erkrankungen besonders häufig Antikörper gefunden werden, möchte Schuster den Schluß ziehen, daß die nervösen Nachkrankheiten nicht durch die Syphilis, sondern durch die Antikörper der Syphilis hervorgerufen werden.

Sklarek (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 49) empfiehlt zur Verhütung und Behandlung der merkuriellen Stomatitis Formaminttabletten.

Warschauer (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 49) beobachtete nach Jodkalitherapie zweimal bei einem Patienten eine kurze Zeit andauernde Schwellung der Thyreoidea mit einer an Myxödem erinnernden Schwellung des Gesichtes, allgemeiner Desquamation und Haarausfall. Außerdem zeigten sich Basedowartige Symptome: rapide Abmagerung, Herzerscheinungen, Zittern der Hände, Pigmentbildung am Rumpf und an den Schleimhäuten, Anschwellung von Lymphdrüsen, starke Durchfälle und zeitweise Delirien. Anscheinend wurde diese Jodintoxikation durch Thyreoideatherapie mit Phosphor geheilt.

Eine 20 % ige Calomel-Vasogensalbe verwandte Spatz (Wiener Med. Wochenschr. Nr. 49) zur Behandlung der Syphilis mit gutem Erfolg. Obgleich eine Stomatitis aufgetreten ist, sah er insbesondere eine gute Wirkung auf die Drüsenschwellungen.

Polano (Berl. Klin. Wochenschr. S. 1597) beschreibt einen Fall von Fieberreaktion im Anschluß an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis.

Der in der Therapie der Hautkrankheiten so vielfach verwandte Schwefel wird meist in Form des sublimierten Schwefels verordnet. Der Schwefel ist bei dieser Verordnung in Form grober konglomerierter und sehr voluminöser Kristalle in dem Vehikel enthalten. Riecke (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 50) gelang es bei dem Versuch, eine gleichmäßigere und feinere Verteilung herbeizuführen, durch Verreibung des frisch gefällten noch feuchten Schwefels mit der Salbengrundlage eine 30 % ige Schwefelsalbe herzustellen (Pasta sulfuris pultiformis), welche den Schwefel in äußerst fein verteilter Form enthält. Das Präparat hat sich bei den verschiedensten Anwendungsgebieten des Schwefels wie bei Scabies, Acne, Seborrhoe eventuell in entsprechenden Verdünnungen gut bewährt.

Chajes (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 49) beschreibt eine in Folge von Trauma auf dem rechten Scheitelbein entstandene Epithelkyste von Kirschkerngröße, die sich im wesentlichen von den gewöhnlichen traumatischen Epithelkysten dadurch unterschied, daß sie im Inneren keinen Detritus enthielt, sondern von hornartiger Beschaffenheit war. Alle Zellen zeigten im wesentlichen nur verschiedene Stadien des Verhornungsprozesses in abwechselnden lamellösen Schichten.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Bromural.

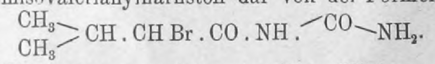
Sammelreferat von Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Seit der Einführung des Chloralhydrats durch O. Liebreich (1869) ist die Zahl der modernen Hypnotika stetig, besonders in den letzten zehn Jahren gewachsen, und bei jedem

Zuwachs ließ sich eine Verbesserung erkennen. So bildete das Chloralformamid einen Fortschritt gegen Chloralhydrat; Amylenhydrat (1887) und Paraldehyd (1883) wurden ebenfalls anfänglich sehr gepriesen, bis man, dank den Versuchen von Baumann und Kast, im Sulfonal und besonders im Trional ideale Schlafmittel zu finden geglaubt hatte. Aber obwohl diese Präparate ihre Schuldigkeit taten, zeigte sich doch bald, daß sie von Nebenwirkungen oft recht unangenehmer Art nicht ganz freizusprechen waren. Daher betrachteten es Chemiker und Therapeuten als eine gewinnbringende Aufgabe, ein Schlafmittel zu finden, welches bei hinlänglicher Wirkung auch als unschädlich galt. Fast jedes Jahr entstand ein Neuling auf diesem Gebiete: Dormiol, Hedonal, Isopral, Hypnal, Viferral, die sich jedoch im großen und ganzen in der Praxis auf die Dauer wenig zu halten vermochten, bis vor einigen Jahren E. Schulze das Neuronal und E. Fischer und v. Mering das Veronal (und bald nachher das Proponal) in die Therapie einführten. Zurzeit ist wohl das Veronal das am häufigsten verordnete Schlafmittel, da es, falls es nicht zu häufig oder in zu hoher Gabe gereicht und richtig angewandt wird, von den meisten gut vertragen wird.

Doch seine vieltausendfache Anwendung ließ auch Schattenseiten erkennen, die hier zu erörtern nicht der Platz ist. Nichts lag also näher, als in der Vervollkommnung der Hypnotika fortzufahren und ein Mittel von genügender Wirksamkeit und Unschädlichkeit chemisch aufzubauen und am Krankenbett zu erproben. Eine derartige Bereicherung des Arzneischatzes ist schon aus dem Grunde wünschenswert, weil wir oft gezwungen sind, mit Schlafmitteln im Laufe einer längeren Erkrankung abzuwechseln, um einer Angewöhnung an das Präparat vorzubeugen. Auch auf die äußere Form eines Mittels müssen wir im Interesse der modernen Neurastheniker einen gewissen Wert legen. Während Neuronal, Veronal u. a. in genau dosierten Tabletten bequem auf Reisen usw. transportiert werden können, ist dies bei einigen älteren Mitteln — Paraldehyd, Amylenhydrat — nicht der Fall, weil sie zu ihrer Anwendung stets in dickleibigen Flaschen als Solution oder Mixtur verschrieben werden, ihr Gebrauch, Verpackung und Transport also umständlicher ist.

Das Schlafmittel, um welches uns das verflossene Jahr bereichert hat, ist das Bromural. Es wurde von Dr. Saam dargestellt und wird von der Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen in den Handel gebracht. Es stellt chemisch den α-Monobromisovalerianylharnstoff dar von der Formel:



$$\begin{matrix}CH_3\\CH_3\end{matrix}\!>CH.CHBr.CO.NH.\diagup CO\diagdown NH_2.$$

Diese Verbindung vereinigt in ihrer Wirkung den beruhigenden Einfluß des Broms mit der in der Baldriansäure enthaltenen Isopropylgruppe.

Bromural bildet weiße, schwach bitter schmeckende Kristallblättchen, die sich in heißem Wasser, Aether, Alkohol und Alkalien, d. h. auch im Darmsaft, lösen, in kaltem Wasser jedoch nur sehr schwer. Der Schmelzpunkt liegt bei etwa 145 Grad.

Versuche an Tieren, die v. d. Eeckhout im Heidelberger pharmakologischen Institut anstellte, ergaben, daß dieser Körper bei Kaninchen und Hunden prompt schlafmachend wirkt und in mäßigen Dosen keine schädlichen Nebenwirkungen besitzt. Bromural übt eine elektive Wirkung auf das Großhirn aus und läßt Medulla oblongata und Rückenmark intakt. Eine kumulative Wirkung scheint dem Mittel zu fehlen; Tiere, die 14 Tage lang täglich 0,1 oder 0,2 g erhielten, zeigten während der Versuchszeit und bei der Autopsie nichts Anormales. Reizerscheinungen seitens des Magens wurden ebenfalls vermißt. Während therapeutische Gaben die Atmung kaum beeinflussen, zeigen etwas höhere Dosen einen lähmenden Einfluß auf das Atmungszentrum: die in der Zeiteinheit ventilierte Luftmenge wurde geringer. Der Blutdruck zeigte keine Veränderung. In diesem Punkt unterscheidet sich das halogenhaltige Bromural von den übrigen Narkotika der Fettreihe (Chloroform, Chloralhydrat), bei welchen bekanntlich eine ungünstige Beeinflussung des Vasomotorenzentrums besonders deutlich ist.

Die ersten, die das Bromural mit gutem Erfolg am Menschen erprobten, waren Krieger und v. d. Velden. Sie verabreichten in der Marburger Klinik neunzig Kranken das Mittel, meistens je drei- bis fünfmal, oft auch viele Wochen hindurch. Die genannten Autoren teilen ihre Resultate in drei Gruppen: 1. leichtere Fälle von Schlaflosigkeit, z. B. infolge von Leukämie, Phthise, Tabes incipiens, Bronchitis, Herzerkrankung, Neurasthenie u. a. reagierten prompt auf eine abendliche Gabe von meist 0,3 g Bromural. Alle Patienten schliefen bereits nach 8 bis 25 Minuten ein und durchschnittlich — ohne Erwachen — die ganze Nacht hindurch. Andern Tags wurde nie eine Klage über Ermattung, somnolenten Zustand, Magenbeschwerden etc. laut. Krieger und v. d. Velden konnten sich durch Selbstversuche ebenfalls von der Harmlosigkeit des Bromurals überzeugen; 2. zu den mittelschweren Fällen, in welchen 0,3 bis 0,6 g Bromural oft für einige Stunden Schlaf herbeiführte, dann aber Schmerzen und dergl. den Schlaf unterbrachen, waren zu rechnen: schwere Lungenphthise, Ischias und schwere Tabes (27 Fälle). Die Wirkung des Mittels beruhte hier nur auf dem Einleiten des Schlafes, der jedoch meist drei bis fünf Stunden dauerte; 3. solche Fälle, die gar nicht auf Bromural reagierten. Es waren dies (im ganzen 20) Fälle von Typhusdelirien, urämischen Zuständen, Angina pectoris, schwere Unruhen bei Herzinsuffizienzen, neurasthenische Psychosen usw. Selbst nach höheren Gaben trat kein Schlaf ein. Wenn Bromural in diesen Fällen auch nichts nutzte, so schadete es aber andererseits auch nicht. Magendarmkanal, Zentralnervensystem und Kreislauf blieben stets intakt. Der Harn reduzierte nicht.

Gleichfalls im günstigen Sinne spricht sich Th. Runck über Bromural aus. Er teilt seine Fälle ebenfalls in drei Gruppen ein. Bei den leichteren Formen der Agrypnie trat stets auf Darreichung von 0,3 bis 0,6 g Bromural voller Erfolg ein. Bei mittelschweren Formen der Schlafbehinderung erzielte er wenigstens vier- bis fünfstündigen Schlaf, hingegen bei Idiotismus, Uteruskarzinom, Myodegeneratio, Epilepsie, Ischias u. a. m. zeigte sich kein Erfolg, aber auch keine Nebenwirkungen. Daß in leichteren Fällen von Epilepsie entsprechend dosierte Gaben vielleicht von Nutzen sein werden, muß nach dem Bromgehalt (35 % Br) des Präparates angenommen werden. (Neuronal = 41 % Br, Kal. bromat. 67 % Br.)

Die gute, reine, beruhigende Wirkung des Bromurals sah Runck auch bei Kindern und Säuglingen mit verschiedensten Erkrankungen. Auffallend erscheint, daß das Mittel hier in relativ großen Gaben gut vertragen wurde. Vielleicht hängt dies mit der schnellen Ausscheidung oder dem leichten Abbau im Körper zusammen, ähnlich wie dies von dem harnstoffhaltigen Hedonal bekannt ist. Ueberraschend war oft die gute Wirkung bei schweren Unruhen, Krämpfen und Eklampsie der Kinder.

Im Anschluß hieran wären noch zwei Fälle von Linke zu erwähnen, wo 0,6 g Bromural epileptiforme Krämpfe prompt unterdrückte.

E. v. Leyden hält Bromural ebenfalls für einen großen Gewinn im Arzneischatz. Nebenwirkungen fehlten bei den von ihm beobachteten Fällen.

Buttersack betrachtet Bromural weniger als ein Narkotikum als vielmehr als ein geeignetes Schlafherbeiführungsmittel.

Erb ist der Ansicht, daß Bromural in Gaben von 0,3 g (wenn nötig, in der Nacht noch einmal wiederholt) dem idealen Ziele eines reinen Einschläferungsmittels nahe kommt, wobei hervorzuheben ist — was andere Autoren auch betonen —, daß es einen dem natürlichen Schlaf möglichst ähnlichen Schlafzustand erzeugt.

Endlich hat Rabow das Mittel von der guten Seite kennen gelernt. Er sagt: „Nach eigener Erfahrung ist Bromural in Fällen leichter Schlaflosigkeit und bei erschwertem Einschlafen als ziemlich harmloses und zuverlässiges Mittel zu empfehlen“.

Alle Untersucher heben also die gute Wirkung des Bromurals bei Fällen einfacher Schlaflosigkeit hervor; diese Erfolge sollen andere Aerzte aufmuntern, auch Versuche mit Bromural anzustellen; viele Fragen bedürfen noch einer Beantwortung, z. B. wäre auf die event. Angewöhnung weiter zu achten, ferner, ob das Mittel ebenso wie Veronal eiweißsparend wirkt und daher bei Erkrankungen mit starkem Eiweißzerfall besonders indiziert wäre, wie der Erfolg bei Keuchhusten ist usw.

Zum Schluß noch einige Worte über die Dosierung: Bromural kommt außer als Pulver in Originalröhrchen mit zwanzig Tabletten à 0,3 g (Preis 2 M.) in den Handel. Es empfiehlt sich, eine (bei Bedarf auch zwei) Tabletten in Wasser zerfallen und in dieser Form es schlucken zu lassen. Zweckmäßig läßt man, um die Resorption zu beschleunigen, heiße Flüssigkeit nachtrinken. Säuglingen und kleinen Kindern reiche man je nach dem Alter $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ Tablette.

Die genannten Gaben sind nach Abklingen der Wirkung u. U. zu wiederholen.

Literatur.

F. **Saam**: Ueber Bromural (Pharmaceut. Zentralhalle 1907, Nr. 8).
v. d. **Eeckhout**: Studien über die hypnotische Wirkung der Valeriansäuregruppe (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1907, Bd. 57).
H. **Krieger** und R. v. d. **Velden**: Zur Beruhigungs- u. Einschläferungstherapie (Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 6).
Th. **Runck**: Bromural, ein neues Nervinum (Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 15).
Linke: Bromural (Therapeut. Neuheiten, Aug. 1907).
E. v. **Leyden**: On some of the newer Hypnotics (Fol. therap., Okt. 1907).
Buttersack: Aus der Praxis für die Praxis (Deut. Militärärztl. Zeitschr. 1907, Nr. 20).
W. **Erb**: Die Behandlung der Neurasthenie (Therap. der Gegenw., Juni 1907).
Rabow: Rückblick auf neue Heilmittel (Therap. Monatshefte, Nov. 1907)

Referate.

Referent: Dr. **W. F. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Nitritvergiftung nach interner Darreichung von Bismuthum subnitricum.** Von A. Böhme. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1907, Bd. 57, Heft 5 und 6.

2. **Die Wirkung des Spermins auf die Adrenalin-Arteriennekrose** von Dr. Fr. Schrank. Aerztl. Central-Zeitung, 1907, Nr. 47.

3. **Ueber Spirosal.** Von Dr. E. Gardemin. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 49.

4. **Die Behandlung der Seborrhoea capillitii mit Thiopinollösungen.** Von San.-Rat Dr. Hollstein, Berlin. Therapie der Gegenwart, Nov. 1907.

5. **Quecksilbercyanidlösungen für chirurgische Zwecke** Von Dr. Lemaire. Répert. de Pharm. 1907, pag. 439.

1. Bei der internen Darreichung von Bismuthum subnitricum, die bei einem $1^{1}/_{2}$jährigen Kinde zwecks radioskopischer Untersuchung des Dickdarmes vorgenommen war, wurde vom Verf. in der Marburger Medizinischen Klinik ein plötzlicher Exitus beobachtet, der unter dem Bilde einer Intoxikation eintrat, die durch Bildung und Resorption von salpetriger Säure hervorgerufen war und unter den Erscheinungen der Methaemoglobinaemie verlief. Verf. konnte in vitro die Bildung von salpetriger Säure aus Bismuthum subnitricum durch Zusatz von Reinkulturen von Bakterium coli oder Kotaufschwemmungen nachweisen, wobei sich zeigte, daß die Fäces von Kindern dabei besonders starke Nitritreaktionen gaben. Diese wurden ebenfalls bei Tierversuchen nachgewiesen.

Im Hinblick auf wiederholt vorgekommene, auch in Amerika beobachtete Fälle von Nitritvergiftung bei Darreichung des Bismut. subnitric. macht Prof. Heffter den Vorschlag, anstatt dieses das Wismuthhydroxyd anzuwenden. Eine Nitritbildung scheint dann ausgeschlossen.

2. Die Entstehung der Arteriennekrose nach Adrenalininjektionen wird teils durch die Hebung des Blutdrucks, teils durch die lokale Intoxikationswirkung des Adrenalins erklärt, während Spermin den Blutdruck beeinflußt und auf Toxine entgiftend wirkt. Baum hat durch Tierversuche nachgewiesen, daß auf Schleimhäute aufgetropfte Sperminlösung (Sperminum-Poehl) eine Verlangsamung der Blutzirkulation und eine Erweiterung von Arterien und Kapillaren hervorruft, also gerade entgegengesetzt wie Adrenalin wirkt.

Durch eigene Tierversuche hat nun Verf. nachgewiesen, daß nicht allein durch gleichzeitige Anwendung des Spermins die durch Adrenalin verursachte Adernschrumpfung aufgehoben, sondern daß auch die Entstehung der Adrenalin-Arteriennekrose in den meisten Fällen verhindert wird. Verf. hält es für erwiesen, daß Spermin und Adrenalin sich antagonistisch verhalten.

3. Verf. berichtet über ein neues Antirheumatikum, das er bei ca. 70 Fällen im Krankenhause Bethanien in Berlin angewendet hat. Es ist dies ein von der Firma Bayer & Co. hergestelltes Präparat, ein Monoglykolsäureester der Salizylsäure. Dies Spirosal benannte neueste Erzeugnis des pharmazeutischen Marktes ist eine farb- und geruchlose Flüssigkeit, welche sich in Alkohol, Aether und Chloroform leicht, in Wasser schwer löst. In Olivenöl ist es im Verhältnis 1 : 15 löslich. Das Spirosal wird entweder pur oder verdünnt mit gleichen Teilen Alkohols an den erkrankten Körperstellen aufgepinselt und von der Haut ohne Reizwirkung gut resorbiert. Die schmerzstillende Wirkung stellte sich meist bald, die Salizylsäurereaktion im Harn nach $1^{1}/_{2}$—2 Stunden ein. Bei Gelenkrheumatismus z. B. wurden die befallenen Gelenke einmal am Tage eingepinselt, mit Oelpapier und Flanellbinde bedeckt, nach 24 Stunden abgewaschen und von neuem eingepinselt. Fast in allen Fällen wurde schon nach 2—3 Einreibungen eine Besserung der Beschwerden erzielt. Nebenerscheinungen traten zweimal in Gestalt von Hautreizungen, einmal von Ohrensausen auf. Das Spirosal scheint dem Mesotan überlegen zu sein. 70% der Fälle wurden durch ausschließliche Behandlung mit Spirosal geheilt. Die Heilwirkung konnte noch gehoben werden durch gleichzeitige innerliche Darreichung von Aspirin oder Novaspirin, einem gleichfalls von Bayer & Co. fabrizierten Präparat, das eine Verbindung der Salizylsäure mit Methylenzitronensäure ist.

4. Die Seborrhoea capillitii, die Ursache der Kahlheit, ist nach Hebras Definition eine krankhafte Ausscheidung von Epidermismassen, die mit Hauttalg imprägniert sind und sich auf einer sonst normal aussehenden Hautfläche entweder als fettiger Ueberzug oder als schuppige Auflagerung ansammeln. Hierbei handelt es sich neben der funktionellen Störung um einen chronischen Entzündungsprozeß der Haut, bei dem infektiöse Prozesse mitspielen. Je nachdem das Resultat der Hypersekretion ein flüssiges, fettiges Sekret oder ein mehr festes, aus eingetrockneten Hornzellen bestehendes ist, unterscheiden wir eine Seborrhoea oleosa oder S. sicca. Beide Formen führen, wenn nicht rechtzeitige Behandlung eingeführt wird, zur dauernden Kahlheit.

Von allen Behandlungsmethoden erfreute sich bisher die Lassarsche Haarkur der größten Beliebtheit. Da sie aber außerordentlich umständlich ist, sind von einer Reihe von Autoren andere Methoden angegeben worden, bei denen der Schwefel eine große Rolle spielt. Und dies mit Recht! Denn es ist nachgewiesen, daß er therapeutisch am wirksamsten ist. Da man nun bisher den Schwefel nur in Salbenform applizieren konnte, eine Anwendungsform, die den meisten Patienten höchst unsympathisch ist, so ist die Verwendung eines brauchbaren, löslichen Schwefelpräparates durchaus erwünscht.

Es ist nun geglückt, eine Schwefelalkaliverbindung herzustellen, welche Thiopinol (Thio = Schwefel; Pino = Nadelholzöl) genannt wird und in Wasser löslich ist. Verf. hat sich Mühe gegeben, dieses Mittel als Kopfwasser herstellen zu lassen, was nach vielen Schwierigkeiten gelungen ist. Dasselbe stellt eine krystallklare, grüne Flüssigkeit dar von angenehmem, erfrischendem Nadelholzgeruch. Am zweckmäßigsten hat sich eine Lösung von 0,2254% Thiopinolschwefel erwiesen. Damit hat Verf. ungefähr 35 Patienten mit gutem Erfolg behandelt. Ueber die Art und Weise der Anwendung muß das Original nachgelesen werden. Die Methode ist gegenüber anderen Haarkuren wesentlich vereinfacht, so daß das Haarwasser auch zur dauernden Haarpflege benutzt werden kann.

5. Quecksilbercyanidlösungen für chirurgische Zwecke empfiehlt Dr. Lemaire (Répert. de Pharm. 1907, pag. 439) zur Antiseptischen Wundbehandlung. Denn das Quecksilbercyanid ist weniger ätzend als Sublimat, ruft keine Reizerscheinungen hervor, wirkt nicht koagulierend und erhält die Haut geschmeidig. Es wird in Lösung von 1 : 1000 verwendet. Durch Zusatz von **Borax nach dem Vorschlage von Denigès und den Versuchen von**

Maréchal soll die Desinfektionswirkung noch erhöht und ein schädlicher Einfluß auf die chirurgischen Instrumente vermieden werden. Die Rezeptformel für die gefärbte Quecksilbercyanidlösung ist:

Rp. Hydrargyr. cyanat. 1,0
Boracis 2,0
Kal. chromic. 0,05—0,075
Fluorescin. 0,001
Aqu. dest. q. s. ad 1000,0.

Neuere Arzneimittel.

Odda M. R. (Fabrik: Deutsche Nährmittelwerke Strehlen in Schlesien), d. h. Odda für Magenleidende und Rekonvaleszenten, zur Unterscheidung von Odda K. (Odda-Kindernahrung), ist nach den gleichen von v. Mering aufgestellten Prinzipien hergestellt, wie dieses letztere zu großer Anerkennung gelangte Präparat, und weicht von ihm nur in quantitativer Hinsicht etwas ab, insofern Odda M. R. höheren Eiweiß- und Fettgehalt besitzt und auch im Geschmack den Anforderungen Erwachsener mehr angepaßt ist. Chemische Zusammensetzung (nach Analyse aus dem Zuntzschen Laboratorium): Wasser 4.4%, Eiweiß 16 56%, Fett 8,03%, Kohlehydrate 68,14%, Mineralstoffe 2,87% (darin Kalk 0,44%, Phosphorsäure 0,82%). Der Lezithingehalt ist mit 0,4% angegeben. Schlesinger (Med. Klinik, 1905, Juli) reiht die Oddanahrung den von Penzoldt aufgestellten Kostformen der ersten Kost an. Der Magen entleert in wenig mehr als zwei Stunden seinen Inhalt. Auch die Azidität des Mageninhalts bewegt sich in mäßigen Grenzen. Odda wird darum empfohlen bei Magengeschwür, Verdauungsstörungen aller Art, akutem und chronischem Magen- und Darmkatarrh und als Milchersatz. Insbesondere aber auch als salzarme Nahrung bei Nephritis. Durch seinen hohen Nährwert und seine leichte Assimilierbarkeit und den Lezithingehalt ist Odda M. R. auch geeignet als Kräftigungsmittel in der Rekonvaleszenz nach schweren Krankheiten, Blutungen, Blutarmut, bei Lungentuberkulose u. ä., wie vielfach erprobt wurde, z. B. in den Görbersdorfer Lungenheilanstalten.

Odda stellt eben nicht einen einzelnen Nahrungsstoff dar, sondern eine komplette Nahrung*). Dr. Steiner (Herzogl. Landeskrankenhaus und Siechenhaus in Altenburg), der Odda vielfach anwandte, kommt zu dem Resümé: „Ich kann die Verwendung der Odda M. R. zur vorübergehenden und ausschließlichen Ernährung, sowie als Stärkungsmittel bei darniederliegender Verdauung und zur Hebung des Kräftezustandes bestens empfehlen. Man erreicht sehr bald eine eklatante und anhaltende Besserung des Allgemeinbefindens, und der Preis des Präparates ist überdies ein verhältnismäßig niedriger und gestattet die Anwendung auch bei den minder bemittelten Patienten."

P. Höckendorf, Groß-Lichterfelde.

Kefyr. Es finden sich in der Literatur mehrere Mitteilungen über den therapeutischen Wert des Kefyrs, die kurz zu referieren uns zweckmäßig erscheint.

1. Ein Beitrag zur therapeutischen Bewertung des Kefyrs. Von Dr. med. Thyen in Kriescht (Neumark). Reichs-Medizinal-Anzeiger, Nr. 21, 1905.

Der Name „Kefyr" stammt aus dem Türkischen und wird von „Kef" abgeleitet. „Kef" heißt Wonne, Kefyr alsoder Wonnetrank.

Die Gärungserreger, die im Kefyr enthalten sind, sind Spaltpilze, die nach Beyerinck Saccharomyces-Kefyr benannt werden. Daneben finden sich nach v. Freudenreich Streptokokkus a, der die Milchsäurebildung einleitet, Streptokokkus b, der den Milchzucker spaltet, und der Bazillus kaukasikus, dessen Funktionen noch unbekannt sind. Durch die genannten Mikroben wird nach Kobert die Milch in der Weise verändert, daß zunächst ein Teil des Milchzuckers in Milchsäure gespalten und durch diese das Kasein in Form feiner Flöckchen ausgefällt wird. Gleichzeitig wird ein Teil der Eiweißstoffe der Milch in Azidalbumin, Hemialbuminose und Propepton übergeführt. Ein zweiter Teil des Milchzuckers wird in Galaktose und Dextrose gespalten, die wiederum zu Kohlensäure und Alkohol vergoren werden. Durch das Zusammenwirken aller dieser Mikroben werden alle anderen Mikroben, die in der Milch vorkommen, also auch Tuberkelbazillen, vernichtet, wie Forster nachgewiesen hat.

Aus diesem Grunde kann rohe Milch zur Herstellung des Kefyrs verwendet werden.

Da die Kefyrbereitung aus Körnern äußerst umständlich ist, hat die Firma Osk. Mühlradt-Berlin Pastillen hergestellt, die es auch dem Unerfahrensten in wenigen Minuten ermöglichen, den Kefyr gebrauchsfertig zu machen. Die Pastillen werden aus frischen Kefyrkörnern zubereitet.

Der Kefyr wird mit Erfolg angewendet in der Rekonvaleszenz, ferner bei Anämie, Neurasthenie, bei Leber- und Magenleiden, Darmerkrankungen, besonders auch bei Tuberkulose. Auch bei harnsaurer Diathese soll er mit Vorteil verwandt werden.

Auf Veranlassung des Verfassers hat die Firma O. Mühlradt zur Verstärkung des therapeutischen Effekts noch bestimmte Medikamente zugesetzt, wie Ferr. lactic. oder Acid. arsenicos. oder Ferr. lactic. und Acid. arsenicos., auch Guajacol. carbon. Bei Verwendung dieser mit verschiedenen Medikamenten versehenen Pastillen hat Verf. in vielen Fällen die Kefyrbehandlung mit Erfolg durchgeführt. Natürlich muß die Quantität des täglichen Kefyrs jedem Fall angepaßt werden. Bei Darmtuberkulose ist der „dreitägige" Kefyr, der eine leicht stopfende Wirkung ausübt, durchaus indiziert. Der Guajakolgeschmack soll bei dreitägigem und älterem Kefyr fast ganz verschwunden sein.

Da der Preis der Mühlradtschen Präparate (Dr. Trainers Kefyrpastillen) nur ein bescheidener ist, so glaubt Verf., daß sie sich auch in die Kassenpraxis einführen werden.

2. Ueber die Bedeutung des Kefyrs bei vervollkommneter Herstellungsweise. Von J. Löbel, Düsseldorf. (Mediz. Klinik, Nr. 19, 1906.)

Nach Beschreibung der Wirkungsweise des Kefyrfermentes rühmt Verf. den Wert des Kefyrs bei einer Reihe von Krankheiten des Magens, Darms und der Nieren, besonders aber bei Lungenphthise, wozu er zwei Falle ausführlich beschreibt. Verf. lobt die Einfachheit des Verfahrens, vermittels der Dr. Trainerschen Kefyrpastillen einen brauchbaren guten Kefyr herzustellen und hat gute Erfolge gesehen durch die Zusätze von Arsen, Eisen und Guajakol zu den Pastillen. Er empfiehlt deshalb den Kefyr auf das angelegentlichste.

3. Die Bedeutung des Kefyrs in der modernen Therapie. Von Dr. O. Willke, Braunschweig. (Allgemeine Mediz. Zentral-Zeitung, April 1907.)

Nach ausführlicher Besprechung der Geschichte des Kefyrs und des Chemismus der Kefyrgärung wendet sich der Verf. zu der physiologischen und therapeutischen Bedeutung des Mittels und lobt die vorzügliche Wirkung bei Magen- und Lungenkranken. Auch kann Kefyr überall da verwendet werden, wo auch sonst Milchdiät verordnet wird. Wegen der im Kefyr enthaltenen Kohlensäure wird er oft von Kranken gern genommen, die sonst Widerwillen oder Abneigung gegen Milch haben.

Kontraindiziert ist seine Anwendung in Fällen von Adipositas, Arteriosklerose und Neigung zu Gehirnkongestionen, Phthisen mit profusen Hämoptysen und Irritabilität des vasomotorischen Nervensystems.

Bezüglich der Anwendungsweise des Kefyrs hebt Verf. hervor, daß ein- bis zweitägiger Kefyr laxierend, vier- bis fünftägiger obstipierend wirkt, daß man daher im allgemeinen am besten dreitägigen anwenden läßt.

Die Arbeit schließt mit einem Hinweis auf die Dr. Trainerschen Kefyrpastillen und deren Zusätze.

Krüger-Magdeburg.

Technische Neuerscheinungen.

Deutsche Drahtgipsbinde „Monachia".

Der große Nachteil der alten Gipsverbände ist und bleibt die starke Belastung des eingegipsten Gliedes durch den Verband, denn man beobachtet nur zu oft, daß ein Gipsverband mehrere Pfund wiegt, dem abzuhelfen ohne die Festigkeit des

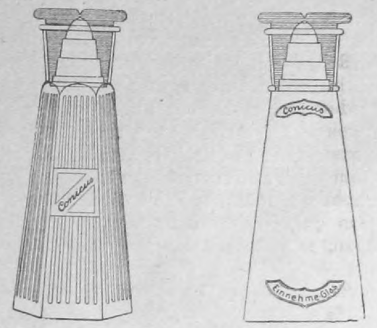
---

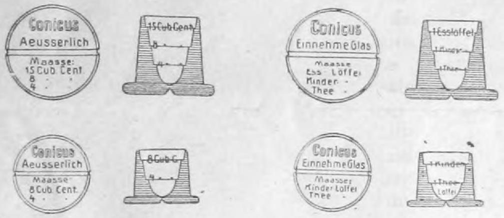
*) Damit ist natürlich nicht gesagt, daß man nicht in vielen Fällen einzelnen, einseitig zusammengesetzten Nährpräparaten den Vorzug geben kann. (Ref.)

Verbandes zu vermindern, hat man Schusterspähne und Blechstreifen zwischen die Gipsbindentouren gelegt, doch der Erfolg war nur gering. Eine sehr brauchbare Neuerung ist durch die Drahtgipsbinde „Monachia“ geschaffen worden. Diese Binde besteht aus einem Messingdrahtgeflecht, das von einer Stärkebinde umgeben ist und in dessen Maschen der Gips gebracht ist. Es ist also eine gewöhnliche Stärkegipsbinde mit eingelegtem Drahtgeflecht. Das letztere ist weitmaschig und an sich sehr leicht. Der Vorzug dieser Gipsbinde vor der bisherigen ist der, daß man nur eine Lage der Binde braucht, um einen einfachen fixierenden Verband herzustellen. Soll der Verband besonders fest sein, wie für Gehverbände bei Unterschenkelfrakturen oder für Beckengehverbände bei Koxitis oder Luxatio koxae kongenita etc., so genügen zwei bis drei Lagen der Drahtbinde, um einen ebenso festen Verband herzustellen, wie man ihn mit acht bis zehn Lagen der alten Gipsbinde erhält. Dieser Verband wiegt höchstens ein halbes Pfund. Wiegt man einen gewöhnlichen Beckengipsverband für ein neunjähriges Kind zum Beispiel, so ergibt sich eine Last von drei bis vier Pfund. Der Unterschied von einhalb Pfund zu drei bis vier Pfund ist ganz bedeutend. Man ersieht also, daß ein Drahtgipsbindenverband entschieden einen Vorzug in seinem kleineren Gewicht besitzt, während er äußerst fest und haltbar ist. Da er nun bedeutend dünner als ein Gipsverband ist, so kann man ihn leicht mit einer Verbandschere oder Gipsschere aufschneiden, ebenso läßt sich sehr leicht ein Fenster in den Verband schneiden. Jeder Chirurg weiß, wie schwierig dies oft bei den alten Gipsverbänden zu machen ist und wie anstrengend es ist, einen großen Gipsverband aufzuschneiden. Auch zum Gipskorsett und Gipsbett eignen sich die Drahtbinden sehr gut, ebenso zur Herstellung von Schienen und Hülsen etc. Der Verband mit der Drahtgipsbinde ist aber trotzdem nicht teurer wie ein Gipsverband, sondern da man viel weniger Material für einen fixierenden Verband braucht, eher billiger als ein alter Gipsverband. Beim Anlegen des Drahtgipsverbandes muß man nur beachten, daß immer die eine Bindentour die vorhergehende zu ein Drittel ihrer Breite deckt. Die Drahtbinde hat den Vorzug, beim Wickeln breit zu bleiben und sich nicht zu einem Strick zu drehen, wie es leicht mit einer gewöhnlichen Gipsbinde geschieht. Der Gips in den fertigen Drahtgipsbinden ist besonders gutes Material und wird steinhart; um ein rasches Hartwerden zu bewirken, soll man dem Wasser, in welches man die Binde einlegt, etwas Alaun zusetzen. Neben den fertigen Drahtgipsbinden liefert die Firma „Deutsche Drahtgipsbindenfabrik in München“ auch sogen. Borten, welche aus dem Drahtgeflecht und der Binde bestehen, ohne Gips zu enthalten. Man kann sich diese selbst mit Gips füllen, oder sie zu Celluloid-, Wasserglas- und derartigen Verbänden verwenden. Sie leisten dazu an Stelle der einfachen Mullbinde hervorragende Dienste, denn durch das Drahtnetz wird der betr. Verband viel fester bei weniger Material als der Verband ohne Draht. Die Binden sind entschieden als ein Fortschritt in der Orthopädie zu betrachten. W. B. Müller, Berlin.

Conicus-Flaschen.

Ein neues Medizinglas ist von der Firma Bach & Riedel, Berlin, unter der Bezeichnung Conicus in den Handel gebracht worden. Die Flaschen haben eine konische Form, der Boden ist also sehr breit und die Flasche verjüngt sich nach dem Halse zu gleichmäßig und bildet so eine Pyramide, die einen runden oder sechseckigen Mantel besitzt, je nachdem ob man eine Medizinflasche für innerliche Medikation oder zu äußerer Applikation vor sich hat. Durch die konische Form erzielt man den Vorteil, daß der Mantel der Flasche direkt in den Hals übergeht, ohne daselbst eine Ecke zu bilden, die schwer zu reinigen wäre. Die konischen Flaschen lassen sich sehr leicht und sicher reinigen. Verschlossen werden alle Conicusflaschen durch einen breiten Glasstopfen, welcher an sich ausgehöhlt ist und gleich als Einnehmeglas dient. Der Stopfen ist je nach der Größe der Flasche so ausgehöhlt, daß er entweder einen Eßlöffel bis einen Teelöffel oder 15 bis 25 Tropfen faßt. Die Flaschen, in welche Dekokta oder Mixturen abgegeben werden, haben Stopfen, in denen ein Abschnitt der Exkavation einen Teelöffel, ein anderer einen Kinder- und ein dritter einen Eßlöffel faßt, während die Flaschen für Tropfen einen Glasstopfen besitzen, welcher eine Exkavation zu 4, eine zu 8 und eine zu 15 ccm aufweist. So hat man immer ein zuverlässiges Maß für die Medizin und braucht nicht eine verschiedene Größe der Löffel zu fürchten. Bei kleinen Flaschen zu Lösungen für subkutane Injektionen bietet der exkavierte Stopfen den Vorteil, daß man mit der Pravazspritze leicht aus dem Stopfen die Lösung aufsaugen kann. Man braucht hierbei nicht zu fürchten, die Sterilität der Lösung dadurch zu vernichten, daß man mit der Pravazspritze aus der Flasche die Lösung ansaugen muß, sondern man gießt nur wenige Kubikzentimeter in den Stopfen aus der Flasche und saugt mit der Spritze diese auf. Ferner kann man einen Pinsel leicht in dem Hohlraum des Korkes mit der Lösung befeuchten, oder man verwendet die Conicusflasche für Pulver und schüttet dann so viel Pulver, als nötig ist, in den exkavierten Stopfen und kann das so leicht dosierte Pulver verwenden. Jedenfalls sind die Conicusflaschen sehr brauchbare Medizinflaschen, und da sie nicht teuer sind, werden sie sich bald einführen. Sie bieten den Vorzug größerer Sauberkeit und sicherer Dosierung, da dem Patienten mit der Medizin gleich das Maß verabreicht wird, nach welchem er dieselbe einnimmt oder sonst verwendet.





W. B. Müller, Berlin,

Ein automatischer Sperrlidhalter*).

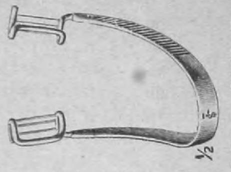
Von Dr. med. **Paul Greven,** Aachen.

Die bisher gebräuchlichen Sperrlidhalter, deren Zahl gewiß nicht klein ist, haben durchweg eine Reihe von Mängeln: sie sind alle von mehr oder weniger komplizierter Konstruktion, haben Schraubengewinde, Zahnstangen, Spiralfedern, Vorsprünge, Scharniere und unzugängliche Winkel und Taschen, die eine gründliche Reinigung und Desinfektion erschweren, die aber auch die Hand des Operateurs manchmal behindern und ferner zu öfteren Reparaturen und Neuanschaffungen Veranlassung geben. Vor allem aber ist auch ein schnelles und sicheres An- und Ablegen des Lidhalters erschwert.

---

*) Vergl. Deutsche Aerzte-Zeitung 1907, Nr. 2, Medizinische Klinik 1906, Nr. 35, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, IX. Jahrgang, Nr. 45.

Public



Diese Erwägungen führten zur Ausarbeitung des hier angeführten automatischen Sperrlidhalters. Das Instrument ist lediglich ein einfacher, selbstfedernder, seitlich der Gesichtsform entsprechend abfallender Metallbügel, dessen freie Enden in die bekannten lidumfassenden Teile auslaufen. An den letzteren halten dünne Querstäbchen zugleich die Wimpern zurück. Das Instrument zeichnet sich aus durch größte Einfachheit. Es läßt sich leicht reinigen und desinfizieren und ist bequem für Arzt und Patient. Es ersetzt auch vollständig die Desmarresschen Halter und hat den weiteren Vorzug, daß es bei fehlender Assistenz beide Hände des Arztes freiläßt zu eventuellen therapeutischen Maßnahmen, vor allem in der Kinderpraxis.

Herstellung und Vertrieb des Instrumentes (D. R. G. M. 284174) hat die Aktiengesellschaft für Feinmechanik vormals Jetter & Scherer in Tuttlingen übernommen. Zu beziehen ist dasselbe durch alle namhaften Fachgeschäfte unter Hinweis auf die bekannte Aesculap-Garantiemarke.

Ueber Kautschuk-Heftpflaster.

Von Hofrat Dr. **v. Boustedt,** Berlin.

(Russische medizinische Rundschau, Heft 10, 1907.)

Nachdem Autor auf die Bedeutung der Heftpflaster für die Chirurgie im allgemeinen eingegangen ist, wobei er daran erinnerte, wie die Pflaster früher meistens schmierten und an einem Licht erwärmt werden mußten, damit sie wenigstens einigermaßen klebten, geht er auf die vorzüglichen Resultate über, die sich mit den modernen „Duranaplast-Verbänden“ erzielen lassen, die von der Firma Dr. Degen & Kuth, Düren im Rheilnand, in den Handel gebracht werden.

Mittels „Duranaplast“ ist das Anlegen eines Heftpflasterverbandes außerordentlich bequem. Die „Duranaplastverbände“ stellen nach dem Autor einen bedeutenden Fortschritt dar. Sie sind von großer Klebkraft, lassen sich leicht ablösen, sind dünn und schmiegsam, reizen nicht und sind sehr lange haltbar.

Er empfiehlt Duranaplast auch bei Furunkeln am Halse, wobei er bemerkt hat, daß der unangenehme Druck und die Schmerzen beim Reifen des Furunkels in dieser Behandlung sehr schnell verschwinden, und daß man durch frühzeitiges Auflegen eines Stückchens Durana-Heftpflaster das Reifwerden des Furunkels unterdrücken und eine vollständige Resorption des Entzündungsherdes herbeiführen kann.

Eine sehr gute Anwendung hat das Heftpflaster bei den Nabelbrüchen der Kinder gefunden, und wir müssen zugeben, daß es dabei in verschiedener Hinsicht Ausgezeichnetes leistet. Das Kind kann damit gebadet werden, die Haut wird nicht gereizt, und kann solch ein Verband bis zu drei Wochen unbeschadet liegen bleiben. Wie quälte man sich früher mit den Nabelbrüchen und dem alten Heftpflaster ab, es hatte mehr Nachteile als Vorteile!

Der Autor schließt mit den Worten, daß die von der Firma Dr. Degen & Kuth in den Handel gebrachten Heftpflaster und Pflastermulle und -batiste so vorzüglich sind, daß es nicht nötig ist, sich dabei weiter zu verbreiten. Jedenfalls sind es die besten Präparate, die uns bis jetzt bekannt sind. Es gibt ja noch viele ähnliche Präparate, denen aber doch der eine oder der andere Mangel anhaftet.

Bücherbesprechungen.

Der neue Hausarzt. Von Dr. Gottfried Reimer. Dresden 1908. Verlag von Richard Lincke. 176 S., groß Okt.

Die Vorurteilslosigkeit, mit der Reimer seine Anschauungen gewonnen und die ihn besonders befähigt, ein Buch wie das vorliegende, das in mehr als einer Richtung reformierend wirken soll und wird, zu schreiben, ist der mir sympathischste Zug in der geistigen Physiognomie des Autors. Ohne in den häufig wunderlichen Wandelgängen der Schulmedizin den Ariadnefaden verloren zu haben, ohne sich von den Fußangeln der Fraktionen der Praktiker und Wissenschaftler gefangen nehmen zu lassen, hat Reimer die Jahre der Praxis zu Jahren des Studiums gemacht und mit guter Kritikfähigkeit vom Baume der Erkenntnis des Guten und Bösen geschmaust. Es gehört eine rege Beweglichkeit, eine jugendliche Elastizität des Geistes dazu, alte Tafeln zu zerbrechen und aus den Trümmern die ewigen Werte an sich zu reißen — statt in den Nihilismus zu verfallen oder sich seufzend ins Unvermeidliche zu fügen.

Der Standpunkt Reimers ist der des Eklektizismus nach der Devise: Alles prüfen und das Beste behalten. Er verurteilt ebenso sehr das absichtliche Verzichten auf die Mithilfe des guten Engels, den die Natur an jedes Krankenbett entsendet, wie das fanatische Anhängertum an ein Signum, in dem der Sieg wahrhaftig nicht zu erringen ist, an den Kriegsruf: hie arzneilose Heilweise! Ja er geht in seiner Vorurteilslosigkeit sogar so weit, die — sit venia verbo — Homöopathie zu prüfen, die sich sonst jeder — bis auf die Homöopathen — zehn Schritt vom Leibe hält, und hat den Mut zu gestehen, daß auch die Hahnemannsche „Wissenschaft“ ihm, wenn auch nicht vieles, so doch manches enthält, was mit der „richtigen“ Medizin übereinstimmt und daher brauchbar ist.

Also er wählt aus den Strömungen und Gegenströmungen, über die sich die Medizin niemals hat zu beklagen brauchen, das Brauchbare und Gute aus und stellt es zu einem System zusammen, das — nicht etwa neu ist, was quoad Prognose ziemlich mißlich wäre, sondern das die ewigen Prinzipien der Heilkunst, sozusagen das Skelett Aeskulaps darstellt. Er fordert also: vom neuen Hausarzte Beobachtung und Ueberwachung der Heilkunst, die uns die Natur vorführt, und Unterstützung dieser Heilkunst, wo es not tut, durch physikalisch-diätetische Maßregeln sowie durch Anwendung von bewährten Medikamenten; er sagt mit Recht, daß diese Forderungen heute noch nicht erfüllt werden, da die physikalisch-diätetischen Methoden noch nicht bekannt genug und, weil der deutsche Name dafür Naturheilmethoden lautet, nicht geachtet genug — was sage ich, verpönt sind, da ferner die Beobachtung der Natur, d. h. die biologische Auffassung in der Medizin den jungen Köpfen viel zu wenig ans Herz gelegt wird, jedenfalls nicht so, daß sie einsehen, daß diese Auffassung die Hauptsache bei der Gewinnung eines medizinischen Verständnisses vorstellt.

Daß durch diesen Eklektizismus Reimers, den er an den landläufigen Krankheiten (Obstipation, Neurasthenie etc.) durchführt, nicht nur den Patienten, sondern auch den Aerzten — durch eine natürliche Bekämpfung der Kurpfuscherei — gedient ist, sei noch hervorgehoben. Ich habe früher an anderer Stelle gesagt, daß die Kurpfuscherei am besten aufgelöst würde, wenn sich die Mediziner nicht genierten, das Brauchbare der Methoden der Kurpfuscher sich anzueignen und ihnen ihre Praktiken, denen sie Erfolge verdanken, abzusehen; auch Reimer weist mit vollem Rechte auf die Tatsache hin (pag. 129 f.), „daß wir die Wahrheiten dieser Methoden erkennen und berücksichtigen müssen, wenn anders es uns gelingen soll, die Kurpfuscherei zu unterdrücken . . . . .“.

Kurz, wir wünschen dem Buche Reimers eine möglichst große Verbreitung; ist es einmal dem Leser in die Hand gegeben, so wird es seinen Eindruck nicht verfehlen. Lungwitz, Berlin.

Die Erkrankungen des Magens. Von F. Riegel. Zweite Aufl. Zweiter Teil: Spezielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Bearbeitet und herausgegeben von Privatdozent Dr. D. von Tabora. Wien und Leipzig 1908. Alfred Hölders Verlag.

Elf Jahre sind verflossen, seit Riegel den zweiten Teil der ersten Auflage seines großen Handbuchs der Magenkrankheiten erscheinen ließ und damit ein Werk vollendete, das in seiner Vollständigkeit des Inhalts und Klarheit der Darstellung seinesgleichen nicht hatte. Nach sechs Jahren konnte der erste Teil (Die allgemeine Diagnostik und Therapie) von neuem aufgelegt werden und arbeitete der unermüdliche Verfasser rastlos an der Neubearbeitung des zweiten Teils, bis der müden Hand die Feder entsank, bevor er sein Lieblingswerk abschließen konnte. Sein jüngster Schüler Dr. D. von Tabora (jetzt Privatdozent in

Straßburg), der durch langjähriges Zusammenarbeiten mit dem Meister, sowie durch eigene Forschungen auf diesem Gebiet besonders für diese Aufgabe befähigt erschien, hat jetzt das Werk zu Ende geführt und „Die spezielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten“ nach langdauernder sorgfältiger Vorbereitung in zweiter Auflage erscheinen lassen. Wer selbst erfahren hat, welch schwierige Arbeit es ist, schon sein eigenes Werk völlig umzuarbeiten, wird die Größe der Aufgabe, die sich von Tabora gestellt hat, ermessen können, wird ihm aber zugeben müssen, daß er dieselbe mit ebensoviel Sachkenntnis und Geschick wie Pietät gelöst hat. Wenn die Neubearbeitung der ersten Kapitel wie „Hypersekretion und Hyperazidität“, „motorische Insuffizienz und Ektasie“ fast ganz noch Riegels eigener Hand entstammen oder wenigstens nach gemeinsam besprochenem Plan behandelt werden konnten, so haben die Kapitel des Ulcus ventriculi, des Karzinom, der Achylie vom Herausgeber eine völlige Umarbeitung erfahren, wobei die überreiche Literatur kritisch gewürdigt und eigene Erfahrung verwertet wurde. Das Kapitel über Tuberkulose und Syphilis des Magens ist neu hinzugekommen, auch haben die Indikationen und Aussichten der chirurgischen Therapie gemäß der im letzten Jahrzehnt gemachten Fortschritte eine ausführlichere Berücksichtigung wie früher erfahren. So ist ein Werk der Vollendung zugeführt worden, das auch in der neuen Form als standard work deutscher Wissenschaft und Gründlichkeit gelten wird. Vermißt hat der Referent das in der früheren Auflage vorhandene Autoren- und Sachregister. Wegele, Bad Königsborn i. Westf.

ALLGEMEINES.

Einen Beitrag zur Prophylaxe übertragbarer Krankheiten veröffentlicht Dr. Edmund Saalfeld, Berlin, in Nr. 50 der Mediz. Klinik (1907), indem er auf eine ekelhafte Unmanier hinweist, die man sehr häufig in Zigarrenläden beobachten kann: viele Raucher haben nämlich die Gewohnheit, ihre Zigarren vor dem Abschneiden der Spitze mittels der für den allgemeinen Gebrauch bestimmten Guillotinen, die natürlich nie desinfiziert werden, einzuspeicheln, eine Unsitte, die die Uebertragung der Syphilis, der Tuberkulose etc. begünstigt, aber auch so ekelhaft ist, daß die Anregung Saalfelds zu ihrer Beseitigung sehr am Platze ist. Man kann entweder spitzenlose Zigarren herstellen oder durch Aufklärung (Plakate in den Läden) das Publikum aufmerksam machen, wie unappetitlich und gefährlich die herrschende Unmanier ist.

In der Pharmazeut. Zeitung 1907, Nr. 100, finden wir folgende Notiz, die die **Unsicherheit der gesetzlichen Bestimmungen über die Anpreisung von Heilmitteln** illustriert. Z. und H., welche in Berlin ein Handelsgeschäft betrieben, hatten ein Patent (138 988) betreffend ein Verfahren zur Ueberführung der in Süßwasserkalk enthaltenen organischen Bestandteile in eine leicht resorbierbare Form erworben; man läßt auf Kalk Fette oder Fettsäuren in der Wärme einwirken. Die Erfindung wurde in der Weise verwertet, daß man den Kalk verseifte; hierdurch wurden die organischen Bestandteile des Kalks frei. Die auf diese Art hergestellte Seife wurde dann in den Handel gebracht. In einer Broschüre wurden die angeblichen Vorzüge dieser Seife rühmlichst bekannt gegeben. In der Presse erschienen Inserate mit der Ueberschrift: „Eine Menschenhaut“. In den Inseraten war von Mitessern, Geschwüren und Flechten die Rede. Die Leser wurden aufgefordert, für eine gesunde, von allen krankhaften Ausscheidungen freie Haut zu sorgen. Wer diese erzielen wolle, orientiere sich über das neue, durch Reichspatent geschützte, natürlich und wissenschaftlich begründete Verfahren, in seiner Anwendungsform hervorragend begutachtet und von erprobter, oft geradezu verblüffender und Aufsehen erregender Wirkung. Ausführliche ärztliche Broschüre gegen 20 Pf. usw. Die Strafkammer erkannte gegen die Angeklagten auf eine Geldstrafe und führte u. a. aus, es werde ein Verfahren, eine Methode angekündigt, durch deren Anwendung allein schon eine gesunde Haut erzielt und damit alle die Krankheiten und ihre Folgen beseitigt oder verhindert werden sollen, die in der Anzeige erwähnt werden. Die Broschüre soll noch ausführlichere Auskunft über das fragliche Verfahren geben, welches in der Anwendung der erwähnten Seife besteht. Nach den Bekundungen der Sachverständigen habe die patentierte Seife nach ihrer Zusammensetzung keineswegs die Heilwirkung, wie sie die Angeklagten behaupten. Durch die Art der Anpreisung werde das Publikum irregeführt; es werden dem Verfahren der Angeklagten Wirkungen beigelegt, welche über seinen wahren Wert hinausgehen. Die Angeklagten haben mithin entgegen den Vorschriften der Polizeiverordnung vom 2. Oktober 1902 einem öffentlich von ihnen angekündigten Mittel bezw. Methode zur Verhütung und Heilung von Menschenkrankheiten Wirkungen beigelegt, die über seinen wahren Wert hinausgehen, und auch das Publikum durch die Art der Anpreisung irregeführt. Das Kammergericht hob jedoch diese Entscheidung auf und wies die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an die Strafkammer in Kassel zurück, da die Polizeiverordnung vom 2. Oktober 1902 nur für Kurpfuscher, nicht aber für Fabrikanten von Heilmitteln erlassen sei. Die Gültigkeit der betreffenden Polizeiverordnung könne im Hinblick auf § 6 des Polizeiverwaltungsgesetzes nicht in Frage gestellt werden; sie sei im Interesse von Leben und Gesundheit von Menschen erlassen. (Entsch. v. 2. Dez. 1907.)

Nachdem die angeordneten Untersuchungen ein **Kresolseifenpräparat** ergeben haben, welches dem Lysol nicht allein in den allgemeinen Eigenschaften gleichwertig, sondern inbezug auf seine desinfizierende Wirkung noch überlegen ist, bestimmt ein Ministerialerlaß vom 19. Oktober 1907, daß an Stelle des Lysols von nun an die „Kresolseife“, deren Herstellungsweise vorgeschrieben ist, seitens der Hebammen zur Anwendung gelangt. Die Apotheken sind veranlaßt, einen genügend großen Vorrat des neuen Präparates vorrätig zu halten und es nur an Hebammen abzugeben. Die 1%ige Lösung der „Kresolseife“ wird durch Eingießen von 10 g in 1 Liter lauwarmen Wassers unter Umrühren oder Umschütteln hergestellt. Niemals darf die Mischung der „Kresolseife“ mit Wasser in einer Spülkanne vorgenommen werden.

Das Berliner Polizeipräsidium warnt vor zwei Geheimmitteln. Das erste ist die von der Firma Poehlmann in München angepriesene „Plobners neuverbesserte Hörtrommel“ für Schwerhörige usw., deren Preis (10 M.) als unverhältnismäßig teuer bezeichnet, und deren von der Firma angegebene Wirkungen bestritten werden. Das zweite sind die gegen Menstruationsstörungen und „Blutstockungen“ der Frauen empfohlenen „Menstruationstropfen Regina“, die angeblich ein destillierter Auszug aus Zimt, Baldrian, Nelken, Alkohol und Wasser sind und natürlich keineswegs die ihnen beigelegte Wirkung haben. Die für 3,50 M. angebotene Flasche hat einen taxmäßigen Wert von höchstens 1 M.

In **Wien** sind auf Anregung und unter Leitung von Professor Max Neuburger und Prof. Robert Ritter v. Töply die ersten Schritte zur Errichtung eines Instituts für Geschichte der Medizin getan worden, indem durch staatliche und private Unterstützung eine — vorläufig noch bescheidene — Sammlung von Büchern, Instrumenten, Bildern etc. angelegt worden ist.

Ein **Ambulatorium für Sprachstörungen** ist nach einer Mitteilung der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung seit kurzem im Berliner poliklinischen Universitäts-Institut für innere Medizin eingerichtet worden. Damit ist vom preußischen Unterrichtsministerium zum ersten Mal in einer Universitätsanstalt eine Einrichtung geschaffen, welche zugleich als Behandlungs- und Lehrstätte auf dem Gebiete der Sprachstörungen dienen soll. Ueber die große Verbreitung dieser Störungen und ihre soziale Bedeutung macht der Leiter des Ambulatoriums Priv.-Doz. Dr. H. Gutzmann in einem von der genannten Zeitschrift publizierten Aufsatz folgende interessante Angaben: Unter der Schuljugend Deutschlands gibt es wenigstens 1% Stotterer, d. h. es befinden sich in den deutschen Schulen nicht weniger als 100 000 stotternde Kinder im Alter vom 6. bis zum 14. Jahre. Unter Hinzurechnung der anderen Sprachstörungen (Stammeln, Lispeln, Näseln usw.) muß man ca. 200 000 sprachgestörte Schulkinder annehmen. Bei dem Heere werden alljährlich ca. 1000 Mann wegen Stotterns nicht eingestellt. Gutzmann betont mit Recht, daß die Gleichgültigkeit von Eltern und Erziehern gegen Sprachstörungen aufhören müsse, da die Berufswahl der sprachgestörten Kinder sowohl durch das Sprachübel selbst, wie durch die hierauf beruhende minderwertige

Schulausbildung erheblich erschwert wird. Das Ambulatorium dient in gleicher Weise der Behandlung von Sprachstörungen, wie der Ausbildung und dem Unterrichte von Studierenden und Aerzten.

Pressnotiz. Den Herren Aerzten wird hierdurch mitgeteilt, daß es dem Abteilungsvorsteher im Institut für Infektionskrankheiten, Geheimem Medizinalrat Professor Dr. Wassermann gelungen ist, ein Heilserum gegen den Botulismus zu gewinnen, welches zwecks Anwendung bei Fällen von Botulismus in dem genannten Institut — hier N. 39 Nordufer Föhrerstraße — bereitgehalten wird und von demselben erbeten werden kann.

Das Heilserum ist jedoch nur in den Fällen anzuwenden und wirksam, in denen es sich um toxische Wirkungen des Bacillus botulus handelt.

Berlin, den 28. November 1907.

Der Polizei-Präsident.
von Borries.

Köln. Ein neuer Kohlensäuresprudel ist in dem unweit Bonn gelegenen Orte Niederbreisig entdeckt worden. Die dortselbst in dem Garten des Hôtels Rheineck seit einiger Zeit vorgenommenen Bohrungen nach einer warmen Kohlensäurequelle, die bereits bis zu 700 Meter Tiefe gelangt sind, sollen bis zu einer Tiefe von 1000 Meter fortgesetzt werden. Das zutage geförderte, reichlich mit Kohlensäure untermischte Wasser hat einen Wärmegehalt von 19½ Grad Celsius. Krey, Köln.

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen, Berlin. Die Medizinische Reform hat in ihrer letzten Nummer (vom 26. Dezember) infolge eines redaktionellen Versehens das Progamm unserer Kurse vom Sommersemester 1907 erneut zum Abdruck gebracht, mit dem Hinweis, daß die Kurse im Mai 1908 stattfinden. Wir stehen dieser Mitteilung gänzlich fern; eine Beschlußfassung über die im Sommersemester 1908 zu veranstaltenden Kurse hat noch nicht stattgefunden.

Rütt-Stol Sieger im New-Yorker 6 Tage-Rennen. Das größte aller internationalen Rad-Dauerrennen wies ein Endresultat auf, wie es die Amerikaner schwerlich erwartet hatten. Zum ersten Male seit Bestehen des großen Wettkampfes ist der erste Preis nicht in Amerika geblieben, sondern nach Europa gefallen. Das Paar Rutt-Stol blieb vor den amerikanischen Favoriten Fogler-Moran siegreich und legte zusammen die gewaltige Strecke von 3721 km 547 m zurück. Die Anforderungen sowohl an die Fahrer als auch an das benutzte Maschinenmaterial waren naturgemäß enorme. Stol benutzte zu seiner phänomenalen Leistung die berühmte Marke „Brennabor", deren Stabilität sich bei den größten Dauerrennen des In- und Auslandes glänzend bewährt. Der spielend leichte Lauf seines Brennabor-Rades ließ Stol überlegen siegen und die ungeheuren Strapazen eines so langen Rennens in guter Verfassung überstehen. Auch ein zweiter Brennaborfahrer, nämlich der zähe Belgier Vanderstuyft, konnte sich mit seinem Partner Krebs als 6. plazieren.

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patentnachrichten.

Patent-Anmeldungen.

30 d. Elastischer Strumpf oder Schlauch für Behandlung von Krampfadern. Dr. Ludwig Stephan, Ilsenburg a. Harz.

30 k. Grundplatte für durch einen Druckluftball zur Wirkung gebrachte Vorrichtung zur Abgabe medizinischer Flüssigkeit. Dr. Fritz Kleinsorgen, Elberfeld.

30 k. Zusammenlegbarer, heizbarer Irrigator mit einem den Flüssigkeitsbehalter durchsetzenden Abzugskanal für die Feuergase. Theodor Wilhelm, Frankfurt a. M., Schlosserstr. 75.

30 c. Kopfhalter für Versuchstiere. F. & M. Lautenschläger, Berlin.

30 h. Verfahren zur Herstellung von tierischem Heilserum. Dr. R. H. Deutschmann, Hamburg, Alsterkamp 19.

30 h. Verfahren zur Herstellung von pulverförmigen Gemischen und Verbindungen des Phenyldimethylpyrazolans. Carl Eberth, Bremen, Nordstr. 89.

30 h. Enthaarungsmittel. Dr. Emil Konoorowicz, Berlin, Kurfürstenstr. 144.

30 h. Verfahren, Wasserstoffsuperoxyd in Mischung mit anderen Stoffen haltbar zu machen. M. Alfred Queißer, Hamburg, Eimsbüttel, Eppendorferweg 77.

Patent-Erteilungen.

30 f. Nach jeder Richtung fahrbares Gestell zur Erlernung und Uebung von Fuß- und Beinbewegungen. Friedrich Deinzer, Nürnberg, Würthstr. 9.

30 h. Verfahren zur Gewinnung einer fettartigen Substanz aus den Bakterienleibern der Streptothrix leproides. Kalle & Co., Akt.-Ges., Biebrich a. Rh.

30 i. Apparat zum Vergasen aromatischer und desinfizierend wirkender Flüssigkeiten. Wilhelm Carl Koenig, Altona, Allee 296/271.

30 k. Verfahren und Vorrichtung zur Bildung von beliebig starkem Nebel in Inhalationsräumen. Alfred Waßmuth, Moosach bei München.

30 a. Schreibvorrichtung für den Orthoröntgenographen. Vereinigte elektrische Institute Frankfurt, Aschaffenburg, m. b. H., Aschaffenburg.

30 f. Vorrichtung zum Verabreichen von Bädern, Brausen und dergl. mit in der Höhe verstellbarem Flüssigkeitsbehälter. Flora von Waldenburg, Dresden, Werderstr. 36.

30 e. Auflager für verletzte Beine mit mehreren einzeln nachspannbaren Quertüchern. Dr. Wendel Emge, Hohentengen, Württemberg.

Gebrauchsmuster.

30 a. Gebogenes Stahlband, in dieser Eigenschaft dienend als Zungenreiniger. Fa. Jos. Eichholz, Remscheid.

30 a. Trachealkanüle, welche beim Verbandwechsel ein Anhusten seitens des Patienten verhindert. Fa. F. L. Fischer, Freiburg i. B.

30 b. Hilfsinstrument für die Zahntechnik, bestehend aus einem Metallgestell, dessen wagerechter Steg mit einer Libelle versehen ist. Willy Stern, Allenstein.

30 b. Säurefeste, unzerbrechliche, mit Ausgußtülle versehene Abkochschale aus einer Bleilegierung mit eingegossener Schraube, über welche ein Holzgriff gedreht ist, der als Handgriff dient. Alex Jacobsberg, Hannover, Limburgstr. 8.

30 a. Innen und außen mit wasserdichtem lederartigen Stoff bezogenes, aseptisches Etui für ärztliche etc. Thermometer. Fa. Theodor Lenk, Charlottenburg.

30 a. Verpackungsvorrichtung für Kanülennadeln von Injektionsspritzen mit zwischen Glimmerplatten liegender Gummiplatte und übergestreiften Gummiringen. Paul Phul, Berlin, Brunnenstr. 131.

Aus der Praxis für die Praxis berichten unabhängig voneinander sechs Aerzte über die mit Fucol, einem aus Meeralgen hergestellten Nährfett, erzielten überaus günstigen Erfolge. Fucol ist nicht allein leichter zu nehmen, sondern wirkt auch schneller und energischer als Lebertran. Orig.-Flaschen à ½ Liter kosten M. 2,—. Obenerwähnte Abhandlungen kostenfrei durch Karl Fr. Töllner, Bremen.

Das Streben unserer Zeit ist darauf gerichtet, durch Aneignung praktischer Kenntnisse für den Lebenskampf besser gewappnet zu sein. Es kann nicht verwundern, wenn in unserem Zeitalter vor allem naturwissenschaftliche Kenntnisse mehr und mehr ein notwendiges Bedürfnis werden, beherrscht doch die gewaltige Tochter der Naturwissenschaft, die Technik, völlig unser ganzes Tun und Leben. Unzähligen macht sich darum täglich der Mangel an genügender Kenntnis der Naturerscheinungen und ihrer Gesetze fühlbar, den unsere rückständigen Lehrpläne verschulden. Kein Wunder, wenn eine Vereinigung wie der „Kosmos", die kekannte Gesellschaft von Naturfreunden, so beispiellose Ausdehnung nahm. Vor knapp 4 Jahren mit dem Zweck gegründet, gediegene naturkundliche Kenntnisse in allen Volksschichten zu verbreiten, zählt der „Kosmos" bereits 38000 Mitglieder und hat eine Kulturmission ersten Ranges schon jetzt erfüllt. Seine Veröffentlichungen, 5 illustrierte Bücher und eine Monatsschrift, erhalten die Mitglieder außer anderen Vorteilen für den geringen Jahresbeitrag von M. 4.80 unentgeltlich. Der Beitritt kann bei jeder Buchhandlung erfolgen oder auch direkt bei der Geschäftsstelle in Stuttgart, ein Prospekt ist unserer vorliegenden Nummer beigeheftet.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin S. 14 — Verlag: Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen**, Berlin. **C. A. Ewald**, Berlin. **R. Kobert**, Rostock. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S. **H. Senator**, Berlin. **M. Koeppen**, Berlin. **H. Rosin**, Berlin. **H. Schlange**, Hannover. **Ad. Schmidt**, Halle a. S. **R. Sommer**, Gießen. **H. Unverricht**, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44.
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung**
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 12. Januar 1908. **Nr. 2.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Albert Hoffa †.

Von Dr. **P. Zander**, Berlin.

Mitten aus seiner Laufbahn, auf der Höhe seines Ruhmes stehend ist Albert Hoffa durch den unerbittlichen Tod abgerufen worden. Als es ihm nach kurzem Krankenlager etwas besser ging, folgte er in den letzten Tagen des verflossenen Jahres einem Ruf zu einer Konsultation nach Antwerpen, erkrankte aber auf der Fahrt wiederum, so daß er in Antwerpen zunächst einige Tage das Bett hüten mußte. Auf der Rückkehr bekam er abermals schwere Anfälle von Angina pectoris, so daß der ihn begleitende Assistent die Fahrt in Cöln unterbrach. Hier verschied er trotz sofortiger sorgfältiger klinischer Behandlung am Sylvesterabend im Augusta-Hospital. Eine Sklerose der Coronararterien hatte ihn, noch nicht 49 Jahre alt, dahingerafft.

Mit ihm verliert die Medizin, insbesondere aber die orthopädische Chirurgie eine Persönlichkeit, die, wenn überhaupt, nur sehr schwer zu ersetzen sein wird.

Hoffa war am 31. März 1859 in Richmond in Südafrika als Sohn eines deutschen Arztes geboren, studierte in Marburg und Freiburg, bis er im Jahre 1883 Assistent bei Maaß und später bei Schönborn im Juliusspital zu Würzburg wurde. Hier habilitierte er sich 1886 mit einer Arbeit über „die Natur des Milzbrandgiftes“. In der ersten Zeit seiner Tätigkeit widmete er sich allgemein-chirurgischen und bakteriologisch-chemischen Arbeiten, vertrat auch längere Zeit Maaß in allen seinen Vorlesungen, bis er 1886 seine chirurgisch-orthopädische Privatklinik gründete, die dank seiner unermüdlichen Tätigkeit auf diesem Gebiete sich aus den bescheidensten Anfängen (zuerst vier Betten) zu einer mit den modernsten Mitteln ausgestatteten Klinik entwickelte.

Von jetzt ab gehörte auch seine ganze wissenschaftliche Arbeit der Orthopädie, und ihm ist es hauptsächlich zu danken, daß die orthopädische Chirurgie nicht mehr nebenbei von einigen Chirurgen ausgeübt wird, sondern daß sie heute gleichberechtigt neben der allgemeinen Chirurgie steht.

Ihn beschäftigten hauptsächlich die Aetiologie und Therapie der Skoliose, die tuberkulösen Gelenkaffektionen, die kongenitale Hüftluxation, sowie Knochenoperationen und Sehnenplastiken. Bei den tuberkulösen Gelenkerkrankungen wies er stets auf die besseren Endresultate der konservativen Behandlung gegenüber der operativen hin und war durch Wort und Schrift bestrebt, zu Gunsten der ersteren einzutreten. Seinen Weltruhm hat wohl seine operative Behandlung der Hüftluxation bedingt. Hiermit leitete er die ganze Behandlung der Hüftluxationen ein, die bisher trotz aller Bemühungen fruchtlos gewesen war, und durch welche später die unblutige Behandlung voll gewürdigt werden konnte. Als diese weniger eingreifende unblutige Reposition der Hüftluxation von Lorenz angegeben war, nahm er sie mit einiger Modifikation sofort auf und wollte seine operative Methode nur mehr für die Fälle reserviert wissen, die trotz mehrfacher unblutiger Reposition immer wieder Rezidive ergaben. Im weiteren Ausbau der Orthopädie hat er viele neue Operationsmethoden angegeben (so die subtrochantere Osteotomie bei den verschiedenen Hüftkontrakturen), die zu erproben und auszugestalten er bei seinem großen Material stets Gelegenheit hatte.

Neben diesem chirurgischen Teil der Orthopädie sind seine Verdienste um die reine orthopädische und Apparatbehandlung nicht zu unterschätzen. Er ist der erste gewesen, der technisch exakt, leicht und doch stabil gearbeitete Apparate auf medizinisch wissenschaftlicher Basis herstellte. Seine Behandlung der tuberkulösen Gelenkaffektionen, der Spondylitis mit portativen Apparaten und Korsetten ist vorbildlich gewesen. Dazu kam die Behandlung und Begutachtung von Unfallverletzten, die Nachbehandlung von Verletzungen und der Operierten mit Massage und an mediko-mechanischen Apparaten, die er von Anfang an voll würdigte, ja die Massage nur von Aerzten ausgeübt haben wollte. In der Massage hat er nicht nur die ausgezeichnete Technik gelehrt, sondern auch für die Behandlung jeder einzelnen Erkrankung eine Reihe ganz exakter Handgriffe angegeben.

Die Bedeutung des Röntgenverfahrens hat er sofort erkannt, als erster ein Röntgeninstitut eingerichtet, die damals neue Entdeckung in den Dienst der Orthopädie gestellt und sie zu immer weiterem Ausbau der Wissenschaft, besonders bei den Gelenkerkrankungen, verwandt.

Außer einer großen Anzahl kasuistischer Arbeiten haben seine größeren Werke über „Frakturen und Luxationen“, „Technik der Massage“, „Verbandlehre“ und besonders das „Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie“ weit über die Kreise seiner engeren Fachgenossen Beachtung gefunden. In den letzten Jahren hat er bedeutungsvolle Untersuchungen über Kniegelenkserkrankungen und über Arthritis deformans gemacht. Noch die letzte Nummer unserer Zeitschrift, zu deren Herausgebern Hoffa gehörte, brachte den Anfang einer Arbeit über die „Polyarthritis chronica progressiva primitiva destruens“. Seit 1892 hat er die Zeitschrift für orthopädische Chirurgie herausgegeben und war als Herausgeber mehrerer namhafter Zeitschriften mit tätig.

Hatte Hoffa schon in Würzburg eine überaus große, weit über den Rahmen der kleinen Universitätsstadt hinausgehende Tätigkeit ausgeübt, so hatte er in Berlin, wohin er nach dem Tode von Julius Wolff berufen wurde, noch mehr Gelegenheit dazu. Sein erstes Bestreben war, der orthopädischen Universitäts-Poliklinik auch einen ihr gebührenden Platz zu verschaffen. Dies erreichte er in allerletzter Zeit durch Unterbringung der Poliklinik auf dem Charité-Gelände, mit der Vereinigung mit der nach Zabludowskis Tode erledigten Massage-Anstalt und mit der Eröffnung der ersten orthopädischen Universitätswerkstätte. Neben seiner großen operativen, wissenschaftlichen und konsultativen Tätigkeit fand er noch Zeit, sich in Berlin mit sozialen Fragen zu beschäftigen. Seinen unermüdlichen Bemühungen gelang es, das Caecilienheim in Hohenlychen für Kinder mit Knochen- und Gelenktuberkulose zu gründen und in Berlin eine Krüppelanstalt ins Leben zu rufen, die jetzt schon imstande ist, 100 Betten zu belegen.

Hoffa ist auch der Gründer der „Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie“, an deren erfolgreichen Arbeiten, wenn er auch nur einmal das Amt eines Vorsitzenden bekleidete, er stets den größten Anteil hatte. Ueberhaupt war er immer bestrebt, die Grenzen der orthopädischen Chirurgie zu erweitern, wie er unter orthopädischer Chirurgie die gesamte Chirurgie mit Ausnahme der Bauch- und Gehirnchirurgie verstand.

Hoffa war ein unermüdlicher Arbeiter. Dieses, im Zusammenhang mit einem erstaunlichen Gedächtnis, einem eminent scharfen Blick für das Praktische und einer stets exakten Diagnosen- und Indikationsstellung lassen seine Erfolge verstehen. Nicht geringen Anteil hat daran aber seine Persönlichkeit gehabt, seine Liebenswürdigkeit, sein offenes Wesen und sein unerschütterlicher Optimismus. Als Chef und Lehrer war er befruchtend und regte zu immer weiteren Arbeiten und Forschungen an. Dabei war sein Verkehr mit seinen Assistenten, wie überhaupt mit Kollegen, stets freundschaftlich, nie kehrte er den Besserwissenden, Ueberlegenen heraus.

Wie die ganze Wissenschaft, beklagen aber besonders seine Schüler mit seiner Frau, seinen Töchtern und seiner greisen Mutter den Tod ihres Lehrers und fördernden Freundes. Die Pflicht seiner Schüler, die in großer Zahl nach allen Richtungen verstreut sind, und zugleich ein Denkmal für den leider so früh Entschlafenen ist es, im Sinne desselben weiterzustreben zum Nutzen seiner von ihm so geliebten Wissenschaft!

ORIGINALIEN.

Die Polyarthritis chronica progressiva primitiva destruens (fälschlich chronischer Gelenkrheumatismus genannt) und ihre Behandlung.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Hoffa** in Berlin.

(Schluß.)

Von den allgemeinen Maßnahmen kommen zunächst warme Vollbäder in Betracht, die deshalb so zweckmäßig sind, weil es möglich ist, die Patienten im warmen Wasser selbst aktive Bewegungen der Gelenke ausführen zu lassen. Wie von Leyden gelehrt hat, sind solche Bewegungen im Bade viel weniger schmerzhaft wie außerhalb desselben und können deshalb vom Patienten leichter ausgeführt werden. Die Bäder werden 35 bis 38 ° Celsius warm dreimal wöchentlich in einer Dauer von einer Viertelstunde genommen. Nach dem Bade soll der Patient gut zugedeckt ausruhen, aber nicht stark nachschwitzen.

Als Zusatz zu den Vollbädern gibt man zweckmäßig Staßfurter- oder Orber- oder Sodenthaler-Salz. Auch der Zusatz von Schwefel zu den Bädern wirkt vielfach recht günstig. In der neuern Zeit habe ich vielfach recht gute Erfolge gehabt mit einer Mischung von Schwefel und Fichtennadelextrakt, dem sogenannten Thiopinol Matzka (Bezugsquelle Victoria-Apotheke Berlin SW., Friedrichstraße 19, Dr. Laboschin). Selbst bei weit vorgeschrittenen Fällen gaben die Patienten an, nach diesen Thiopinolbädern unter Nachlassen der Schmerzen eine freiere Beweglichkeit der Gelenke zu haben.

Sehr beliebt und wirksam sind die heißen Sandbäder, wie sie bei uns namentlich in Köstritz gegeben werden. Ferner die verschiedenen Formen der Dampfkastenbäder und die Glühlichtbäder, die namentlich bei relativ frischen Fällen in Anwendung kommen.

Eine Behandlung sui generis ist die Biersche Stauungsbehandlung. Die Biersche Stauung wirkt bekanntlich vorzugsweise schmerzstillend und resorptionsbefördernd; meinen Erfahrungen nach wirkt die Biersche Stauung bei unserer Erkrankung vorzugsweise gegen die Schmerzen an den Hand- und Fingergelenken; weniger Erfolge habe ich bei der Stauung der Kniegelenke gesehen. Jedenfalls muß die Stauung längere Zeit hindurch fortgeführt werden, wenn man Erfolg haben will; die Stauungsbinde muß technisch richtig angelegt werden und muß am Tag durchschnittlich zehn Stunden lang liegen bleiben.

Die Atrophie der Muskeln bekämpft man am zweckmäßigsten mit vorsichtiger Massage. Die Massage wird in der Weise ausgeführt, daß man die Gelenke selbst am besten ganz in Ruhe läßt und nur die peripheren und zentral vom Gelenk gelegenen Muskeln durchstreicht und durchknetet. Das viele Herummanipulieren an den Gelenken selbst wirkt meist nur schädlich. Im Anschluß an die Massage lasse ich leichte aktive Gymnastik vornehmen. Brüske Bewegungen sind unter allen Umständen zu verwerfen. Ganz zweckmäßig und schmerzlos für die Patienten läßt sich die Mobilisierung der Gelenke in den Klappschen Saugapparaten vornehmen.

Die Elektrizität kommt in Form des faradischen Stroms in Anwendung zur Bekämpfung der Muskelatrophie, in Form des galvanischen Stromes zur Stillung der Schmerzen. Zur Abwechslung kann man auch zweckmäßig ein Vierzellenbad empfehlen.

Von einer besonderen Diät habe ich keine Erfolge gesehen, im Gegenteil kommen die Patienten nach solchen Kuren in der Regel sehr herunter. Es kommt alles darauf an, durch eine kräftige Ernährung durch gemischte Kost den allgemeinen

Ernährungszustand auf die Dauer möglichst gut zu erhalten. Ganz unsinnig sind Antigicht-Kuren.

Trotz allen aufgezählten Mitteln ist man nun leider nicht imstande, das Fortschreiten der Erkrankung sicher zu verhüten, man kann meistens mit denselben nur symptomatisch wirken. Trotz aller Bemühungen nehmen im Laufe der Jahre die Kontrakturen der Gelenke zu, und diese Kontrakturen an den unteren Extremitäten machen die Patienten dann nach und nach mehr und mehr hilflos.

Hier setzt nun mit ganz außerordentlich günstigem Erfolg die von mir in den letzten Jahren eingeführte orthopädische Behandlung ein. Ich entlaste die Gelenke der unteren Extremität durch gutsitzende Schienenhülsenapparate. Es handelt sich vorzugsweise um die Beseitigung der Kontrakturen an den Fuß- und noch mehr an den Kniegelenken. Die Schienenhülsenapparate werden so gearbeitet, daß sie diese Gelenke vollständig fixieren und entlasten. Ich lasse diese Fixation zunächst einmal Tag und Nacht mehrere Monate hindurch bestehen. Erst wenn die Schmerzen ganz beseitigt sind, wird die Fixation aufgehoben, und die Apparate werden nun täglich einmal abgenommen, damit jetzt Gymnastik, Massage und Hautpflege zu ihrem Recht kommen können. Bestehende Kontrakturen werden mit besonderen, an den Schienenhülsenapparaten angebrachten Vorrichtungen allmählich gerade gerichtet.

Unter dieser Behandlung erlebt man selbst in hochgradigen Fällen stets eine ganz erhebliche Besserung. Vor allem erreichen wir aber, daß unsere Patienten herumgehen können, was wieder für ihr Allgemeinbefinden von größtem Werte ist.

Die allerbesten Erfolge habe ich erzielt, wenn ich die orthopädische Behandlung mit einer Bäderbehandlung verbinden konnte. Von den Bädern kommen die indifferenten Thermen, die Kochsalzthermen, die Schwefelbäder sowie die Moor- und Schlammbäder in Betracht. Die allerbesten Resultate habe ich von den Bädern in Karlsbad und Pistyan gesehen, doch sind gewiß auch die übrigen Bäder wirksam, wenn nur die Dauer der Kur nicht zu kurz bemessen wird.

Können sich dann die Patienten den Winter über eines warmen trockenen Klimas — es kommt namentlich Helouan in Aegypten in Betracht — erfreuen, so kann man die Patienten wirklich jahrelang in einem recht erträglichen Zustand erhalten.

Wenig ermutigende Resultate habe ich im allgemeinen auf operativem Wege erzielt. Es eignen sich für die Operation nur Fälle, bei denen ein Gelenk vorzugsweise ergriffen und schmerzhaft ist. Als Operation kommt dann nur die Resektion in Frage. Bei den Patienten, die ich operiert habe, hatten wir anfangs Besserung, es stellten sich aber bald die alten Schmerzen und Funktionsstörungen wieder ein.

Ich möchte schließlich noch mitteilen, daß wir zu unserem bisherigen Heilverfahren noch ein neues hinzugefügt haben, welches in frühen Fällen, d. h. in solchen, in denen die Obliteration der Gelenke noch nicht zu weit vorgeschritten ist, vielleicht einige Aussicht auf Erfolg bietet. Wie mein Assistent Dr. Rauenbusch bereits mitgeteilt hat, haben wir bei unseren zu röntgendiagnostischen Zwecken ausgeführten Sauerstoffeinblasungen beobachtet, daß die Patienten nach diesen Sauerstoffeinblasungen eine lebhafte subjektive Besserung ihrer Beschwerden angaben, die tagelang anhielt. Wir haben dann systematisch bei derartigen Patienten alle acht bis vierzehn Tage die Einblasungen ausgeführt und dadurch eine ganz unzweifelhafte bedeutende Besserung des Gehvermögens erzielt. Wir führen die Einblasung des Sauerstoffs mit dem Wollenberg-Drägerschen Apparate aus und haben keinerlei üble Zufälle erlebt.

Wir sind am Schluß unserer Ausführungen. Resümiere ich, so haben wir durch die Einführung der orthopädischen Behandlung in die Therapie der chronischen Polyarthritis eine ganz wesentliche Bereicherung unseres Heilschatzes erlangt. Ich könnte eine große Anzahl von Krankengeschichten beifügen, welche erläutern würden, wie wir einige dieser hoffnungslosen Patienten dem Leben wiedergegeben haben. Es würde dies aber den Rahmen dieser kleinen Arbeit überschreiten. Ich will mich darauf beschränken, nur eine recht typische Krankengeschichte anzuführen. Dieselbe betrifft die Frau eines Kollegen, und ich gebe sie in der gütigen Ausführung dieses Herrn Kollegen hier wieder.

„Frau Dr. A. C., 50 Jahr alt, seit einem halben Jahre unregelmäßig menstruierend, klagte zuerst im September 1898 über Schmerzen im linken Hacken, die so heftig wurden, daß sie nicht mehr gehen konnte. Der zur Konsultation hinzugezogene Arzt glaubte zuerst, daß es sich um eine Schleimbeutelentzündung handeln könnte und legte einen Gipsverband an. Nach acht Tagen stellten sich plötzlich in der Nacht schmerzhafte Schwellungen an den Fingergelenken der linken Hand ein, und nun stellte der konsultierte Arzt die Diagnose auf subakuten Gelenkrheumatismus. Im Laufe der nächsten Woche traten noch schmerzhafte Schwellungen am linken Knöchel und am linken Knie mit Exsudat auf, welche die Kranke vierzehn Tage ans Bett fesselten. Die Krankheit verlief völlig fieberfrei, wenn auch die Kranke häufig über Frösteln längs der Wirbelsäule zu klagen hatte. Die Therapie bestand in Umschlägen mit essigsaurer Tonerde, in Applikation von heißen Sandsäcken, in Kompressionsverbänden und heißen Bädern mit nachfolgender Einpackung. Im Mai 1899 ging die Kranke nach Teplitz und gebrauchte dort sechs Wochen lang Moorbäder mit so ausgezeichnetem Erfolge, daß die Funktionsstörungen völlig gehoben wurden, aber der linke Fuß und das linke Knie deformiert blieben.

Im folgenden Jahre unterzog sich die Kranke zur Vorsicht einer sechswöchigen Kur im Solbad Salzungen und blieb nun bis zum Jahre 1903 von neuen Krankheitsattacken verschont, wenngleich sie bei Witterungswechsel manchmal über Schmerzen in den deformierten Gelenken zu klagen hatte.

Im Winter 1903 traten Schmerzen und Schwellung des rechten Schulter- sowie des rechten Ellbogengelenks auf, und zugleich stellten sich auch wieder Schmerzen in den im Jahre 1898 erkrankten Gelenken ein. Auch diese Beschwerden gingen wieder nach einer Kur im Moorbad Muckow Sommer 1904 zurück, allerdings auch mit Deformität des rechten Ellbogengelenks. Die Kranke hatte nun beinah zwei Jahre Ruhe und konnte, abgesehen von zeitweilig auftretenden Schmerzen in den erkrankten Gelenken und von leichter Ermüdung beim Gehen, ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter völlig genügen.

Im November 1905 traten wieder heftige Schmerzen und Schwellungen im rechten Schulter-, rechten Ellbogen- und linken Kniegelenk auf, so daß die Kranke hinken mußte. Es wurden therapeutisch heiße Bäder mit nachfolgender Einpackung, kohlensaure Formikabäder, Umschläge von essigsaurer Tonerde, Ichthyol-, Jodvasogen-, Jodtinkturpinselungen und zuletzt Biersche Stauung in Gebrauch gezogen, doch ohne jeden Nutzen. Kurz vor der Abreise nach Moorbad Schmiedeberg und Aufnahme in das Dr. Schuckeltsche Sanatorium zeigte sich Muskelschwund im rechten Arm und linkenBein sowie Schwellungen in den rechten Fingergelenken.

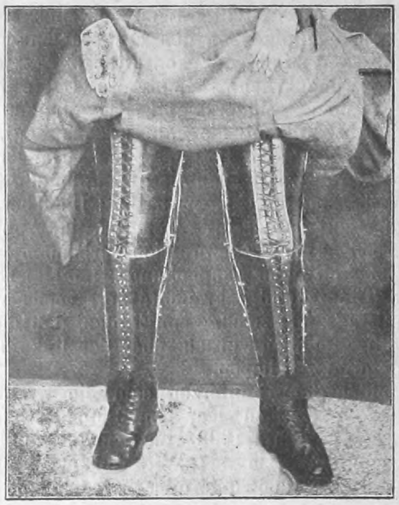
Leider hatte die sechswöchige Kur gar keinen Erfolg, es erkrankten vielmehr bis Weihnachten sämtliche Gelenke, nur die beiden Kiefergelenke blieben verschont. Die Kranke wurde immer schwächer, der Muskelschwund in beiden Armen, in den Beinen und am Rumpf immer auffälliger. Herr Geheimrat F., der Ende Dezember zur Konsultation hinzugezogen wurde, stellte eine sehr schlechte Prognose und verordnete zunächst Heißluftbäder mit dem Phénix à air chaude und im Sommer eine Kur in Pistyan. Trotz 24 Heißluftbädern wurde der Zustand der Kranken immer elender. Es erkrankte auch noch das eine Kiefergelenk, die Gelenke an den Händen und Füßen waren aufgetrieben, die Hände nahmen Krallenstellung an, der Muskelschwund trat überall noch mehr in Erscheinung, die ganze Wirbelsäule war steif, die Schultern nach vorn gebeugt, die ganze Haltung der Kranken eine krumme. Die Patientin war beim Aus- und Anziehen ganz von ihrer Umgebung abhängig, sie konnte sich nicht allein im Bett umdrehen, nicht allein vom Stuhl aufstehen, beim Sitzen rutschte sie oft herunter. Nur die große Energie der Kranken und die

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Generated on 2019-09-29 00:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015080296653 Public Domain

dreimal tägliche Darreichung von 1 g Aspirin brachten es zu Wege, daß die Kranke immer noch täglich aufstand und trotz großer Schmerzen am Stock herumging.

Anfangs April 1907 machte es den Eindruck, als ob die Kranke völligem Siechtum verfallen würde, und nun entschloß sie sich, die Hilfe des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Hoffa in Anspruch zu nehmen. Dieser verordnete für beide Beine orthopädische Stützapparate. (Siehe Abbildung.) Sobald sie diese angelegt hatte, hörten die Schmerzen in den Fuß- und Kniegelenken auf, nach vierzehn Tagen war sie schon imstande, drei Stunden hintereinander auf den Apparaten ohne Schmerzen zu stehen.



Eine sechswöchige Kur in Pistyan und das siebenmonatige Tragen der Stützapparate haben die Kranke so weit gebracht, daß sie wieder ausgehen, Omnibus und Straßenbahn benutzen, schwere Lasten heben und ihren Beruf als Hausfrau in sehr ausgedehntem Maße wieder ausüben kann. Alle Gelenke sind bedeutend abgeschwollen und die Muskulatur hat wieder auffällig an Volumen zugenommen. Aspirin hat die Kranke seit dem 1. Juli d. J., dem Beginn der Pistyaner Kur, nicht mehr nötig gehabt. Dagegen hat sie im Juli und noch einmal im Oktober Sol. arsenical. Fowler genommen, allerdings nur jedesmal 10 g, da sich dann Oedeme im Gesicht einstellten.

Was erbliche Belastung anbetrifft, so haben zwei Schwestern des Vaters an Gelenkrheumatismus gelitten."

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam

(Fortsetzung.)

Der Kolpeurynter kann zunächst dienen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt in nicht dringlichen Fällen im Interesse des Kindes. Ganz abgesehen davon, daß v. Herff mit seiner begeisterten Empfehlung derselben, um des Leben des Kindes bei Beckenenge zu retten, fast allein steht, tut der Praktiker nach meiner Ueberzeugung am besten, wenn er die Prochownicksche Diätkur empfiehlt (auch nach meinen Erfahrungen wertvoll!) und später ein reifes Kind lebend mit Abwarten, Wendung, Zange event. Pubiotomie ans Licht der Welt zu befördern sucht, statt es — wie Fritsch treffend bemerkt — als einen Erfolg anzusehen, ein vorzeitiges lebend herauszubefördern, um es alsbald an „Atrophie" wieder zu verlieren. Die Metreuryse allein hat sich den anderen Operationsmethoden (Eihautstich, Bougies, Jodoformgazetamponade, écarteur utérin Tarnier) nicht als überlegen erwiesen. Den Bossi allein anzuwenden, hat man überhaupt kein Recht, so lange man mit unbedeutenderen Eingriffen auskommen kann. Vielleicht treffen die jüngsten Veröffentlichungen von Professor Leopold das Richtige. Derselbe lockert erst durch den Bossi das Gefüge der Cervix, indem er einige Zentimeter weit aufschneidet, alsdann legt er den Kolpeurynter ein. Ob dazu Narkose erforderlich ist, vermag ich leider nicht zu sagen, glaube es kaum. Bleiben also die einfacheren Methoden wirkungslos, kann man jedenfalls alsdann in kurzer Frist offenbar gefahrlos durch diese Kombination zum Ziel kommen.

Dieser einzigen Indikation um des Kindes willen stehen gegenüber diejenigen, welche die Geburtsbeendigung fordern im Interesse der Mutter. Sie bedingen alle Eile, und diejenige Operationsweise, welche den geringsten Zeitaufwand beansprucht, ist — sobald sie nicht gefahrvoller ist — die beste.

Die dringendste Anzeige zur schleunigen Entleerung der Gebärmutter ist vorhanden bei der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Placenta.

Daß hier der Ballon unbrauchbar ist, darüber herrscht Einstimmigkeit. Nur gewaltsames Einbohren der Hand ist das richtige Verfahren. Ist der Widerstand aber zu stark oder die Faust des Arztes zu groß, so kann nur der Bossi in Anwendung kommen. Ich selbst habe zwei Frauen gerettet durch gewaltsames Einbohren mit der Faust, Wendung und rapide Extraktion. Im ersten Falle wäre selbst zum Bossi kaum Zeit gewesen, im zweiten eher. Ich besaß ihn aber noch nicht.

Zweitens die Eklampsie. Ob Bossi oder Ballon hängt hier nicht ganz von der Krankheit ab, sondern von der Vorstellung des behandelnden Arztes über die Wirksamkeit der schnellen Uterusentleerung auf die Krämpfe; ob er überzeugt ist, daß die geschwinde Entleerung des Uterus eine etwaige Gefahr durch einen möglichen Cervix-Riß aufwiegt, ob ihm eine Zeitersparnis von etwa 3 bis 18 Stunden, je nach angewendetem Verfahren von fast lebensrettender Bedeutung wie bei vorzeitiger Placentarlösung oder Fieber erscheint. Jedenfalls kann der Arzt mit dem Bossi den Fall in $^3/_4$ Stunden oder noch schneller erledigen. Er muß es aber nicht, kann ja auch langsamer aufschrauben, ganz nach Wunsch. Der Ballon versagt in den ganz dringenden Fällen bei intakter Cervix. Sollen wirklich diese Frauen sterben, weil „der Bossi nur in die Hand des Spezialisten gehört?" Ungeheuerlich! In solchen Fällen kann man auch mit gutem Gewissen perforieren, um die Mutter sicherer vor Rissen zu bewahren. Das Kind ist in solchen Fällen doch meist verloren.

Auf einen Trugschluß von Gegnern des Accouchement forcé ist hierbei aufmerksam zu machen. Dieselben stützen ihre ablehnende Haltung auf die Tatsache, daß die Krämpfe nach beendeter Geburt fortdauern und dann noch töten können. Ganz richtig. Ob das geschehen wird in dem uns grade beschäftigenden Fall, können wir nicht wissen. Aber eins wissen wir: vor Geburtsbeendigung hören die Krämpfe sicher nicht auf! Jeder neue Anfall führt die Kranke dem Tode näher; und jeder, den wir ihr ersparen, kann entscheidend sein über Leben und Tod.

Aderlaß und Salzwasserinfusion sind das Modernste. Aderlaß wird in einigen Pariser Spitälern Schlag auf Schlag bis — 2000 g gemacht. „Das schlechte, schwarze Blut" wird alles fortgebracht. Ob die Widerstandsfähigkeit der Patientin, die man ihr so raubt, nicht auch etwas wert ist? Aber es wird doch das „schlechte" Blut durch Salzwasserinfusion ersetzt! Wenn ich auch dem Aderlaß eine bessernde Wirkung zuerkenne, so liegt bei einer Geburt die Sache doch schwieriger. Jeder verlorene Blutstropfen schwächt zugleich. Bei der nachfolgenden Geburt verliert die Patientin so wie so noch Blut, dessen Menge ist vielleicht unerwünscht groß. Daher halte ich dafür: zunächst ist die schädigende Ursache, der gesamte Gebärmutterinhalt zu entfernen, das allein ist die ideale, weil kausale Therapie. Dann kommen erst die Hilfsmittel zur Entgiftung, Klistiere, Infusionen, Getränke zur Anwendung.

Vergegenwärtigen wir uns einmal, wie die Behandlung eines ernsten Falles von Eklampsie sich einem Arzt, der das Bossiverfahren für recht wenig gefährlich hält, darstellen muß. Ich nehme also an, der Arzt sei zur Stelle, nachdem ein oder zwei Krampfanfälle dagewesen seien; die Cervix sei völlig erhalten.

Wenn man in den Lehrbüchern die Behandlungsmethoden der ausgebrochenen Eklampsie vergleicht, so erkennt man sofort, daß keiner der Verfasser ein besonderes Vertrauen zu irgend einer Behandlung hat. Er zählt die Methoden einfach auf; gibt an, was er tut und was andere tun. Entscheidend zu raten weiß er nicht.

Die heißen Bäder scheinen zur Zeit nicht mehr besonders beliebt zu sein. Der Allgemeinpraktiker würde sie in der Häuslichkeit auch nur schwierig zur Anwendung bringen können.

Die Bekämpfung eines einzigen Symptoms, einer Vergiftung, der Krämpfe, durch neue Gifte Morphium, Chloral, Chloroform ist wohl gänzlich Selbstbetrug und Sand in die Augen entsetzter Zuschauer.

Die Annahme, daß der Aderlaß entgifte, ist auf den ersten Augenblick bestechend, jedoch bei weiterem Nachdenken kaum haltbar. Eine Entnahme von 300 g Blut entfernt nur auf kurze Zeit einen Teil des zirkulierenden Eklampsiegiftes, da aus den gleicherweise so durchtränkten Gewebssäften sofort Ersatz erfolgt. Daher denn auch — wir kehren damit ins Mittelalter zurück — bei Wiederkehr der Krämpfe Schlag auf Schlag neue Blutentziehungen und dadurch ungeheure Schwächung der Patientin. Wenn nun aber der Blutverlust etwa nur die Reizschwelle des Gehirns vorübergehend herabsetzt? Was nun? Paßt alsdann nicht auf die vier letzten Behandlungsmethoden das Wort Fausts: „Ich habe selbst den Gift an tausende gegeben“?

Auch von den Salzwasserinfusionen ist kein Einfluß festzustellen gewesen.

Sehen wir allen diesen Tatsachen einmal mit Ruhe ins Gesicht, so müssen wir uns sagen, daß wir uns nur auf diejenige Therapie stützen dürfen, die wenigstens einen Teil einer kausalen Behandlung bildet, auf schleunige Entleerung der Gebärmutter. Alle die Selbsttröstungen: leichte Anfälle, Eintreten von Wehen, sind nicht stichhaltig; denn der nächste oder einer der nächsten Anfälle schon kann todbringend sein, mögen die vorgehenden kurzdauernd und nicht in schneller Folge aufgetreten sein. Dieses Zugeständnis macht ein jeder, der „nach einem einzigen Krampfanfall bei einer Erstgebärenden bei noch nicht verstrichenem Muttermund die Zange angelegt hat. Da wartete er nicht erst lange; sondern er war bereit, um eine schnelle Geburtsbeendigung zu erreichen, nötigenfalls eine Rißblutung in den Kauf zu nehmen. Der Geburtstag einer anerkannt gefahrlosen Methode zur Erzielung einer schnellen Erweiterung einer unvorbereiteten Cervix wäre der Todestag sämtlicher bisherigen selbständigen Behandlungsarten, die sofort zu Hilfsmaßnahmen nach vorgenommener Entbindung herabgedrückt würden. Daran zweifelt keiner. Also der Einwurf, das Ende der Geburt bedeute noch nicht das Ende der Krämpfe, zerfließt in nichts.

Wer diesen Gedankengängen beistimmt, muß nun weiter schließen, daß hier ein analoger Fall vorliegt, wie er zur Endentscheidung durchgefochten ist bei der Diskussion über die Behandlung schwerer Bauchquetschungen. Anhänger des Abwartens mit bewaffneter Hand, die erst sehen wollen, wie der Verlauf sich gestalten würde, und Parteigänger sofortigen Bauchschnittes standen sich lange gegenüber. Letztere haben gesiegt und das mit Recht; denn im Prinzip muß der gesunde Menschenverstand fordern, daß bei unberechenbaren Gefahren in ernsten Lagen eine, wenn auch mäßig gefährliche, aber durchschnittlich offenbar geringfügige Operation unternommen werde, die in der Mehrzahl der Fälle von entscheidendem Einfluß auf einen günstigen Ausgang ist. Natürlich imponieren die mit dem leiblichen Auge wahrgenommenen Blutstillungen oder Darmwundennähte mehr als die bloße Vorstellung, daß die Krampfzeit abgekürzt und dadurch die Gefahr vermindert wird. In jedem Lehrbuch aber findet sich die Angabe, daß die Prognose von Krämpfen, die vor oder im Geburtsbeginn einsetzen, sehr bedenklich sei für Mutter und Kind. Weiß einer dafür einen anderen Grund anzugeben als die lange Zeitdauer, die noch bis zum Ende der Geburt verfließen muß, daß also dann erst die Akme der Gefahr ihr Ende erreicht? Nun, der Schluß, welcher daraus zu ziehen ist, lautet, daß man zur Abkürzung dieses Zeitraumes auch eine Operation unternehmen darf, die, wenn sie nur schnell wirkt, auch nicht ganz gefahrlos zu sein braucht — analog dem Bauchschnitt bei Unterleibsquetschung.

Die Gefahr bei langer Geburtsdauer steigt wohl nicht nur in arithmetischer Reihe entsprechend der verfließenden Stundenzahl, sondern eher noch schneller. Nicht aber darf man sich vorstellen, daß auch die Gefahr, welche die Bossianwendung bei unvorbereiteter Cervix mit sich bringen könnte, unverhältnismäßig hoch sei im Verhältnis zu derjenigen sehr geringen, welche sein Gebrauch bei schon teilweise erweiterter Cervix bedingt. Denn zunächst steht es Ihnen frei, etwa nur bis 8,5 cm aufzuschrauben und dann zu perforieren. Dazu sind Sie sogar bei sehr widerstandsleistender Cervix verpflichtet. Sie unternahmen die Operation, um die Mutter zu retten. Dieses Ziel haben Sie daher auch während der Operation unentwegt im Auge zu halten. Um des Kindes willen würden Sie nicht den Eingriff unternommen haben. Das Kind ist durch die Eklampsie gefährdet, seine lebende Herausbeförderung wäre zweifelhaft. Nun haben Sie noch nicht einmal die Frau in Sicherheit. Also greifen Sie nicht nach der Taube auf dem Dache! Durch eine freiwillige Vergrößerung der Gefahr für die Mutter würden Sie Ihrem Eingriff jede logische Berechtigung nehmen. Sollte etwa vorzeitig ein Riß bemerkt werden, so könnten Sie mit Metreuryse oder Wendung die Blutung bekämpfen und zugleich die Cervixerweiterung fortsetzen. Zwar erreichen Sie dann nicht Ihr ideales Ziel, aber Sie gewinnen wenigstens Stunden und haben Ihre Pflicht nach Möglichkeit getan.

Bei schon teilweise verstrichener Cervix wird der Bossi zwar nicht viel nützen, aber erst recht nicht schaden. Eingreifen müssen Sie aber doch, denn schon der nächste Anfall kann töten. Die Perforation wird durch die Zange ersetzt.*)

Aehnlich liegen die Fälle, wo bei lang sich hinziehenden Entbindungen nach frühzeitig gesprungener Blase und erhaltener Cervix Fieber einsetzt. Hier sind die Minuten vielleicht noch kostbarer als bei Eklampsie, und ebenso ist das Kind durch die mütterliche Erkrankung mit septischer Infektion bedroht, meist verloren. Der Praktiker hat die Pflicht, die Entbindung möglichst schnell zu erledigen.

Immer wieder bleibt es dieselbe Lage. Ist die Cervix schon so weit, daß der Champetier durchgeht, wird auch der Bossi nichts schaden, und bei enger Cervix erweitert der Braunsche Kolpeurynter nicht schnell genug. Hilft der Arzt aber nicht schnell, so steigt die Gefahr rapid. Man hat einfach keine Wahl; wohl aber kann man sich ruhig zum Dehnen über eine Stunde Zeit nehmen und event. bei den geringen Chancen des Kindes perforieren.

Bei einer mehrgebärenden, erstickenden Herzkranken machte ich auch einmal das Accouchement forcé durch Einbohren der Hand. Die Frau konnte nicht mehr liegen wegen der Atemnot. Sie stand in der Stube aufrecht, von mehreren gehalten. Ich kniete vor ihr bei der Operation. Das Kind war tot. Die Mutter hatte Erleichterung, starb nach einer Stunde. Bei einer Ipara hätte der Bossi unter gleichen Umständen angewendet werden müssen; zum Ballon blieb keine Zeit.

Als fünfte Indikation der Erweiterungsmethoden am normalen Schwangerschaftsende kommt der Zustand: Querlage, frühzeitiger Wasserabfluß, erhaltene Cervix in Betracht. Eingegriffen muß werden, um der verschleppten Schulterlage vorzubeugen. Hier kommt es auf einige Stunden nicht an, also kann der Praktiker, denkt man, auch einen Ballon verwenden. Voraussetzung wäre aber, daß man sofort nach Wasserabfluß benachrichtigt würde. Darauf ist aber nicht zu rechnen;

---

*) Anm. während des Druckes. Dr. Weber veröffentlicht aus der v. Winkelschen Klinik die Resultate von 20 Eklampsiefällen, behandelt mit gewaltsamer Entbindung mittels Bossi. Er empfiehlt dringend ein derartiges Vorgehen. Die Erweiterungszeiten betrugen 5 bis 60 Minuten. Einzelheiten sind mir bisher noch nicht bekannt geworden. Bumm in Berlin empfiehlt jetzt auch das gewaltsame Vorgehen, ebenfalls meldet die Klinik in Jena unerwartet gute Erfolge der Bossimethode. Der Verf.

Pub

wenigstens bin ich niemals zeitig benachrichtigt worden. Der Hauptgrund liegt wohl darin, daß wegen der verhältnismäßigen Seltenheit dieser Fälle die Hebammen der großen Bedeutung sich nicht immer bewußt sind (leider viele Aerzte aber auch nicht) und ferner Schulter- und Steißlagen verwechselt werden. So verschiebt praktisch die Lage sich zu Ungunsten des Ballons, bei dessen Gebrauch neue Stunden verloren gehen. Mit dem Bossi aber braucht nur gedehnt zu werden bis soweit, daß die Hand des Geburtshelfers durch kann, um einen Fuß zu ergreifen. Also Risse sind in diesem Falle nicht zu befürchten. Der Einwand, ein Kindesarm könne zwischen die Branchen des Bossi fallen, ist nicht stichhaltig, denn der Arm würde davon keinen Schaden erleiden. Ernster ist es, wenn man einen Nabelschnurvorfall vorfindet, der durch den Bossi die Gefahr der Quetschung erlitte. Ich würde in solchem Fall reponieren, eine ausgekochte Binde oder dergl. als Tampon hinterherstopfen und nun den Bossi anwenden.

Als Ergebnis meiner Betrachtungen komme ich zu dem Resultat, daß in allen ganz ernsten Fällen der Praktiker sich nur auf den Bossi verlassen kann. (Fortsetzung folgt.)

Die Seneszenz und die Immunität

mit der Fragestellung:

Gibt es eine Möglichkeit, um nach einer rationellen Therapie der Alterserscheinungen zu suchen?*)

Von Dr. **M. Tranjen**, Divisionsarzt in Plewna (Bulgarien).

Mittel, mit welchen wir die krankhaften Erscheinungen, die dem höheren Alter eigen sind, zu bekämpfen suchen, haben wir recht viele. Alle solche Mittel sind selbstverständlich ausschließlich symptomatischer Natur, da es keinem wissenschaftlich denkenden Arzte bis heute möglich war, anzunehmen, daß man gegen ein so allgemein giltiges biologisches Gesetz, wie es das Altwerden ist, kurativ oder vorbeugend vorgehen kann, mit einem Worte: gegen die Ursachen derselben anzukämpfen. Was das Wesen der Ursachen betrifft, so konnte man es sich nicht anders vorstellen, als ein Etwas, was den mehrzelligen Organismen evolutionistisch angezüchtet worden ist und so tief im Wesen des Lebens steckt, daß unser Können hier Halt machen muß.

Der Einblick aber in die Einrichtungen des tierischen Organismus, den uns die jüngste der Wissenschaften der medizinischen Forschung ermöglicht hat, scheint mir von weitgehender Bedeutung auch für die hier uns interessierende Frage zu sein. Ich meine damit die wunderbaren Entdeckungen der Immunitätslehre. Dieser Wissenszweig der Medizin, der noch, was Alter anbetrifft, in den Kinderschuhen steckt, hat in kurzer Zeit uns verblüffende Tatsachen gezeigt, die uns auffordern, unser Wissen, unsere Ansichten in den anderen Disziplinen der medizinischen Wissenschaft gründlich zu revidieren — etwa so wie die Entdeckungen des Radiums zur Ueberprüfung der Unfehlbarkeit des Gesetzes von der Erhaltung der Kraft geführt hat.

Ohne auf die Details dieser Entdeckungen einzugehen, sei hier nur angeführt, daß man, um sie einheitlich zu erklären, einer ganz neuen Theorie bedurfte, einer Theorie, die P. Ehrlich mit genialem Denkersinn erfunden und deren Ausarbeitung er mit unermüdlichem Fleiße gefördert hat. Es ist die sogen. Seitenkettentheorie. Nach dieser Theorie, die dem Charakter der entdeckten Tatsachen genau angepaßt ist, besitzen die Zellen des tierischen Organismus die Fähigkeit, der Tätigkeit derjenigen ihrer Molekülgruppen, die unter gewöhnlichen Verhältnissen für den normalen Ablauf der Chemismen der Zellenernährung zu sorgen haben, eben der sog. Seitenketten unter gewissen Umständen, z. B. beim Eindringen körperfremder und körperfeindlicher Stoffe, eine ganz andere Richtung zu geben. Beim Eindringen eines solchen Stoffes nämlich übernehmen diese Seitenketten die Funktionen eines Schutzstoffes, eines Verteidigers der Zelle gegen die Angriffe des ungebetenen Gastes. Zu diesem Zwecke unternimmt die Zelle eine regelrechte Mobilmachung, indem sie die tauglichen Seitenketten ins Kriegsgebiet wirft und gleichzeitig dafür sorgt, daß aus ihrem Inneren ebensolche Ketten in ungeheurer Zahl ihnen nachgeschickt werden. Die Seitenketten verlassen die Zelle, um den Feind zu überfallen und unschädlich zu machen. Diese Seitenketten, die auf der Zelle sitzend, als Rezeptoren funktionieren, haben sich zu Antitoxinen herausgebildet! Trifft es sich aber, daß der eingedrungene Feind zu stark, zu groß, zu kompliziert, zellenähnlich ist, so wird eine andere Waffengattung, andere Rezeptoren ins Feld geschickt, nämlich die sogen. Ambozeptoren, die sich im Körperarsenal passende Waffen aussuchen, die sogen. Komplemente, mit denen sie selbst gigantische Feinde vernichten können. Es geschieht nun auch, daß die Tierzelle sehr lange Zeit hindurch keinen Frieden schließen will und fortwährend neue Verteidiger in den Krieg schickt, trotzdem die eingedrungenen Feinde längst verschwunden sind. Wenn dann, selbst nach Jahren, demselben Feinde gelüsten sollte, in den Körper einzudringen, so kommt er nicht einmal über die Schwelle. Es ist das der Zustand, den wir Immunität nennen, da der Körper dann für diesen Feind unzugänglich ist.

Bei aller Gescheitheit der Tierzellen, die sie hier bekunden, sind sie doch sehr leicht zu überlisten, zu täuschen. Führt man nämlich wiederholt in den Tierkörper solche Feinde in sehr kleiner Zahl ein, so daß sie ihm gar nicht schaden können, so treten doch die Körperzellen mit derselben Wut und Unerbittlichkeit in den Kampf ein, als ob dem Körper irgendwie eine Gefahr gedroht hätte. Sie haben sich überlisten lassen! Durch diese List wird der betr. Körper künstlich aktiv-immun gemacht und wird zum Wohltäter von schwachen Zellenstaaten, die dem Angriffe solcher Feinde zu unterliegen drohen, indem man einen Teil der Armee des so überlisteten Körpers dem kämpfenden Schwächling einverleibt, der dadurch passiv-immun wird und wenigstens eine Zeit lang Ruhe hat. Diese Form der Definition der Seitenkettentheorie habe ich nur deshalb gewählt, um in möglichst scharfem Relief das Wundersame hervorzuheben, das den Tatsachen, die diese Theorie zu erklären hat, anhaftet. Denn nur durch diese Theorie kann man sich solche Tatsache erklären. Dabei ist die Theorie durch viele Experimente, die die Richtigkeit des deduktiv von ihr Abgeleiteten bewiesen, erhärtet und befestigt worden. Diese Theorie, die ein weites Arbeitsgebiet eröffnet, wird zum Leitgedanken bei den verschiedenen Versuchen der rationell-ätiologischen Therapie. Ohne die Begriffe, die diese Theorie präzisiert hat, könnten wir uns über die Ergebnisse der modernen Immunitätsforschung überhaupt gar nicht verständigen. Die Arbeiten nun, die mit der Seitenkettentheorie als Leitgedanken unternommen worden sind, haben uns gelehrt, daß durch das Einverleiben von verschiedenartigsten Stoffen in den Tierorganismus in demselben Gegenkörper entstehen, die spezifisch vernichtend oder verändernd auf solche Stoffe innerhalb des Körpers und, was besonders staunenswert ist, auch außerhalb desselben im Reagenzglase wirken. Die Stoffe, die derartig Antikörperbildung anregen, können vom Tier, aber auch von der Pflanze stammen — von der Pflanze sind nun allerdings nur sehr wenige solcher Stoffe bekannt. — Bei den Tierstoffen ist die Hauptbedingung einer solchen Wirkung die, daß der Stoff einen gewissen Grad von Fremdartigkeit und Verschiedenheit dem einzuverleibenden Tierkörper gegenüber besitzt. Dabei brauchen sie nicht giftig zu sein. Auf diesem Wege haben wir eine Reihe von Antikörpern kennen gelernt, die wir nach dem Charakter des Ablaufes ihrer Einwirkungen auf ihren Hervorrufer, die Reaktion, als Antitoxine, Zytotoxine, Lysine, Koagglutinine, Präzipitine, Eiweißpräzipitine usw. bezeichnen. Je näher der Stoff und der zu behandelnde Körper verwandt sind, desto schwieriger wird es, eine diesbezügliche Einwirkung zu konstatieren und, um die Einwirkungen bei höheren Verwandtschaftsgraden und unbedeutenden Verschiedenheiten zu erkennen, mußten sehr sensible, feine Reaktionen erst ausfindig gemacht werden. Solche empfindliche Reaktionen besitzen wir in der sogen. kreuzweisen Immunisierung, der Komplementsbildungsmethode und der sogen. Absättigungsmethode. Mittels aller derartigen Reaktionen und sehr sinnreichen Versuchsordnungen gelingt es, auch schwache Grade von Fremdartigkeit nachzuweisen. Aus dem Verlauf der Reaktionen können selbst Beweise für die Darwinsche Deszendenztheorie mit dem Reagenzglase in der Hand geliefert, die Verwandtschaft von Hase und Kaninchen, Pferd und Esel, Mensch und Affe demonstriert werden. Das Empfindlichste bei diesen Reaktionen ist das, daß sie spezifisch sind, denn die Spezifität zeigt uns, daß selbst die gleichen Bestandteile verschiedener Organe eines und desselben Organismus noch von einander zu unterscheiden sind. Wenn beispielsweise Zellen einer Niere des Kaninchens beim Hunde Cytotoxine gegen Kaninchenniere erzeugen können, die auf das Kaninchenhirn aber nicht einwirken, so beweist das doch unzweifelhaft, daß selbst die gemeinsamen chemischen Körper, sagen wir die Albumine der Kaninchenniere von denjenigen des Kaninchenhirns noch zu unterscheiden sind. Die Spezifität geht so weit, daß man das Bluteiweiß des Huhnes von demjenigen des Hühnereies noch zu unterscheiden vermag.

---

*) Ueber seine Vorschläge zur experimentellen Lösung dieser Frage wird der Autor in Kürze an dieser Stelle ausführlich berichten. D. Red.

In Anbetracht solcher Entdeckungen, die uns einen ungeahnten Einblick in das Wirken der tierischen Organismen, Organe und wohl hauptsächlich Zellen eröffnen, scheint es mir nicht unberechtigt, den Wunsch zu äußern, unsere Begriffe und Ansichten über das Wesen und die Ursache des Alterns der Revision zuzuführen, umsomehr, als wir ja in dem Zeitalter der „Umwertung aller Werte“ leben.

Wenn ich nun zu unserer Frage übergehen soll, so möchte ich zuerst daran erinnern, daß die Erscheinungen, die das Altwerden ausmachen, insgesamt in das Gebiet der Pathologie gehören. Alle Involutions- und Seneszenz-Symptome, wie die verschiedenen Atrophien und das Ueberhandnehmen der unedlen Körpergewebe auf Kosten der edlen, haben ihre Paradigmen in der Pathologie der jüngeren Lebensperioden. Nach unseren heutigen Begriffen vom Wesen und Ursachen der Krankheiten würde uns am besten das Auftreten und Zusammentreffen der Altersveränderungen verständlich gemacht werden, wenn wir die auslösende Ursache als eine Autointoxikation auffassen könnten, als eine Autointoxikation, die den normalen Stoffwechsel so alteriert, daß die Seneszenz auftreten muß. Die Autointoxikation wäre also eine chronisch schleichende, hervorgerufen durch die unvollkommenen regulatorischen Einrichtungen des Tierkörpers, die selbst die physiologischen Reize, die den Körper von Geburt an treffen, nicht vollständig ausgleichen. Es häuften sich daher feine und feinste Schädigungen an, die schließlich sich zu den verschiedenartigsten Stoffwechselanomalien verdichten, die die regenerativen Prozesse so weit verändern, daß das, was wir Seneszenz nennen, eintritt. Eine solche Erklärung des Alters ist dem Prinzipe nach gar nicht neu, und es ist ihr oft genug auch widersprochen worden. Allein unserem heutigen toxikologischen Denken drängt sie sich förmlich auf. Wäre nun das, was wir hier annehmen, erwiesen, so könnte man, wollte man der Phantasie freien Lauf lassen, sich vorstellen, daß man es versuchen könnte, junge Individuen gegen diese Alterstoxine künstlich widerstandsfähiger zu machen, indem man sie mit dem Serum oder Gewebssäften greiser Individuen behandelt und das Serum der durch diese Behandlung aktiv altersimmun gewordenen jüngeren Individuen zum Hervorrufen von passiver Immunität bei schon alterskranken Organismen verwendet. — Das junge Tier wäre hier das Pferd, das alte der Diphtheriekranke in der Lehre von dem Antidiphtherieserum. Vorläufig aber auf dem Boden der exakten Forschung fußend, schlage ich vor, durch Versuche zu beweisen, daß der senile Körper wirklich chemisch-biologisch anders reagiert als der junge. Man soll versuchen, ob z. B. das Serum eines Kaninchens, das durch Behandlung mit dem Blute eines ganz jungen Hundes hundeblut-hämolytisch gemacht worden ist, auch dieselbe Wirkung auf das Blut greiser Hunde ausübt. Es ist bis jetzt leider, wie mir von kompetenten Seiten versichert worden ist, bei den serologischen Versuchen darauf nicht geachtet worden. Bedenkt man die Resultate Weichardts, dem es gelungen ist, durch eine von ihm entdeckte Methode der „Absättigung“ das Serum eines Menschen A. von einem Menschen B. zu unterscheiden, und den neuesten staunenswerten Erfolg Wassermanns, dem es geglückt ist, mittels der sogenannten Komplement-Bindungsmethode die syphilitischen Toxine noch da nachzuweisen, wo sonst von Syphilis nichts mehr zu finden ist, und damit u. a. die syphilitische Natur der Tabes bei ca. 80% der Kranken objektiv zu beweisen, so scheint es einfach unwissenschaftlich, a priori die Möglichkeit des positiven Erfolges bei den hier vorgeschlagenen Versuchen abzulehnen. Die Tatsache, daß Tiere durch Krankheiten, die manchmal nur einige Tage dauern, für lange Zeit hindurch in chemisch-biologischer Beziehung sich verändern, müßte uns im Gegenteil einen negativen Ausfall dieser Versuche, was beweisen würde, daß jahrzehntelange Phasen des Lebens den Organismus in dieser Richtung ganz unbeeinflußt lassen, als etwas recht Unwahrscheinliches erscheinen lassen. Diese Versuche, die ich hier vorschlage, verdienen m. E. nach gemacht zu werden, umsomehr, als sie gar keine besondere Mühe und Zeit kosten werden, da es vollkommen genügt, bei den serologischen Versuchen, die in den verschiedensten Absichten gemacht werden, nur noch eine Rubrik, noch eine Notiz über das Alter der in Frage kommenden Tiere zu machen.

Nachtrag.

Nach Niederschreibung dieser Zeilen kam ich in die angenehme Lage, diesbezügliche Versuche selbst anzustellen, d. h. auf Unterschiede in dem Verhalten von jungen und alten Körperelementen mittels der hier angegebenen Reaktionen zu fahnden. Wenn ich auch zur Zeit nicht wagen kann, das Resultat dieser Versuche als etwas schon Feststehendes zu proklamieren, so kann ich doch soviel sagen, daß der bisherige Erfolg nichts weniger als entmutigend zu deuten ist. Ich glaube, nun jetzt um so eindringlicher auf die Inangriffnahme solcher Versuche seitens der Serologen dringen zu müssen. Denn, um die aufgeworfene Frage selbst nur teilweise zu lösen, bedarf es der Mitarbeit vieler, sehr vieler.

REFERATE.

Massage.

Sammelreferat von Dr. **J. Eiger,**
leitendem Arzt des Berliner Ambulatoriums für Massage.

Wetterwald kontra Ziegenspeck. — Thure Brandt-Massage in Deutschland. — Laienmassage. — Technik der Massage: Bum, Krukenberg, Hoffa. — Massage bei Herzleiden, Nervenkrankheiten, akuter Muskelatrophie, bei Skoliose der Schulkinder, von den Müttern ausgeführt; Atemgymnastik und Kriechübungen Skoliotischer, Heißluftbehandlung. — Luftmassage.

In einer längeren Abhandlung über die Anwendung der Thure Brandt-Methode in Deutschland kommt der Franzose Wetterwald (1) zur Ueberzeugung, daß diese Methode, nach der Art ihrer jetzigen Anwendung in Deutschland nach einigen Jahren der Vergessenheit anheimfallen wird. Seiner Beurteilung legt er vor allem das Werk Ziegenspecks „Massagebehandlung bei Frauenleiden“ zu Grunde, sowie die Beobachtungen, die er an dessen Klinik zu machen Gelegenheit hatte. Bei aller Anerkennung der Verdienste Ziegenspecks wendet er sich gegen die sogenannte „Vereinfachung“ und „Vervollkommnung“, die die Methode in Deutschland erfahren hat, mit Recht gegen die Weglassung der Gymnastik, gegen den Ersatz des forschenden Fingers durch Kautschukobturatoren. W. zieht leichte, von Pausen unterbrochene Vibrationsmassage der energischen Massage, schmerzhaftem Strecken, vor.

Wenn W. sich zu einem generalisierenden Urteil über die deutsche Massagetherapie hinreißen läßt und dieser zu energisches Zugreifen, also Mangel an feinerer Technik vorwirft, muß dem entgegnet werden, daß es stets der Grundsatz der Schule Zabludowskis gewesen ist, mit geringstem Kraftaufwand die möglichst größte Wirkung zu erzielen. Nicht nur in Frankreich, auch in Deutschland bemüht man sich, der wahren Tradition der Masseure aller Zeiten zu folgen, das zarte Anfassen zur Grundlage der Massage zu machen.

In einer Polemik in Form von Fußnoten zur Uebersetzung von W.s obiger Abhandlung gibt Ziegenspeck (2) an, die Entbehrlichkeit der Heilgymnastik, gleichzeitig mit der Massage ausgeführt veranlasse ihn, sie nur für spezielle Fälle beizubehalten und ihren Unterricht Berufeneren zu überlassen. Er lasse die Kranken die Uebungen zu Hause machen, wie es Brandt auch zuletzt tat.

Während die Brandtsche Massage immer mehr mit Vorsicht und in ausgewählten, besonders angezeigten Fällen, also weniger als in früheren Jahren von den Frauenärzten angewandt wird, beschäftigen sich leider noch viel zu viel Laien damit, obwohl es ein Noli-me-tangere für sie sein sollte.

M. Linder (3) hat jetzt ein Handbuch der Thure Brandt-Massage für Masseure als Laie für Laien geschrieben und damit an die dringende Notwendigkeit erinnert, den Laien die selbständige Behandlung der Kranken zu verbieten. — Dies wird auch in dem trefflichen Lehrbuch für Heilgehilfen und Masseure, Krankenpfleger und Bademeister vom Geh. Medizinalrat Dr. Granier (4) betont, das in neuer, vermehrter Auflage erschien. Wie in der vorigen nimmt Badeund Krankenpflege breiteren Raum ein, Hand- und Fußpflege ist neu aufgenommen, Aderlaß, der nach neuerer Verfügung von den Aerzten selbst vorgenommen werden soll, fortgelassen worden. Ebenfalls für Laien, aber mehr für das große Publikum, ist Briegers gemeinverständliche Darstellung des Wesens der Massage in der von Koßmann herausgegebenen „Gesundheit“ (5).

Bum (6) bietet im vierten Hefte der Physikalischen Therapie: „Physiologie und Technik der Massage“ ein reichliches Literaturverzeichnis und behandelt darin die physiologischen Grundlagen der Massage eingehender als ihre Technik, mit der er sich in seinem in vierter vermehrter Auflage erschienenen Handbuch der Massage und Heilgymnastik um so ausführlicher beschäftigt (7).

In dem großzügig angelegten und gut ausgestatteten, von Joachimsthal herausgegebenen Handbuch der orthopädischen Chirurgie bringt Krukenberg (8) einen Beitrag über mechanische Behandlung der Deformitäten mit Massage, Gymnastik und seinem engeren Spezialgebiete, Mechanotherapie. Die Wichtigkeit der Technik der Massage scheint er denn doch ein wenig zu unterschätzen, wenn er meint, daß es gleichgültig sei, ob Finger oder Hand so oder so gehalten werden. Es ist sowohl für die Patienten als auch für die Wirkung nicht gleichgültig, wenn z. B. das Handgelenk locker gehalten wird und, wie Wetterwald oben mit Recht verlangt, möglichst zart und rücksichtsvoll gearbeitet wird. Die Vervollkommnung der Technik und die Aneignung feinerer und zuweilen komplizierter Handgriffe werden den Arzt besser instandsetzen, den Krieg gegen die Kurpfuscherei erfolgreich zu führen, ihn eher veranlassen, Kranke nicht völlig den Händen von Laienmasseuren zu überlassen, wie es noch zu häufig geschieht.

Es muß Kr. vorbehaltslos beigepflichtet werden, wenn er auf die Indikationsstellung im einzelnen Falle großen Wert legt.

Einen Abriß der Massage bringt auch Hoffa (9) in der „Therapeutischen Technik für die ärztliche Praxis“ (von Schwalbe herausgegeben), es ist dies ein kurzer Auszug aus seiner „Technik der Massage“, die in vierter verbesserter Auflage erschien.

Bei Herzinsuffizienz empfiehlt Selig-Franzensbad Herzvibrationen, durch die er oft schon nach einer einzigen Sitzung bedeutende Herzverkleinerung herbeiführte, außerdem Besserung von Asthma cardiale und Angina pectoris; auch Franze-Nauheim wandte mit Erfolg in Verbindung mit elektrischen Zellenbädern zur Kräftigung des Herzmuskels Erschütterung des Brustkorbes an, besonders mittels Vibrationsmassage. Die Massage trägt zur Schonung des Herzens erheblich auch noch dadurch bei, daß sie durch Erweiterung der Haut- und Muskelgefäße die Widerstände im Kreislaufe herabsetzt, so die Muskeln auswäscht, indem sie die Abbaustoffe mechanisch in die allgemeine Zirkulation hineinbringt.

Neben der Elektrotherapie behauptet die Massage in der Nervenheilkunde ihren ersten Platz, so wird bei Tabes schonende Massage von Tobias-Kindler (10) zur Beseitigung der Obesitas, Obstipation, zur Kräftigung der Muskulatur, zur Beruhigung und Anregung, Vibrationsmassage zur Erzielung suggestiver Erfolge, die unblutige Dehnung des N. Ischiadic. nach Zabludowski gegen hartnäckige lanzinierende Schmerzen mit Erfolg angewendet.

E. S. Mc. Kee-Cincinnati (11) (Blätter f. klin. Hydrother. 2, 07) findet, daß die Massage, besonders Vibration bei chronischen Fällen von Ischias mit beginnender Atrophie von großem Werte sei. Durch allerdings schmerzhafte Lösung der Adhäsionen längs der Nerven werde häufig die Ursache der Krankheit beseitigt. Tobias hält Massage bei nervöser Diarrhöe für kontraindiziert.

Bei der infolge von Gelenks- und Knochenerkrankungen zugleich auftretenden Muskelatrophie, die hauptsächlich die Streckmuskeln ergreift, hat die Massage ihre dominierende Stellung behauptet. Bum (12) hält sie für eine Folge von Inaktivität und sucht es experimentell zu beweisen, während Hoffa (13) annimmt, daß es sich um eine reflektorische Atrophie handelt.

Zur Behandlung der Skoliose der Schulkinder schlägt Bisalski (14) vor, den Müttern der Kinder, bei welchen man die Deformität im Anfangsstadium findet, die leicht zu handhabenden Handgriffe der Rückenmassage, gymnastische Uebungen und Kriechbewegungen beizubringen, damit die Behandlung zu Hause durchgeführt werde.

Die apparatlose Behandlung der Skoliose ist ein wertvolles Hilfsmittel für den praktischen Arzt auf dem Lande, fern von den großstädtischen orthopädischen Instituten und im Hause des Patienten, wenn das mit Schularbeiten in Anspruch genommene Kind keine Zeit zum Besuche der Turnstunden hat. Hierzu gehört die von Kirchberg in unserer Massageanstalt eingeführte Atmungsgymnastik skoliotischer und lymphatisch-anämischer Kinder, über deren Methode und Indikation er in nächster Zeit berichten wird.

Daneben hat sich auch die von Klapp (15) angegebene Methode der Kriechbewegungen sehr bewährt, die über ein Jahr im Berliner Ambulatorium für Massage vom Referenten angewendet wird. Die Methodik der Kriechbewegungen besteht 1. in schnellen Vorwärtsbewegungen mit seitlichen Bewegungen der Wirbelsäule, 2. in langsamem Kriechen, die einzelnen Tempi werden in Absätzen ausgeführt, 3. Kriechen am Ort.

Außerdem wendet Klapp bei Skoliose Heißluftbehandlung des Rückens an.

Ueber seine Erfahrungen mit Heißluftbehandlung berichtet Prof Schlatter (16), der ca. 130 Patienten damit behandelt hat und fand, daß der Heißlufteffekt den der Massage zu übertreffen schien, doch wurde wiederholt bei unbefriedigender Heißluftwirkung zur altbewährten Massage zurückgegriffen.

Durch einen Luftmassageapparat erzeugt Klapp (17) einen möglichst kräftigen Luftstrom, den er kalt oder warm statt der Handmassage in Anwendung bringt. Es handelt sich hierbei um Erzeugung eines Ueberdruckes mittels Luftpumpe, wie er auch von Zabludowski (18) mit dessen Universalmassageapparat [angefertigt bei Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen]*) hervorgebracht und bei der kosmetischen Massage in Anwendung gebracht wurde. Durch den Dreiweghahn dieses Apparates kann sowohl Luftleere, als auch Ueberdruck und schließlich abwechselnd beides, ein sogenanntes fluktuierendes Vakuum, erzeugt werden und so die Ernährung und Sukkulenz der Haut durch diese von Z. „Pneumomassage“ genannte Behandlung erheblich gefördert werden.

Literatur:

1. Revue de Kinesie, Januar 1907, Tours.
2. Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde. München 1907. Nr. 4, 5 und 6.
3. Linder, Max: Thure-Brandtsche Massage und Gymnastik sowie Wasserbehandlung. Dresden 1907. E. Piersons Verlag.
4. Granier, Dr. R., Geh. Med.-Rat und Kreisarzt in Berlin: Lehrbuch für Heilgehilfen und Masseure, Krankenpfleger und Bademeister. Im amtlichen Auftrage verfaßt. 5. Auflage. Berlin 1907. R. Schoetz.

---

*) Vergl. diese Nummer „Technische Neuerscheinungen“, S. 36.

5. „Die Gesundheit“, herausgegeben von Koßmann. Stuttgart, Berlin, Leipzig 1907.
6. Markuse-Strasser: Physikalische Therapie in Einzeldarstellungen. 4. Heft: Bum: Physiologie und Technik der Massage. Stuttgart. F. Enke.
7. Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien 1907.
8. Krukenberg: Mechanische Behandlung der Deformitäten, im Handbuch der orthopädischen Chirurgie, herausgegeben von Joachimsthal. Jena 1905 bis 1907. Bei Gustav Fischer.
9. Hoffa: Technik der Massage. Stuttgart 1907.
10. E. Tobias und E. Kindler: Die physikalische Behandlung der Tabes dorsalis. Berliner klinische Wochenschrift, 9, 10, 1907.
11. E. S. Mc. Kee: Behandlung der Ischias. Blätter f. klin Hydrother. 2, 1907.
12. A. Bum: Ueber arthritische Muskelatrophie. Wiener medizin. Presse, 51, 1906.
13. A. Hoffa: Uebung, Gymnastik und Massage bei der Behandlung von Knochen- und Gelenkserkrankungen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, I, 1907.
14. Bisalski: Was können die Schulärzte zur Behandlung skoliotischer Volksschulkinder tun? Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 8 und 9, 1906.
15. Klapp: Behandlung der Skoliose mit dem Kriechverfahren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 23, 1906.
16. Schlatter, Carl: Ueber die Biersche Hyperämiebehandlung. Korr.-Bl. f. Schweizer. Aerzte, 13, 1907.
17. R. Klapp: Ueber Luftmassage. Münch. medizin. Wochenschr., 1, 1907.
18. Zabludowski: Zur physikalischen Therapie der habituellen Obstipation und der sexuellen Neurasthenie. Berlin 1906.

Orthopädie.

Referent; Spezialarzt Dr. P. **Zander**, Berlin.

1. **Die praktische Anwendung der Lokalanästhesie bei Frakturen.** Von Lerda-Turin. Zentralbl. f. Chir., 1907, Nr. 49.

2. **Zur Aetiologie der Madelungschen Deformität.** Von Ewald-Heidelberg. Arch. f. klin. Chir., 1907, Bd. 14, Heft 4.

1. Nachdem schon früher von Couway und Reclus der Versuch gemacht wurde, bei Frakturen Lokalanästhesie anzuwenden und Braun in seinem Lehrbuch über die Lokalanästhesie darauf hinweist, daß ein kleiner Teil der komplizierten Frakturen mit Lokalanästhesie behandelt werden könnte, hat Lerda bei ca. 30 Fällen von Frakturen die Lokalanästhesie angewandt. Er injiziert eine $^1/_2$%ige Kokain-Kochsalzlösung, der er einige Tropfen Adrenalin zusetzt, mit einer langen Nadel zwischen die Fragmente und tangential zu denselben. Nach sechs bis zehn Minuten ist die Anästhesie vollständig, die Muskelkontraktionen sind geschwunden, so daß man ohne weiteres die Reposition ausführen und den Verband anlegen kann. Notwendig ist eine genaue Diagnose der Frakturstelle.

Der Eingriff ist ein so kleiner und mit den Mitteln, die dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen, so leicht auszuführen, daß sich ein Versuch unbedingt lohnen dürfte, zumal man dabei so manche Allgemeinnarkose ersparen kann.

2. Ewald bespricht unter Berücksichtigung der Literatur an der Hand eines Falles aus der Vulpiusschen Klinik das Wesen und die Aetiologie der Madelungschen Deformität. In seinem Falle entwickelte sich diese im Anschluß an eine Kompressionsfraktur der unteren Radiusepiphyse. Eine vorgenommene schräge Osteotomie des Radius ergab keinen Erfolg.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Die Ernährung der Kinder vom ersten Lebensjahre bis zur Pubertät.** Von A. Monti. Beiheft zur Medizin. Klinik, 1907, Nr. 11.

2. **Das Problem der künstlichen Ernährung der Säuglinge.** Von L. Langstein. Berl. klin. Wochenschr., 1907, S. 1539.

3. **Mosers Serum als Heilmittel bei Scharlach.** Von B. A. Egis und N. J. Langoroy. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 66, Heft 5.

4. **Beobachtungen über die Behandlung des Scharlachs mit Mosers Serum.** Von W. J. Moltschanoff, Ibidem.

1. Der Verf. spricht vielfach Ansichten aus, die sich so weit von den Gesichtspunkten entfernen, welche die heutige Kinderheilkunde zu befolgen pflegt, daß der Praktiker, welcher sich den Ratschlägen des Heftchens anvertraut, jedenfalls nicht nach allgemein akzeptierten Grundsätzen seine Patienten beraten wird. So mutet es sehr ungewohnt an, zu lesen, daß für Kinder bis zu 18 Monaten aufgeschlossene Kindermehle notwendig seien, ja daß selbst von diesen dextrinirierten Kindermehlen eine größere Zahl (z. B. Knorr, Rademann, Kufeke) wegen ihres Gehaltes an schwer löslicher Stärke nur für Kinder über 18 Monate geeignet seien. Auch Zwieback soll nach der Ansicht des Verf.s erst von Kindern, die über 18 Monate alt sind, vertragen werden.

Gemüse, die wir mit gutem Grund schon vor Ablauf des ersten Lebensjahrs in die Ernährung gesunder Kinder einzubeziehen pflegen, werden von Monti erst gegen Ende des zweiten Jahrs gereicht; dagegen findet er den Zusatz von schwarzem Kaffee zur Milch im Alter von $1^1/_2$ Jahren nicht schädlich, sondern sogar günstig. — Daß Kinder unter 2 Jahren bei jeder Mahlzeit ein gewisses Quantum Wasser trinken sollen, und zwar mindestens 150 bis 200 g, weil der Genuß guten Trinkwassers für die normale Verdauung wichtig sei, ferner daß man schon im zweiten Lebensjahr in der Ernährung für möglichste Abwechslung sorgen soll, sind Vorschriften, die nicht jeder Kinderarzt für zweckmäßig halten dürfte.

2. Dieser Vortrag und die anschließende Diskussion (S. 1621) geben einen sehr klaren Ueberblick über die Probleme, mit denen die heutige Forschung auf dem Gebiet der künstlichen Säuglingsernährung sich beschäftigt, und bergen manche praktische Ausblicke, obschon sie sich im ganzen mehr auf wissenschaftlichem Boden bewegen.

Langstein geht aus von der Berücksichtigung der chemischen Unterschiede zwischen Frauen- und Kuhmilch und stellt etwa folgende Betrachtungen an. Der mit so großer Hartnäckigkeit geführte Kampf um die Bedeutung des hohen Kaseïngehalts der Kuhmilch als schädigendes Moment für den Säugling ist dahin entschieden, daß ein solcher Eiweißnährschaden nicht existiert, wenigstens sich niemals erweisen ließ, wo mit exakten Methoden dieser Frage nachgegangen wurde. Dagegen hat sich in vielen Fällen das Fett der Kuhmilch als Ursache schwerster Störungen erwiesen und die jüngsten Forschungen lassen auch keinen Zweifel darüber, daß Kohlehydrate, Mehle wie Zucker, zu schweren chronischen wie akuten Schädigungen führen können. Ganz besondere Beachtung verdient ferner der Salzgehalt der künstlichen Nahrung. Die Erforschung des Salzstoffwechsels des Säuglings in Gesundheit und Krankheit liegen zwar noch im Beginn, aber sie werden wohl in Zukunft den breitesten Raum in der Forschungsrichtung des Säuglingsstoffwechsels einnehmen müssen. Nicht die einzelnen Nährstoffe getrennt, sondern die Erkenntnis ihrer Wechselbeziehungen im Stoffwechsel werden uns zur schließlichen Erkenntnis führen.

Die Denaturierung der Nahrung durch das Kochen oder Sterilisieren spielt für die artfremde Nahrung, wie sie die Kuhmilch darstellt, wohl nicht die Rolle, die ihr vielfach auf Grund theoretischer Erwägungen zugeschrieben wird. Der Berücksichtigung von Kalorienbedarf und Kalorienzufuhr kommt für die künstliche Ernährung die gleiche Bedeutung zu wie für die natürliche.

Die vorstehend kurz skizzierte Betrachtungsweise unterscheidet sich wesentlich von der früher üblichen dadurch, daß nicht in abnorme Vorgänge der Verdauung, sondern in den Stoffwechsel jenseits der Darmwand der Schwerpunkt der Schädigungen verlegt wird; daher spricht die heutige Pädiatrie weniger von Verdauungs- als von Ernährungsstörungen der Säuglinge. Heubner, der in der Diskussion auch einige praktische Fragen berührt, weist auf die Bedeutung hin, welche einer genauen Beobachtung des Gewichts zukommt, warnt aber vor einer schematischen Berücksichtigung der sogenannten Normalkurve. Wichtiger ist die Beachtung der sonstigen Zeichen der Gesundheit: Beschaffenheit und Farbe der Haut, Derbheit des Unterhautzellgewebes, Kraft und Agilität der Muskulatur, gute Stimmung am Tage, fester Schlaf bei Nacht.

Die weitere Diskussion, aus welcher Finkelsteins wertvolle Versuche über die Ernährung von neugeborenen Kindern unter

Berücksichtigung der einzelnen Nahrungsstoffe hervorgehoben seien, beleuchtet die Probleme noch von den verschiedensten Seiten; namentlich kommen auch die von Langstein, Heubner, Finkelstein und anderen als unwesentlich betrachteten biologischen Gesichtspunkte zur Sprache, die nicht in chemischen Differenzen, sondern in der „Artfremdheit“ der Nahrung den Hauptgrund erblicken, warum die Kuhmilch sich zur Ernährung der Säuglinge oft als ungeeignet erweist. Es dürfte zu weit führen, auf diese, sich auf rein theoretischem Gebiet bewegenden Streitfragen hier näher einzugehen.

3. Das 1903 von Moser empfohlene Scharlachserum, welches bekanntlich ein Antistreptokokkenserum ist, durch Immunisierung von Pferden gegen Streptokokken, die von Scharlachfällen stammen, hat sich bisher noch keiner allgemeinen Anerkennung zu erfreuen. Namentlich die deutschen Autoren haben sich ablehnend ausgesprochen. Die beiden unter 3 und 4 genannten Arbeiten stammen aus Moskau. Während die erste Mitteilung auf Grund der Erfahrungen an 374 Fällen über ziemlich günstige Erfolge berichtet, spricht sich Moltschanoff (40 Fälle) sehr reserviert aus.

Egis und Langoroy kommen zu folgenden Schlußfolgerungen:

a) Bei der Behandlung von schweren Scharlachfällen mit Mosers Serum fällt das Sterblichkeitsprozent von 47,1 bis zu 16,1.

b) Das Serum besitzt vorwiegend eine antitoxische Wirkung.

c) Sein Einfluß auf die Komplikationen des Scharlachs ist geringfügig.

d) Das Serum ist im Verlauf der ersten drei Krankheitstage und im äußersten Falle am vierten Tage zu injizieren.

e) Die Temperatur fällt desto schroffer, je früher das Serum injiziert worden ist; in reinen Fallen fällt sie schneller wie in komplizierten.

f) Solange es keine Methode gibt, das Serum zu dosieren, muß man auf einmal 200 ccm injizieren, mit Ausnahme des jüngsten Kindesalters, wo eine Injektion von 100 bis 150 ccm genügend sein kann.

g) Die Individualität des Pferdes übt einen großen Einfluß auf den Wert des Serums, weshalb mehr oder weniger wirksame Serien vorkommen.

h) In Fällen von Mischinfektion — Scharlach und Diphtherie — konnte man bei gleichzeitiger Injektion des Moserschen und des Diphtherieheilserums seinen bedeutenden Effekt bemerken, wenngleich der Effekt weniger stark ist wie bei reinem Scharlach.

i) Prophylaktische Injektionen — an beschränktem Material ausgeführt — bestätigen die Ergebnisse von Moser.

k) Die Häufigkeit der Serumkomplikationen und ihre Gravität infolge des großen Serumquantums ist die negative Seite des Serums.

4. Moltschanoff äußert sich folgendermaßen:

Das Mosersche Serum ruft unstreitig in der Mehrzahl der Falle, wo es angewandt wird, einen beträchtlichen Temperaturabfall hervor, welcher sehr oft von einer merklichen Besserung des Allgemeinbefindens (der nervösen Erscheinungen, Puls, Atmung) begleitet wird. Doch man kann nicht behaupten, daß das Serum einen tiefen Einfluß auf den ganzen Scharlachprozeß ausübt. Die Wirkung dem lokalen Rachenhöhlenprozeß gegenüber ist sehr schwach, vielmehr nichtig. Komplikationen beugt das Serum nicht vor und wirkt, wie es scheint, nicht auf den Charakter des Verlaufes derselben. Abhängig davon ist die Fieberperiode und die ganze Krankheitsdauer bei den mit Serum behandelten nicht kürzer, wie bei den mit dem Serum nicht behandelten Kranken gewesen. Die Wirkung des Moserschen Serums wird mit Recht für antitoxisch gehalten; auf die Symptome der Infektion übt es einen sehr schwachen Einfluß aus. Das Serum soll angewandt werden, doch nur in mehr oder weniger ernsten Fällen, besonders dort, wo die Erscheinungen von Intoxikationen bemerkbar hervortreten. Die Injektion muß früh ausgeführt werden, wenn möglich nicht später als am vierten Tage, denn von diesem Tage an beginnen die Symptome der Infektion in dem Krankheitsbilde vorzuherrschen. Zum Schluß beklagt der Autor, daß es bisher nicht möglich ist, die Wertigkeit des Serums im Laboratorium festzustellen.

Lichttherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, Oberarzt an der Charité, Berlin.

1. **Röntgenbehandlung gewisser Formen venerischer Bubonen durch unmittelbare Drüsenbestrahlung.** Von Beiner. Wiener klin. Wochenschr. 1907, Nr. 50.

2. **Erfahrungen mit der Quarzlampe.** Von Heymann. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 42.

3. **Die Behandlung des Lupus.** Von Lang. Wiener med. Presse 1907, 10. November.

4. **Zur Behandlung des Vitiligo mit Lichtbestrahlungen.** Von Moser. Medizin. Klinik 1907, 10. November.

1. Der Verfasser bespricht die in der Ebermannschen dermatosyphilidologischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wiede in Wien geübte Methode der Röntgenisierung strumöser Bubonen und der in diese Gruppe gehörenden Mischformen. Bekanntlich ist die Röntgenbehandlung der Bubonen zuerst von Herxheimer und Hübner ausgeübt und empfohlen worden. An der Ebermannschen Abteilung wird die Methode etwas modifiziert. Es wird nämlich die Haut entsprechend der Configuration der Bubonen im ganzen Umkreis unter Lokalanästhesie abgetrgaen, dann folgt ein leichter Verband und bald darauf die erste Bestrahlung der vom Verband befreiten Wunde bei genauer Abdeckung der Umgebung mit mittelweichen Röhren von 20 bis 30 Minuten Dauer in 10 bis 20 cm Distanz. Eine gleiche Bestrahlung wird in den nächsten vier Tagen täglich wiederholt. Dann folgt eine Bestrahlungspause von wenigen Tagen, in welcher die Rückbildung der Drüsen und die Epithelisierung der Wunde rasch fortschreitet, so daß der Patient ambulant weiter behandelt werden kann. In ca. drei Wochen ist der Gesamtheilungsverlauf meist vollständig beendet. Nur selten ist es nötig, nach der Bestrahlungspause von wenigen Tagen noch 2 bis 3 Sitzungen anzuschließen, da eben meist keine geschwellten Drüsen in der Wunde mehr nachzuweisen sind.

Die Vorteile dieser Methode sieht Reines in folgenden Punkten: Ausschaltung von chirurgischen, oft wiederholt nötigen größeren Eingriffen, absolut auch relativ kurze Heilungsdauer, Vermeidung von Komplikationen (Einschmelzung einzelner Drüsen, Bildung von Hohlgängen) und eventuell möglichen Röntgendermatitiden.

Die theoretische Begründung dieses Vorgehens kann Referent jedenfalls nicht gelten lassen. Die Drüsen sollen durch Abtragung der Haut gleichsam röntgenempfindlicher gemacht werden. Entweder ein Gewebe ist röntgenempfindlich oder nicht. Daß es in dieser Empfindlichkeit gewisse Differenzen gibt, ist richtig. Aber wenn eine dicht unter der Haut gelegene Drüse so wenig röntgenempfindlich ist, daß sie auf die Bestrahlung garnicht reagiert — genügend penetrationsfähige Strahlen vorausgesetzt! — so wird sie sich auch nach Abtragung der Haut nicht anders verhalten. Sehen wir doch auch bei den der Wirkung der X-Strahlen unmittelbar zugänglichen Canceriden meist rasche Rückbildung, mitunter aber auch gar keine Beeinflussung.

Die Radiosensibilität des Gewebes ist doch die Hauptsache; und wenn sich strumöse Bubonen nach Freilegung durch Abtragung der Haut zurückbilden, so tun sie es sicher auch nach Bestrahlung durch die Haut, vielleicht etwas langsamer. Die vom Verfasser empfohlene chirurgische Vorbehandlung dürfte also jedenfalls nicht notwendig sein und sich darum wohl kaum einbürgern.

2. Der Verfasser berichtet über Besserungen, bezw. Heilungen von Lupus vulgaris, Angiom, Naevus vasculosus, Naevus pigmentosus, Pigmentation nach syphilitischem Exanthem, Psoriasis, Ekzem, Akne vulgaris und Ulkus cruris durch Bestrahlung mit der Kromayerschen Quarzlampe, die teils mit, teils ohne Kompression angewandt wurde. Bemerkenswert ist die — auch trotz Verwendung der Methylenblaulösung — recht kräftige, vielfach zur Nekrose führende Oberflächenwirkung, die entschieden äußerst unerwünscht ist da, wo es sich um längere Kompressionsbestrahlung zur Erzielung einer Tiefenwirkung handelt. Die Verwendung der Methylenblaulösung als Filter für die besonders stark irritierenden äußeren Ultraviolettstrahlen ist unzuverlässig, weil es schwierig ist, die richtige Konzentration zu treffen. Die Reaktion fällt das eine Mal zu schwach, das andere Mal zu stark aus. Empfehlenswerter ist als Filter eine von der

Quarzlampengesellschaft neuerdings hergestellte „Ultraviolettscheibe“ aus einer besonderen blauen Glassorte, welche Referent jetzt ausschließlich verwendet. Nekrosen lassen sich dadurch anscheinend mit Sicherheit vermeiden.

Interessant ist der vom Verfasser mitgeteilte Fall von Tätowierung, in welchem die Quarzlampenbestrahlung zur Nekrose der nicht tätowierten Hautpartien führte. Die Tätowierung wurde garnicht beeinflußt; offenbar setzen also die Farbpartikel dem Eindringen des Lichtes einen sehr großen Widerstand entgegen.

3. Lang bespricht kurz die Lokalbehandlung des Lupus, welche bei weitem wichtiger ist als die allerdings nicht zu vernachlässigende Allgemeinbehandlung.

Von älteren Mitteln sind besonders Pyrogallus- und Resorzinpräparate zu empfehlen, dagegen Aetzungen mit Lapis, Kali kaustikum, Sublimat und Arsen wegen ihrer Giftigkeit zu verwerfen, ebenso die Auskratzung mit dem scharfen Löffel, das Skarifizieren, Sticheln und die Anwendung des Paquelins. Dagegen ist der Holländersche Heißluftbrenner für manche suspekte Fälle, wenn er sachgemäß angewandt wird, zu empfehlen, z. B. als Vorbehandlung für die Finsen-Therapie. Die Narbenbildung ist oberflächlich und glatt: allerdings ist das Verfahren sehr schmerzhaft und kaum ohne Narkose ausführbar. Röntgen- und bei kleinen zirkumskripten Herden auch Radiumstrahlen wirken günstig; mitunter ist sogar völlige Ausheilung zu erreichen.

Die Röntgenstrahlen empfehlen sich besonders beim Lupus tumidus.

Die bisher genannten Methoden sind aber — in der Regel — nur Palliativ-Mittel.

Eine wirkliche, radikale Heilung ist nur durch das von Lang ausgebaute operativ-plastische Verfahren und durch die Belichtung nach Finsen möglich — allerdings auch nur bei abgrenzbarem Lupus. Mit besonderer Wärme tritt Lang für das von ihm in ingeniöser Weise ausgebildete operativ-plastische Verfahren ein, das er vor allem beim Lupus des Lides, der Nase und des Ohres empfiehlt. Freilich ist eine entsprechende chirurgische Vorbildung Voraussetzung für erfolgreiche Anwendung dieser Methode. Von besonderer Bedeutung erscheint dem Referenten, daß gerade Lang, der die operative Technik der Lupusbehandlung in einer so künstlerischen Weise vervollkommnet und völlig neue Plastiken geschaffen hat, als einzige Konkurrenzmethode die Finsen-Behandlung rückhaltlos anerkennt.

Von den neueren Lichtquellen verdient die Kromayersche Quarzlampe die meiste Beachtung. Klinische Besserungen sind damit sicher zu erzielen. Ein definitives Urteil über den Wert der Lampe in der Lupustherapie ist zur Zeit nicht möglich.

4. Der Verfasser hat einen bemerkenswerten Erfolg in einem Falle von Vitiligo durch Bestrahlungen mit einem gewöhnlichen Blaulicht-Scheinwerfer erzielt.

Der Prozeß der fortschreitenden Leukopathie kam zum Stillstand, die Pigmentanhäufung am Rande der vitiliginösen Stelle rasch beseitigt und in den pigmentlosen Stellen selbst neues Pigment gebildet, teils flächenhaft, teils auch in Gestalt kleiner, brauner, umschriebener Herde. Die Besserung besteht noch nach sechs Wochen unverändert fort. Der Fall ermutigt jedenfalls zu weiteren Versuchen.

Biologische Therapie.

Referent: Dr **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Biologisch-kausale Behandlung der Cholera asiatica und nostras.** Literaturbericht.

2. **Neue Auffassung über die Aetiologie und Therapie der Pellagra.** Ref. einer Arb. von Ceni aus dem Giorn. della R. S. d'Igiene in den Fortschr. d. Med. 1906.

3. **Ein Beitrag zur physikalisch-diätetischen Behandlung der Arteriosklerose.** Von W. Winternitz, Wien-Kalten. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., 1907, XI, 9.

4. **Zur Frage der Nährpräparate.** v. d. Velden. Fortschr. d. Medizin 1905.

1. Im Nachfolgenden wollen wir über zwei, einander ergänzende Behandlungsmethoden der Cholera asiatica und nostras berichten, die deshalb besonderes Interesse beanspruchen, weil sie (im Gegensatz zu der z. Z. noch giltigen, faute de mieux mehr symptomatischen Therapie) in biologischer und kausaler Richtung vorgehen. Es handelt sich um die von Sadger nach Vorgang von Prießnitz, Schindler, Lahmann, Winternitz etc. angewandten Kaltwasserfriktionen einer- und um Stumpfs Bolusbehandlung andererseits. Wenn die ersterwähnte Methode auch ursprünglich rein-empirisch laienhaft angewandt wurde, so darf uns das doch nicht von ihrer Würdigung abhalten, da wir das Gute nehmen sollen, wo wir es finden, um so mehr, wenn es, wie in diesem Falle nachträglich auch als theoretisch-wissenschaftlich wohl fundiert erwiesen worden ist.

a) Die Kaltwasserbehandlung der Cholera besteht in energischer, event. stundenlang von 3—4 Personen bis zur Erwärmung (hochroter Hautfärbung) fortgesetzter Abreibung des in ein nasses Tuch gehüllten Patienten. Dazu kommt nötigenfalls noch ein Sitzbad von 8—9° R., in welchem die Abreibung fortgesetzt wird, bis Erbrechen und Durchfall aufhören (bei Vorherrschen der Krämpfe werden trockene Abreibungen eingeschaltet). Sodann erhält der Kranke im Bett eine nasse Leibbinde, die trocken überbunden und so oft erneuert wird, als sie trocken zu werden beginnt. Außerdem soll er reichlich frisches Wasser trinken und öfters kleine kalte Klistiere erhalten. Lahmann läßt letztere nach jeder Entleerung geben und zwar behufs Aufsaugung, die der Darm bei der beschriebenen ableitenden Frottierbehandlung schnell wieder lernt. Die heute vielfach empfohlene Infusion physiologischer Kochsalzlösung allein hat dagegen auf den Wasserverlust des Körpers nicht den geringsten Einfluß, da sie, solange der Blutzufluß zum Darm anhält, immer wieder in den Darm ausgeschieden wird. Die Diät besteht in kühl gereichten Schleimsuppen und (nach Lahmann) Fruchtsäften.

Die günstige Wirkung dieser Methode (mit der Prießnitz und Schindler während der Choleraepidemien von 1831, 1839 und 1845 im Gegensatz zu der anderweitig erzielten Mortalität von 66% eine solche von 0% erreichten) beruht nach Winternitz auf der durch den Kälte- und mechanischen Reiz hervorgerufenen reaktiven arteriellen Fluxion zum Hautorgane. Dadurch wird die kopiöse Transsudation des Blutwassers aus den toxisch gelähmten Darmgefäßen und die so entstandene Wasserverarmung des Körpers sistiert. Gleichzeitig wirkt die Tonisierung durch das kalte Wasser kräftigend auf die Herztätigkeit, die Zirkulation etc.

Sadger betont noch besonders, daß bei Cholera nur die Kaltwasserbehandlung am Platze sei. Warme und heiße Applikationen pflegen gewöhnlich zu schaden. Die von den Aerzten gehegte Furcht vor Wärmeentziehung sei grundlos, da die Kälte im Gegenteil gerade Wärme erzeuge. Aehnlich drücken sich auch Lahmann und Winternitz aus.

b) Erscheint die beschriebene Behandlung wohl geeignet, die Folgen der Toxinschädigung zu beseitigen, so wird sie in sehr günstiger Weise ergänzt durch die die Bakterien direkt unschädlich machende Bolusbehandlung Stumpfs. Dieser Autor, der ursprünglich mit Wegele die austrocknende Wirkung des Bolus als das wesentliche angesehen hatte, kam im Verlauf seiner Beobachtungen und Versuche zu der Erkenntnis, daß vielmehr die außerordentlich feine Verteilbarkeit und Aufschwemmbarkeit des Bolus das bakterienhemmende Prinzip darstelle, indem die Tonkörperchen, die mikroskopisch noch kleiner sind als die Mikroben wenn sie im Ueberschuß vorhanden sind, infolge der Einbettung in anorganisches Material die Bakterien von ihrem Nährboden trennen, sie einwickeln und so ihre Weitervermehrung verhindern

Als logische Folgerung ergab sich daraus, daß das Boluspulver, auch im Verdauungskanal die gleiche antibakterielle Wirkung ausüben müsse wie auf septischen und eiternden Wunden, und in der Tat gelang es Stumpf zu seiner großen Freude, nicht nur schwere Brechdurchfälle, sondern auch 10 Cholerakranke, die er eigens zu diesem Zwecke gelegentlich der Grenzepidemie 1905 in Bromberg und Nokel aufsuchte, prompt zur Heilung zu bringen.

Stumpf reicht 125,0 Boli albae offic. subtilissime pulverisatae in einem zur Hälfte gefüllten Halbliterglase auf einmal oder wenigstens in möglichst kurzer Zeit. Kinder mittleren Alters er-

Digitized by Google

Generated on 2019-09-29 00:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015080296653 Public Domain

halten 60 g auf 150 g Wasser und Säuglinge 30 g auf 70—100 g Wasser in der Saugflasche. Nach 3 Stunden ist das gleiche Quantum nochmals zu geben und damit wird das Verfahren in den meisten Fällen beendet sein. Die Aufnahme irgendwelcher Nahrung außer Wasser hat mindestens 18 Stunden lang vom ersten Einnehmen des Mittels an absolut zu unterbleiben, damit die Bakterien keine organische Nahrung erhalten.

Stumpf empfiehlt Versuche mit Bolus auch bei Metall-, Säure- und Konservenvergiftungen unter Hinweis auf die Geschichte der Ferrasigillate im Mittelalter.

Nach Vorgang Stumpfs hat neuerdings Görner-Dresden Versuche mit dieser Therapie angestellt und bei Gastroenteritiden, akuten Magenkatarrhen, ja sogar bei Darmtuberkulose und Meteorismus verschiedenen Ursprungs günstige Erfolge gesehen.

Es dürfte daher empfehlenswert erscheinen, in geeigneten Fallen die Bolustherapie, nötigenfalls kombiniert mit der Wasserbehandlung, bei den Patienten zur Anwendung zu bringen.

Literatur.

1. Görner, Die Stumpfsche Bolustherapie bei Diarrhöen und Meteorismus verschiedenen Ursprungs. Münch. med. Wochenschrift 1907, Nr. 48. — 2. Lahmann, Koch und die Kochianer. Stuttgart 1890, S. 86. — 3. Sadger, Die Wasserbehandlung der Cholera asiatica und nostias. Zentralbl. f. d. gesamte Ther. 1905, Nr. 11. — 4. Stumpf, Ueber ein zuverlässiges Heilverfahren bei der as. Cholera, sowie bei schweren infektiösen Brechdurchfällen. — 5. Winternitz, zitiert von Sadger und Berl. klin. Wochenschrift 1905, Nr. 15 (Mißgriffe bei Wasserkuren).

2. In unserer Zeit der bakteriologischen Uebertreibungen, wo sogar Gicht und Rachitis als Infektionskrankheiten angesprochen werden, ist man wenig geneigt, auf einen Autor zu hören, der eine parasitäre Schädlichkeit da supponiert, wo man bisher fehlerhafte Ernährung als Ursache ansah.

In der Tat erscheint aber die Auffassung von Ceni theoretisch und praktisch so wohlfundiert, daß es von Interesse sein dürfte, von ihr Kenntnis zu nehmen.

Nach Ablehnung der Theorien, die die Pellagra lediglich auf die Maisnahrung und zwar besonders auf den ungenügenden N-Gehalt derselben bezw. auf spezifische Gifte des normalen Maises oder auf Virulentwerden gewöhnlicher Darmkeime infolge der Maisernährung zurückführen, präzisiert Ceni seine Ansicht dahin, daß die Pellagra ein toxisch-parasitärer Prozeß sei. Lombroso habe zwar in gewissem Sinne Recht, wenn er verdorbenen Mais beschuldige, jedoch seien Mais und andere Nahrungsmittel nur als Vehikel für die Parasiten anzusehen, die in Wirklichkeit das Leiden hervorrufen.

Dieselben gehören zur Gruppe der Hyphomyzeten und zwar namentlich zu den Aspergillus- und Penizillusarten, die zwar bisher als unschädlich angesehen wurden, in der Tat aber, wie aus Cenis Tierversuchen hervorgeht, spezifische Gifte, sowohl exzitierender wie paralysierender Natur entwickeln. Da der größte Teil dieser pathogenen Keime zu seiner Entwicklung eine Temperatur von 15—20° bedarf, so ist damit der jährliche biologische Zyklus des Auftretens der Pellagra erklärt. Jedoch kommen auch noch andere kosmo-tellurische Vorgänge in Betracht.

Prophylaktisch und therapeutisch genügt die Enthaltung von Mais durchaus nicht, da die Parasiten auch mit anderer Nahrung in den Korper gelangen. Vielmehr kann hier nur Besserung der Lebenshaltung der Landbevölkerung helfen, die u. a. besonders auf Beschaffenheit und Aufbewahrungsart der Lebensmittel günstig einwirken würde. Schimmel- und andere Pilze konnen bekanntlich nur in feuchten und dumpfen, nicht aber in sonnigen und durchlüfteten Räumen gedeihen (vgl. hierzu auch Lucien-Grant, Tuberkulosis 1906, No. 5: nichts begünstigt die Verbreitung der Tuberkulose so sehr wie der Mangel an Sonne in den Wohnungen).

Ein praktischer Erfolg dieser Auffassung hat sich, wie Ceni seine Darlegungen beschließend anführt, bereits in Rivergaro gezeigt: Die früher dort herrschenden Pellagra- (Diphtherie-, Scharlach- und Typhus-)endemien sind seit Assanierung der Wohnungen beseitigt, trotzdem Mais nach wie vor die Hauptnahrung der Bevölkerung bildet.

3. Aus der interessanten, leider ein wenig unübersichtlichen Arbeit, in der Winternitz manches von ihm erprobte Neue oder nicht genügend Beachtete mitteilt, sei folgendes angeführt:

Zunächst zeigt Verf. an dem drastischen Beispiel eines über 80 Jahre alten Patienten, daß man auch bei Arteriosklerose mit gutem Erfolge die physikalischen Heilmethoden und namentlich die Wasserkur anwenden kann. Und zwar sind es hier gerade nicht, wie man glaubte, die „schonenden“ indifferenten, sondern im Gegenteil die erregenden, d. h. möglichst hohen und niedrigen Temperaturen, die am besten wirken.

Daß bei ihrer Anwendung keine irgendwie schädliche Blutdruckerhöhung eintritt, weist Winternitz experimentell und empirisch nach, indem er zeigt, daß die gewöhnlichsten, nicht zu vermeidenden Verrichtungen, wie Husten, Nießen, Sichbücken, mäßige Anstrengung der Bauchpresse etc., eine weit größere Blutdrucksteigerung hervorrufen als das kalte bezw. heiße Wasser.

Weiterhin betont Verf., daß die Arteriosklerose nicht nur eine Alters- und Abnutzungskrankheit, sondern vielfach auch auf die bei Infektionskrankheiten entstehenden Gefäßveränderungen zurückzuführen sei.

Prophylaktisch und therapeutisch ist auf Vermeidung der vorwiegend toxischen Ursachen der Arteriosklerose zu achten: Verbot von Tabak, Alkohol, diätetischen Sünden in Ernährungs- und Lebensweise, insonderheit durch die moderne Fleischüberschätzung und die infolge derselben entstehenden Darmfäulnisprodukte, ferner von psychischen und physischen Ueberanstrengungen etc. Speziell bei den Infektionskrankheiten ist frühester Beginn der Wasserkur zu empfehlen, damit der Organismus der Noxe Herr werde, ehe schwerere Intoxikation und Degeneration eintritt.

Mit den prophylaktischen Maßnahmen sollte man schon früh beginnen, vor allem, wenn sich eine geringe Widerstandsfähigkeit der Gefäße bemerkbar macht (leichte Ermüdung, hoher Blutdruck, anginöse Herzschmerzen, Parästhesien, Kopfdruck, Schwindel, lokale Hyperämien und neurasthenische Erscheinungen nach leichteren Anstrengungen und in beständigem Wechsel).

Da die Berührung und Ernährung durch normales Blut die Gefäße elastisch, kontraktil, funktionstüchtig erhält, so ist vor allem für normale Blutbeschaffenheit und Zirkulation zu sorgen.

Die Stoffwechselstörungen und die so wichtigen peripherischen Zirkulationshindernisse werden neben der obenerwähnten hygienischen Diätetik am besten durch allgemeine und lokale chemische und mechanische Anwendungen beseitigt, welche die Zellen zu lebhafterer Funktion anregen und die als „akzessorische Herzen“ angesehenen Gefäße stärken und kräftigen.

Gleichzeitig werden dadurch auch die medikamentösen Maßnahmen bekömmlicher und wirksamer.

Winternitz beginnt mit der „schottischen“ wechselwarmen Teilabreibung, bei empfindlichen oder gebrechlichen Personen zunächst mit heißen bis 40grädigen Waschungen, woran sich aber sehr bald die kalten anschließen können.

Hat man einige Tage hindurch diese wechselwarme Teilabreibung angewandt, hat man die Art der Reaktion genau beobachtet, so fällt es nicht schwer, den vorliegenden Indikationen entsprechend wirksame Prozeduren in Anwendung zu bringen.

Winternitz sah bei diesem Verfahren, das Erweiterung der peripheren Gefäße, bessere Organdurchblutung, Blutdruckverminderung, Pulsregulierung, beträchtliche Perspirationserhöhung, Steigerung der Ausscheidungen, Huchards „Entgiftung“ bewirkt, zahlreiche überaus günstige Erfolge bei schwerer und vorgeschrittener Arteriosklerose.

4. Zu den vielen, leider auch in der Medizin herrschenden Modetorheiten gehört auch der mit den Nährpräparaten getriebene Mißbrauch. Haute nouveauté sind neuerdings die „lezithinhaltigen“ Produkte der Nährmittelindustrie.

Sehr mit Recht sagt hierzu v. d. Velden: „Je mehr chemische Verbindungen man aus dem Material des tierischen Körpers herausziehen lernt, desto mehr Gelegenheit wird man haben, den Menschen mit diesen isolierten Stoffen zu ernähren. Schließlich wird die Sache aber so kompliziert werden, daß man zur Vereinfachung wieder das Material, aus dem sie herausgezogen sind, gewöhnlich Fleisch genannt, als Nahrung verabreichen wird.“

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Zur Frage der Opiumbehandlung der Perityphlitis.** Von Boas. Therapie der Gegenwart 1907, Nr. 12, pag. 529.

2. **Chlorkalklösung statt Chlorkalziumlösung.** Von Schloß. Therapie der Gegenwart 1907, Nr. 12, pag. 584.

3. **Die Hämorrhoiden und ihre Behandlung mit internen Mitteln.** Von Pickadt. Russ. med. Rundschau 1907, Nr. 9.

4. **Vorläufige Mitteilung über Röntgenbestrahlung bei Diabetes.** Von Schwarz. Wien. med. Woch. 1907, Nr. 49, pag. 2364.

1. Boas bricht erfreulicherweise eine Lanze für die interne Appendizitisbehandlung, die manchen Aerzten und sehr vielen Chirurgen bereits ein Anachronismus geworden war. Er greift das wichtigste Kapitel derselben heraus, die Opiumbehandlung und unterzieht dieselbe einer eingehenden Kritik; daß die Erfahrungen auch hier auseinandergehen, ist durch die so unendliche Verschiedenheit der Fälle (weshalb wohl auch niemals auf dem Wege der Statistik, wie z. B. der jetzt in Berlin inaugurierten, etwas Greifbares für die Therapie herauskommen wird, Ref.), ihrer Schwere und Ausbreitung bedingt.

Von allen, Gegnern und Freunden der Opiumbehandlung wird zugegeben, daß es schmerzlindernd und sedativ wirke, und zur Erreichung dieser Ziele wird Opium — und Morphium — stets seinen Platz behaupten. Eine andere Anschauung dagegen, die in den Erörterungen über die Opiumbehandlung quasi als Dogma immer weiter gegeben wurde, ist die, daß es „darmlähmend“ wirkte; das ist aber durch neuere Experimentaluntersuchungen (Pal, Magnus) entschieden widerlegt. Unbestritten natürlich ist die stopfende Wirkung des Opiums, und dieser ist nach B. nicht nur nicht ein Heilwert zuzumessen, sondern im Gegenteil eher eine Verschlechterung der Situation zu verdanken, weil, da das einzige bewußte Ziel darin besteht, daß der Eiterherd der Appendix in das Cöcum entleert wird, nicht das Vollbleiben der Därme, sondern umgekehrt das totale Leersein das Optimum für diesen Vorgang darstellt, wie nach Beobachtungen anderer auch z. B. die Perforation eines Magenulcus überraschend schnell heilt, wenn der Magen zur Zeit leer war.

Lediglich also in der Bekämpfung der Schmerzen liegt für B. eine Indikation für Opium; man soll es daher, wie auch schon Nothnagel wollte, nicht systematisch, sondern nur in kleinsten Dosen geben.

Das Opium hat nun sogar direkt schädliche Nebenwirkungen: die künstliche Narkose, wie sie von den Chirurgen so perhorresziert wird, weil sie den Zustand maskieren kann. Zur Frage, ob eine opiumlose Behandlung des appendizitischen Anfalls bessere Resultate zeitige als die Therapie mit Opium?, führt B. aus seinen eigenen Erfahrungen an, daß er in den letzten 5 Jahren, in denen er Opium gar nicht oder nur, wie oben, in kleinsten Dosen zur Schmerzstillung anwandte, keinen einzigen Patienten im Anfall verloren und keinen im akuten Anfall zur Operation gebracht hat. Verf. ist der Meinung, daß, wenn der hier dargelegte Standpunkt, wie es den Anschein hat, allgemeiner akzeptiert wird, da sich bereits mehrere Internisten im gleichen Sinne ausgesprochen haben, erstens eine leichtere Sonderung der operationsbedürftigen und der spontan in das Latenzstadium übergehenden Fälle vollziehen wird, und zweitens, daß statt der Frühoperation à tout prix mehr und mehr eine Entschließung von Fall zu Fall erfolgen wird.

2. Eine sehr zeitgemäße Warnung spricht Schloß aus, indem er darauf aufmerksam macht, daß bei Anwendung der von Boas gegen Hämorrhoidalblutungen empfohlenen 10%igen Chlorkalziumlösung per Rektum sehr oft von den Apotheken statt dieser selbst bei genauester Rezeptierung eine Chlorkalklösung gegeben wird, die ungemein reizt. Er beschreibt einen Fall, in dem bei einem Arzt sich nach Anwendung der rite verschriebenen Lösung durch Anwendung der falschen eine Verätzung der Ampulla recti bis zum Analring herausbildete, deren Heilung mehrere Wochen in Anspruch nahm. Die dann nach Wiederherstellung inaugurierte Therapie mit wirklichem, reinem Salze brachte die Blutungen prompt zum Stehen. Verf. empfiehlt daher, wie folgt, zu verordnen:

Calc. chloric. purissim. crystallisat. (cave Chlorkalk) 20,0
Aqu. destillat. ad 200,0
M. D. S. Zur Einspritzung in den Darm.

Auch Ref. hat bereits mehrfach die Erfahrung gemacht, daß falsche Lösungen in den Apotheken gegeben werden und erfahren, daß durch diese die an sich sehr brauchbare Methode in Mißkredit kam; er hat deshalb stets die Formel: $CaCl_2$ dazugeschrieben.

3. Wo aber nicht die genügende Garantie für präzise Anfertigung der Chlorkalziumlösungen gegeben ist, sowie ferner zur ambulanten Behandlung überhaupt empfahl Ref. in einem kleinen Aufsatz über „Die Hämorrhoiden und ihre Behandlung mit internen Mitteln“ die Applikation von Chlorcalcium enthaltenden Suppositorien mitdem nom de guerre „Noridalzäpfchen“. Sie enthalten außer Chlorkalzium Paranephrin (Merck), Kalz. jodat. und Perubalsam. Sie haben sich als Mittel zur Stillung nicht zu abundanter Hämorrhoidalblutungen sowie zur Linderung des Juckens und Brennens vielfach bewährt und sind leicht und bequem anwendbar. Bei Pruritus ani kann man sie erweicht als Salbe anwenden.

4. Die unbefriedigenden Resultate der Diabetestherapie lassen stets nach neuen Methoden der Behandlung ausschauen. Einen bisher unbetretenen Pfad wandelt G. Schwarz auf der Basis folgender Ueberlegung: Röntgenbestrahlung der Schilddrüse bei Basedow hat die gleichzeitige Glykosurie in von M. so behandelten Fällen zum Verschwinden gebracht. Zwischen Hyperthyreoidismus und Glykosurie besteht ein Zusammenhang, wie ja auch nach Thyreoidingebrauch Zucker auftreten kann. Da nun in einem Teil der Diabetesfälle das Pankreas affiziert ist, andererseits zwischen den Blutdrüsen Wechselbeziehungen bestehen, kann die Basedowglykosurie eine Schädigung des Pankreas durch Hyperthyreoidismus sein (? Ref.). Es besteht also ein Antagonismus zwischen Thyreoidea und Pankreas; man muß also den pathologischen Stoffwechsel verbessern, wenn man die Sekretion der Schilddrüse verringert. Und das gelingt durch Röntgenstrahlen. Auf Grund dieser etwas stark nach dem grünen Tisch schmeckenden Ueberlegungen wurden drei schwere Diabetiker bestrahlt; zwei von diesen, die schon im terminalen Stadium eingeliefert wurden, kamen ad exitum; der dritte ist „geheilt“.

Ohrenheilkunde.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ueber die Behandlung der akuten Mastoiditis mit Stauungshyperämie nach Bier.** Von A. Fröse, Hannover. Mediz. Klinik, 1907, Nr. 27. Autoreferat des Verfassers über eine Arbeit: Behandlung der Otitis mit Stauungshyperämie.

2. **Alsol in der Oto-Rhino-Laryngologie.** Von Karl Theimer, Wien. Prager medizinische Wochenschrift, 1907, Nr. 49.

3. **Zur Frage des therapeutischen Wertes des Fibrolysins in der Ohrenheilkunde.** Von Otto Vogeli, Basel. Zeitschr. für Ohrenheilkunde, 1907, Bd. LIV.

4. **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Ohre mit dem Elektromagnet.** Von G. Alexander, Wien. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, 1907, Bd. LIV.

1. So groß die Verdienste Biers durch seine Einfuhrung der Stauungshyperämie in die Chirurgie sein mögen, es kann nach allen Beobachtungen von ohrenärztlicher Seite keinem Zweifel unterliegen, daß dieselbe für die Behandlung der Mastoiditis nur mit großer Reserve dem Praktiker empfohlen werden darf. Mit Recht weist Verfasser auf teilweise recht unerfreuliche Resultate hin und verweist auf die Notwendigkeit sorgfältiger klinischer Beobachtung zur Indikationsstellung. In allem ein sehr schätzenswerter Beitrag zur Entscheidung der Frage, ob die Stauungshyperämie überhaupt für die Behandlung der Mastoiditis nennenswerte Vorteile bietet, und eher eine Warnung für den Praktiker, sie einstweilen für diesen Zweck zu benutzen.

2. Mit Wärme empfiehlt Verfasser die Alsollösung, bekanntlich eine seit mehreren Jahren in den Handel gebrachte Verbindung der vielbeliebten essigsauren Tonerde mit acid. tartar. für die Oto-Rhino-Laryngologie. Ohrtropfen von ½ bis 2%iger Lösung, Aetzungen mit 5 bis 10%iger, Inhalation mit ½%iger Lösung haben ihm bei chronischer Mittelohreiterung, bei Pharyn-

gitis und Laryngitis chronica und bei Ozaena wie bei Rhinitis hypertrophicans die besten Dienste geleistet. Referent kann so uneingeschränkt die universelle Wirksamkeit des Alsols nicht anerkennen. Dennoch unterliegt es keinem Zweifel, daß es eins der angenehmsten mild antiseptischen Mittel ist, dessen Anwendungsgebiet ein recht umfangreiches ist. Es wird kaum jemals schaden, und in vielen Fällen bewährt es sich ausgezeichnet.

3. Von Sugár-Budapest zuerst in die Therapie der Mittelohraffektionen, speziell für die Behandlung der beginnenden Otosklerose eingeführt, wurde das Thiosinamin von einer größeren Anzahl von Autoren lebhaft empfohlen. Vögeli kommt an der Hand seiner Untersuchungen bei entsprechend gewählten Fällen der Baseler Klinik zu einem völlig negativen Ergebnis. Er sah nach längerer Injektionskur mit kombinierter Behandlung (bis 25 Injektionen) keinerlei Beeinflussung des Status. Verf. ist daher günstigen Beobachtungen gegenüber sehr skeptisch.

Referent kann sich dieser Skepsis nur anschließen. Vor mehreren Jahren schon hat er die Behandlung mit Thiosinamin aufgegeben, nachdem er in zehn Fällen nicht die geringste Besserung sah. Neuere Versuche mit Fibrolysin gaben ihm leider keinen Anlaß, sein Urteil zu modifizieren.

4. Alexander berichtet über einen Fall von Fremdkörper (Eisenkugel aus dem Kugellager eines Fahrrades) im Ohr, an dem von dem zuerst behandelnden Arzte vergebliche Extraktionsversuche mittels einer Pinzette gemacht worden waren. Nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es, die Kugel mittels des Hirschbergschen Elektromagneten zu extrahieren. Dann konnte eine erhebliche Läsion des Trommelfells festgestellt werden. Das Mittelohr lag in 2 mm Ausdehnung bloß.

Alexander weist mit Recht darauf hin, wie dringend es sich empfiehlt, daß nur sehr geübte Hände mittels Instrumenten am Ohr Extraktionsversuche machen.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Neuere Arzneimittel.

Das natürliche Friedrichshaller Bitterwasser wurde in den letzten zehn Jahren von Professor Fischer zweimal jährlich analysiert. Seine Kontrollbestimmungen haben dasselbe als von „durchaus konstanter Zusammensetzung“ erwiesen. Die chemische Eigenart des Friedrichshaller Bitterwassers ist dadurch gekennzeichnet, daß es neben den Bittersalzen Chloride enthält. Dieser Eigenschaft wegen nannte es Liebig einen „Schatz der Natur von hohem Werte“, und Frerichs führte hierauf den besonderen Vorzug des Friedrichshallers zurück, „daß es noch so lange Zeit durchaus ohne Schaden getrunken werden könnte“. Dieser Vorzug des Friedrichshallers, welcher auf der glücklichen Mischung von Sulfaten und Chloriden beruht, wird sowohl in den guten balneologischen Lehrbüchern (Helft, Thilenius, Seegen, Nothnagel. Roßbach, Leichtenstern etc.), wie in der allgemeinen medizinischen Literatur (von Leyden, Guttmann etc.) allgemein anerkannt. — Als Hauptbestandteile enthält das Friedrichshaller Bitterwasser in 1000 Teilen: 5,2 schwefelsaures Natron, 6,2 schwefelsaures Magnesium, 7,9 Chlor-Natrium, 4.9 Chlor-Magnesium. — Den Herren Aerzten auf Verlangen Wasserproben gratis und franko durch die Brunnendirektion Friedrichshall Sachs.-Mein. (Berl. Aerzte-Korresp.)

Coryfin. Fabrikant: Farbwerke vorm. Bayer & Co., Elberfeld.

Pollak hat nach der Therapeut. Revue der Allgem. Wien. med. Zeitg. 1907, Nr. 51 das neue Mentholpräparat ausschließlich bei Neurasthenikern verwendet, die über Kopfschmerz in der Stirngegend oder Druckgefühl daselbst klagten, und zwar ließ er das Coryfin, eine farb- und fast geruchlose Flüssigkeit, mit einem feinen Pinsel auf den oberen Teil der Stirne auftragen, wobei darauf zu achten ist, daß das Mittel nicht den Augen zu nahe oder gar in sie hinein kommt. Nach kurzer Zeit stellt sich unter Auftreten eines angenehmen Kältegefühls ein Nachlassen der Beschwerden prompt ein.

Krüger-Magdeburg.

Bornyval. Fabrikant: J. D. Riedel, chem. Fabrik, Berlin. Abraham-Berlin hat mit Bornyval, wie er in der Therapie der Gegenwart, September 1907, berichtet, größere Versuche gemacht und fand die kongestive Dysmenorrhoe durch das Mittel sehr günstig beeinflußt. Diese unterscheidet sich dadurch von der mechanischen Dysmenorrhoe, daß sie mehrere Tage ante menses mit heftigen Schmerzen im Unterleib einsetzt, die meist bei reichlichem Abfluß des Menstrualblutes aufhören. Ein günstiges Indikationsfeld für Bornyval ist das Klimakterium, besonders das Klimakterium praecox nach Exstirpation der Ovarien. In fünf von neun Fällen hat A. auch das morgendliche Erbrechen der Schwangeren beseitigt, indem er die Graviden morgens nüchtern im Bett eine Perle einnehmen und sie erst nach einer halben Stunde aufstehen ließ. Auch bei psychischen Alterationen in der Schwangerschaft, Weinkrämpfen, Schlaflosigkeit, Angstgefühlen, wirkte das Bornyval gut, das A. mit einem warmen Getränk schlucken ließ. Die Dosis war dreimal täglich eine Perle, bei den Dysmenorrhöen acht Tage vor Beginn der Menses bis zum dritten Tage vor ihrem Eintritt. Bei Amenorrhöe, Graviditäts- und klimakterischen Beschwerden wurde Bornyval monatelang gegeben, immer 14 Tage lang mit ebenso langen Pausen.

Krüger-Magdeburg.

Mergal. Fabrikant: J. D. Riedel, chem. Fabrik, Berlin. Mergal, von Boß in Straßburg eingeführt, ist die Verbindung von Cholsäure mit Quecksilberoxyd. Seine Erfahrungen an dreißig Syphilitikern faßt Hogge-Lüttich zu folgenden Schlüssen zusammen (Deutsche Medizinalzeitg. 1907, Nr. 56):

1. Das Mergal ist angezeigt bei allen Formen von Syphilis, seien sie sekundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direkt lebensgefährliche Symptome äußert, wie Gehirn- und Rückenmarksyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen usw., wird man mehr energisch wirkende Kuren vorziehen.

2. Das Mergal eignet sich vorzüglich zur chronisch-intermittierenden Behandlung im Sinne Fournier-Neißer. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Spätererscheinungen eine häufige Behandlung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal.

3. Das Mergal ist zu empfehlen bei den sogen. parasyphilitischen Erkrankungen, also bei der Tabes und der Paralyse.

Die Ergebnisse zweijähriger Versuche lassen sich in folgende Sätze zusammenfassen:

a) Das Mergal ist ein gutes innerliches Antiluetikum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt wie eine Inunktions- oder Injektionskur.

b) Es wird vom Verdauungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken oder Durchfälle und keine Nierenreizung. Es kann demgemäß monatelang genommen werden.

c) Aus der spezifischen Mergalkur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.

4. Die Mergalkur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Patienten nicht in seinem Beruf, verursacht ihm keine Belästigungen, keine Schmerzen, und was sehr wichtig ist, sie läßt sich überall diskret durchführen.

Auch Saalfeld, Keil, Leistikow und M. v. Zeißl sprechen sich lobend über Mergal aus.

Es empfiehlt sich, bei der Mergalkur möglichst stopfende Speisen nehmen zu lassen, Mehlsuppen, Mehlspeisen, Kakao, Schokolade, Rotwein etc., daneben warme Bäder, Ruhe, viel Schlaf, Aufenthalt in freier Luft usw. Krüger-Magdeburg.

Yoghurt. Unter dem türkischen Namen Yoghurt wird, wie Prof. Strzyzowski-Lausanne in den Therapeut. Monatsheften 1907, Nr. 10, berichtet, in Deutschland, Frankreich und anderen Ländern ein halbflüssiges, säuerlich schmeckendes Milchpräparat empfohlen, das mittels eines Gerinnungsfermentes, „Maya“ genannt, wie Kumys oder Kefir bereitet wird und als

Heil- und Nährmittel dienen soll. Die Herstellung geschieht in der Weise, daß gewöhnliche Milch etwas eingedampft und in Töpfe geschüttet wird. Sobald sie sich auf ca. 50 ° C. abgekühlt hat, wird sie mit Maya versetzt und in kühler Jahreszeit an einem warmen Orte aufbewahrt. Nach acht bis zwölf Stunden ist die Masse reif, d h. es soll ein etwas dünnflüssiger Pudding von säuerlichem Wohlgeschmack entstanden sein, der entweder pur oder mit Zucker bestreut gegessen werden kann. Der Vorzug des Yoghurt soll darin bestehen, daß es die schädlichen Wirkungen der den Darm bevölkernden Mikroben paralysiert und den Organismus vor Autointoxikationen schützt. Verf. kennt den Yoghurt von Jugend auf und hat ihn in Bulgarien oft genossen. Ihm sind aber die Vorzüge dieser Sauermilch als Heilmittel und Prophylaktikum oder als lebensverlängerndes Mittel ganz unbekannt. Die Wirkung eines frischen Yoghurt auf die Darmbakterien hält er nicht für unmöglich; ob sie bei dem mit Maya gewonnenen Yoghurt die gleiche ist, bezweifelt er auf Grund seiner Untersuchungen mit aus Bulgarien frisch zugesandter Maya und mit der „Maya-Dr. Trainer“ oder den „Yoghurt-Tabletten-Dr. Trainer“ der Firma O. Mühlradt-Berlin. Wenn man nämlich einen Eßlöffel eines drei bis fünf Tage alten Yoghurt zu $^1/_2$ l fünf Minuten lang gekochter und auf ca. 50 ° abgekühlter Milch sorgfältig zumischt und letztere an einem warmen Ort aufbewahrt, so tritt nach acht bis zwölf Stunden die erwünschte Gerinnung ein. Ganz andere Ergebnisse traten aber bei Verwendung der „Maya-Dr. Trainer“ zu Tage; denn es konnte niemals bei genauem Einhalten der Zubereitungsvorschrift ein echter Yoghurt hergestellt werden. Meist war die Milch nach der vorgeschriebenen Zeit noch flüssig. Verf. warnt deshalb davor, minderwertige Fabrikerzeugnisse zu empfehlen.

Ueber Yoghurt berichtete ferner Piorkowski in der Berliner Medizinischen Gesellschaft (Sitzungsbericht in der Berl. Klin. Wochenschr. 1907, Nr. 48). Nach einer geschichtlichen Uebersicht und Beschreibung der Herstellung des echten und des mit Präparaten hergestellten Yoghurt wendet sich Vortr. zu seinen Untersuchungen mit dem Laktobazillin (einem Pariser Präparat) und dem Hellersdorfer Präparat (d. i. trinkfertige Yoghurt-Milch) in bakteriologischer Hinsicht. Wie Metschnikoff ist auch ihm die Isolierung einer im Yoghurt besonders wirksamen Bazillenart neben einer Streptokokken- und einer Diplokokkenart gelungen. Alle drei Arten fand er sowohl im Laktobazillin wie in dem Hellersdorfer Präparat. Dann verbreitete er sich über die bakteriologischen Eigenschaften der Yoghurt-Bazillen. Gegenüber dem Kefir lobt er beim Yoghurt den Mangel an Alkohol, was Patschkowski in der Diskussion bestreitet. Dieser hat an 90 bis 100 Fällen sowohl Yoghurt-Milch als auch die Mühlradtschen Yoghurttabletten angewendet und ist über die Wirkung befriedigt. Im Schlußwort bemerkt Piorkowski noch, daß er „Satten“ hergestellt habe mit Hilfe der Tabletten oder der dickflüssigen Milch, indem er frische Milch bis zur Hälfte eindickte, mit dem Präparat versetzte und bei 30 bis 45 ° C 12 bis 20 Stunden stehen ließ. Diese Satten seien infolge ihrer Konzentration nahrhafter als dickflüssige Milch, ihr Milchsäuregehalt sei ein höherer. Manchen Kranken sei jedoch die dickflüssige Milch in Flaschen lieber. Er hat von der Milch selbst Kindern bis zu $^1/_2$ l, Erwachsenen 1 l und mehr gegeben, am besten früh nüchtern und mittags und abends nach den Mahlzeiten.

Krüger-Magdeburg.

Referate.

Referent: Dr. **W. F. Krüger**, Magdeburg.

1. **Die Anwendung von reinem Ichthyol bei Epididymitis gonorrhoica.** Von Dr. Caesar Philip in Hamburg. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 41.

2. **Therapeutische Erfahrungen mit „Barta“ bei Neurasthenie, Hysterie, Impotenz.** Von Dr. Schütte in Magdeburg. Monatsschrift f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene 1907, Heft 9.

3. **Soxhlets Eisen-Nährzucker und Eisen-Nährzucker-Kakao.** Von v. Boltenstern in Berlin. Deutsche Aerzte-Zeitung 1907, Heft 22.

1. Verf. verordnet in schweren Fällen des akuten Stadiums bei Epididymitis gonorrhoica Bettruhe, Hochlagerung der Testikel und kalte Umschläge und nur in ganz leichten Fällen ein Suspensorium, wenn Pat. sich nicht ganz seiner Beschäftigung entziehen kann. Wenn nun die schweren Erscheinungen, Fieber, Schwellung und Schmerz bei der genannten Therapie geschwunden sind, wendet Verf. mit Erfolg Ichthyol in folgender Weise an: Die erkrankte Skrotalhälfte nebst der Hautpartie über dem Samenstrang bis über die Leistenpforte hinaus wird dick mit reinem Ichthyol eingepinselt und darüber ein zusammenhängendes, mäßig dickes Stück Watte gelegt. Ueber das Ganze kommt ein gewöhnliches, straffsitzendes Suspensorium. Die Watte verklebt mit dem Ichthyol und der Haut und bildet so nach kurzer Zeit einen festen Kompressivverband. Dadurch, daß die Haut uber dem Samenstrang zusammen mit der Skrotalhaut in eine feste Schale gelegt ist, ist ein Zerren des Hodens und des erkrankten Nebenhodens am Samenstrang unmöglich gemacht und damit der ersten Forderung für einen gutsitzenden Verband bei Epididymitis Genüge geleistet. Ein Rasieren des Skrotums ist nicht erforderlich; es genügt, die Haare kurz zu schneiden. Nach vier bis fünf Tagen wird der Verband in warmem Wasser aufgeweicht und erneuert.

Das Ichthyol bewährt sich hier wieder als Antiphlogistikum und Resorbens; das Infiltrat geht schnell zurück, die Schmerzen verschwinden prompt, trotzdem die Kranken umhergehen. Verf. verwendet das Ichthyolammonium der Ichthyolgesellschaft Cordes, Hermann & Co.

2. Verf. beschreibt an sieben näher angeführten Krankengeschichten seine Erfahrungen mit „Barta“, von dem er günstige Wirkungen bei den angeführten Krankheiten, besonders bei Impotenz, gesehen haben will. Die wirksame Substanz des Barta soll das Aphrodisiakum „Extractum Damianae“ sein, dem noch „eine Verbindung von Phosphor“ beigefügt ist, „also eines Stoffes, der Bestandteil der Nervensubstanz ist und infolgedessen dazu beitragen muß, einen vorhandenen Mangel an solchem auszugleichen“. Verf. nennt dieses in seiner genauen chemischen Zusammensetzung nicht ausfuhrlicher bezeichnete Präparat „eine Art von Nervennahrung“. Es existieren davon „drei Stärken“ in Tablettenform. Stärke „einfach stark“ wird bei zeitweiser Schwäche jüngerer Personen angewendet, drei- bis viermal tägl. ein bis zwei Tabl.; „zweifach stark“ bei chronischer Schwäche, drei- bis viermal tägl. eine Tabl.; „dreifach stark“ wird „da angewandt, wo ein prompter Erfolg erwünscht ist“, aber nur wenige Tage zwei- bis dreimal tägl. eine Tabl.

Ob die günstigen Erfolge, die Verf. gesehen hat, auf die Wirkung dieses Mittels oder auf eine Art Suggestion zurückzuführen, oder den allgemeinen diätetischen und hygienischen Maßnahmen, die gleichzeitig verordnet waren, zuzuschreiben sind, ist zweifelhaft.

3. Wir entnehmen dem Aufsatz Folgendes: Der Eisen-Nährzucker ist ein weißgelbes, in Wasser leichtlösliches Pulver von angenehmem Malzgeruch und -geschmack. Seine Süßigkeit beträgt nur den vierten Teil des Milchzuckers. Maltose und Dextrin im Verhältnis 1 : 1 mit einem Gehalt von 0,7 % Ferrum glycerin. phosphor. sind vorzugsweise an der Zusammensetzung des Präparates beteiligt, das — weil ein Umwandlungsprodukt der Stärke — leicht im Säuglingsdarm assimiliert und resorbiert wird und wegen seines geringen Maltosegehaltes den Darm nicht reizt.

Der Eisen-Nahrzucker-Kakao ist ein bräunlich-gelbes Pulver, das aus sechs Teilen salzfreien Nährzuckers und einem Teil Kakaopulver mit einem Zusatz von 10 % Ferrum oxydat. saccharat. solubil. besteht. Dieses Präparat ergibt, in Wasser verrührt, ein braunschwarzes Gemisch, das, der Milch hinzugesetzt, eine etwas dunklere Farbe als die des gewohnlichen Milchkakao infolge des Eisengehaltes beibehält.

Nach den Erfahrungen Grünfelds an zehn Kindern vom ersten Lebensmonat bis zu 1$^1/_2$ Jahren stellt Soxhlets Eisen-Nährzucker ein sehr brauchbares Zusatzpräparat zur Milch dar, besonders bei Dyspepsie und Gastro-Enteritiden mit großem Gewichtsverlust. Es empfiehlt sich, sobald die akuten Erscheinungen, gehäufte Entleerungen, Erbrechen, Temperatursteigerungen, abgeklungen sind, erst mit kleinen Mengen (20 bis 30 g) zu beginnen und die Verdauung zu kontrollieren; denn schon bei größeren Mengen (50 bis 70 g) tritt öfters Obstipation auf, die durch Mikroklysmen oder Milchzucker leicht zu bekämpfen ist. Wegen der Schwierigkeiten, die die kindliche Anorexie macht, ist fortgesetzte Darreichung von mehrmals täglich 0,2 bis 0,5 Ferrum glycerin. phosphor. zweifellos von Einfluß auf Appetitlosigkeit, wobei nach Grünfeld als Grundlage unseres therapeutischen Handelns in der Kinderheilkunde die Einhaltung der Mahlzeiten in Zwischenräumen von 2 ½ bis 3 Stunden zu betrachten ist.

Der Nährzucker-Kakao ist auch für Erwachsene ein Mastmittel, sein Gehalt an Ferr. oxydat. saccharat. ist günstig für die Hebung des Appetits. Die Zubereitung ist die des gewöhnlichen Kakaos; davon zwei- bis dreimal täglich eine Portion in Milch zu reichen.

Klautsch (Deutsche med. Presse, 1907, Nr. 4) gab den Eisen-Nährzucker bei älteren Säuglingen kaffeelöffelweise ausschließlich als Zusatz zur Milch; den Eisen-Nährzucker-Kakao ließ er bei Kindern, die über das erste Lebensjahr hinaus waren, teils mit Wasser, teils mit Milch, wie gewöhnlicher Kakao gekocht, zweimal täglich verabreichen. Auch dieser Autor sah nur günstige Erfolge von den beiden Präparaten.

Mitteilungen aus der Praxis.

Referent: Dr. **W. F. Krüger,** Magdeburg.

Jodoformgaze. Folgende Vorschrift zur Herstellung von Jodoformgaze wurde auf dem V. pharmaz. Kongreß in Mailand (Sommer 1907) angegeben:

Rp. Jodoform 3,33 g,
Elemi 0,05 g,
Ol. Ricini 0,1 g,
Aceton (p. sp. 0,83) 52 g,
Telae 1 m.
(Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 100.)

Tanaka. Nach einer japanischen Quelle wird als wirksam gegen Würmer Tanaka, ein Präparat aus Digenia simplex angegeben. Das Mittel wird innerlich oder als Klystier angewandt:

I. Rp. Decoct. Digeniae 20,0,
Decoct. fol. Sennae 5,0,
D. S. 3 mal tgl. auf 2 Tage.
II. Rp. Decoct. Digeniae 50,0/500,0.
D. S. 1 mal jed. Abend 1 Klystier.
(Med. Klin., 1907, S. 1471.)

Technische Neuerscheinungen.

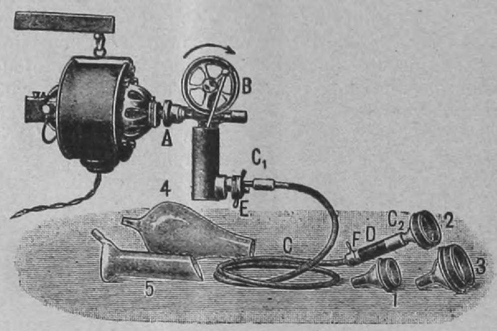
Verstellbare Krücke.

Eine verstellbare Krücke ist von Rob. Schmidt, Berlin, angegeben worden. Dieselbe zeichnet sich vor den alten Modells dadurch aus, daß man beliebig durch einen Handgriff den Schaft derselben verlängern oder verkürzen kann, also die Krücke sowohl für einen großen als auch für einen kleinen Menschen brauchen kann. Der Schaft besteht aus einer Zahnstange, welche in einem entsprechenden Stahlrohr, das gespalten durch einen Spannring geschlossen und geöffnet werden kann, nach oben und unten gleitet. Will man die Krücke verlängern, so öffnet man das Spaltrohr durch den Spannring und zieht den inneren Teil des Schaftes so weit aus, bis die gewünschte Länge erreicht ist. Dann fixiert man das ganze wieder durch den Spannring. Ferner kann der Handgriff der Krücke ebenso verstellt werden, je nach der Länge des Armes oder dem Wunsche des Kranken. Diese Krücke ist entschieden ein Fortschritt und vor allem für Krankenhäuser und Kliniken zu empfehlen, wo die vorhandenen Krücken zeitweise den Patienten verliehen werden, und wo man nicht so viel verschieden lange Krücken anschaffen will, daß sie für alle Kranke ausreichen.

W. B. Müller, Berlin.

Die Universal-Luftpumpe.

Die Universal-Luftpumpe nach Prof. Zabludowski stellt ein äußerst vielseitiges Instrument dar. Die Pumpe selbst, deren Konstruktion aus der beistehenden Figur leicht zu ersehen ist, wird mit einem Elektromotor verbunden. Man kann sie aber auch in Ermangelung der Elektrizität mit einem Handmotor, Schwungrad oder Tretvorrichtung in Bewegung setzen. Von der Luftpumpe führt ein Schlauch C weg, an welchen die verschiedenen Ansätze angefügt werden können. Diese Ansätze werden durch Gas- oder Metallkonusse sehr rasch, leicht und luftdicht angefügt und können ohne Mühe und rasch ausgewechselt oder umgetauscht werden. Am Abgange des Schlauches ist ein Drehschieber E angebracht, welcher durch eine kurze Drehung die Funktion der Pumpe ändert und so den Apparat als Saug- oder Preßluftpumpe verwenden läßt. Durch rasches Wechseln dieses Drehschiebers kann man auch beide Arten in raschem Wechsel gebrauchen. Weiter ist ein Drehschieber F dicht vor dem Griff des Schlauches am Konusstück für die Ansätze vorhanden, durch welchen man die Intensität der Saug- oder Druckkraft ändern kann. Man kann durch denselben sehr genau dosieren. Es ist von besonderem Werte, daß dieser Dosierungsschieber dicht am Ansatz angebracht ist, weil man dabei durch die Glasansätze hindurch die behandelte Körperstelle beobachten kann, also das Auge nicht abzuwenden braucht, wenn man die Intensität der Einwirkung ändern will, denn der Grad der Intensität muß mit dem Auge festgestellt werden. Diese Pumpe wird von Ernst Utecht in Braunschweig fabriziert und kostet gebrauchsfertig ohne Motor mit Schlauch und Griff D, aber ohne die Ansätze 100 M. Die einzelnen Ansatzstücke sind billig zu haben und spielen im Preis keine Rolle. Die Verwendbarkeit des Apparates ist eine äußerst vielseitige, überall da, wo man Luftleere oder komprimierte Luft braucht, ist derselbe am Platze, so z. B. zum Absaugen der Luft aus den großen Bierschen Saugapparaten (Hand- und Fußsaugapparate) für Absaugung von Sekreten, zur Anwendung von Massage und dergleichen mehr.



W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Das rumänische Bäderbuch. Von Aurel Scurtu.

Zu den therapeutischen Hilfsmitteln gehören seit den ältesten Zeiten bis heute die Bäder und Kurorte. Die Verhältnisse haben sich nur insofern verschoben, als früher meist nur Badeorte der Umgegend ausgewählt wurden, heute aber bei den verbesserten Hilfsmitteln die Entfernungen keine Rolle mehr spielen. Auch in alter Zeit wurden zu Badereisen schon ziemlich große Entfernungen überwunden, so daß die alten Römer bis nach Aegypten wegen klimatischer Kuren gingen. Im Mittelalter hören wir von zahlreichen Engländern, die nach Pyrmont zum Badeaufenthalt kamen. Heute gehen Engländer nach Aegypten oder selbst Südafrika, um die verlorene Gesundheit wieder zu erlangen. In dieser Entwicklung rücken auch die Bäder Rumäniens in den Gesichtskreis von Westeuropa. Die schönen und hochinteressanten Bäder des Kaukasus haben ja in letzter Zeit durch die politischen Verhältnisse Rußlands vorläufig an Interesse verloren. Alle neuerschlossenen bequemen Landverbindungen weisen aber nach dem Osten und Südosten. Die Badeorte des türkischen Reiches können noch nicht in den Wettbewerb mit den Bädern des Westens eintreten. Alle diese Verhältnisse liegen ungemein günstig für die rumänischen Bäder. Es ist darum wohl zu verstehen, daß sich die rumänischen Badeorte in jeder Weise bekannt machen wollen. Das zweckmäßigste Buch dafür ist die Calauza statiunilor balneare si climaterice din Romania, die von dem rührigen und bekannten Mitgliede des rumänischen Apothekervereins Aurel Scurtu in Giurgiu verfaßt und in Bukarest erschienen ist.

Für eine Landreise nach dem Orient kommt vorläufig in erster Linie die Schnellzugslinie Wien-Konstantinopel in Betracht. Diese führt freilich durch Serbien und läßt Rumänien weit links liegen. Aber jene Routen, die über Szegedin an das Schwarze Meer führen, durchschneiden Rumänien. Im Süden wird Rumänien von dem reichen Donautieflande begrenzt. Hier fehlen natürlich erwähnenswerte Badeorte von einiger Bedeutung. Nach dem Nordwesten wird aber Rumänien in einem großen konkaven Bogen gegen Siebenbürgen und Ungarn durch die Wasserscheide der transsylvanischen Alpen wenigstens politisch begrenzt. Der Volksstamm der Rumänen überschreitet diese Grenze weit, so daß, abgesehen von den Siebenbürger Sachsen, dieses ganze Gebirgssystem als rumänisch betrachtet werden kann. Hier in den Abhängen nach Südosten, die von der Morgensonne bestrahlt werden, also im Königreich Rumänien selbst, liegt ein reicher Kranz von Badeorten, vielfach in wildromantischen, stark bewaldeten Tälern. Die Grenze des Landes nach Südosten bildet das Schwarze Meer, an dem auch noch einige Seebäder in der sogenannten Dobrudscha liegen. Was die Türkenherrschaft hier in Jahrhunderten verändert hat, suchen die Rumänen wieder der alten Westkultur zurückzugewinnen. Wir sehen es schon an den Namen. Auf rumänischem Gebiete kann vom Westen das Schwarze Meer in direkter Eisenbahnverbindung gewonnen werden, in einer Stadt, die bei den Türken den Namen Köstendsche erhalten hatte; von den Rumänen wurde sie wiederum in Constanza zurückbenannt. Hier liegen nicht allzuweit die Seebäder Mamaia, Tekir-Giol und Mangalia, von denen Tekir-Giol das bedeutendste, die beiden anderen aber Seebäder in unserem Sinne sind. Auch Constanza und Sulina sind Seebäder. Die Reise bis dorthin ist ja allerdings weit. Aber die Fahrpreise auf den österreichischen und ungarischen Bahnen sind sehr niedrig und auch das tägliche Leben in den rumänischen Bädern ist wesentlich niedriger als in den heimischen Bädern. Mancher auch nicht allzu Begüterte, der ein Seebad im Sommer aufzusuchen gewohnt ist, dürfte sehr befriedigt zurückkehren, wenn er einmal ein rumänisches Bad zur Abwechslung gewählt hat. Allerdings vor einem Gewimmel aller Nationen des Orients, einschließlich der Zigeuner, darf er keinen Abscheu haben. In der Auswahl wird der stets freundliche und für sein Vaterland begeisterte Aurel Scurtu in Giurgiu, dem Dschurdschewo der Türken, gerne behilflich sein, der auf deutsche Anfragen fließendes Deutsch antwortet. Die hier gemachten Nebenbemerkungen gelten auch für die anderen Bäder von Rumänien.

Warme Mineralquellen besitzt Rumänien nur wenige und durchweg nur in kleineren Badeorten. Warm ist Siriu, halbwarm eine Quelle in dem schon erwähnten Mangalia, dann Star-Kiojd (36° C), Tintea (sprich Zintea, 25 bis 30° C) und Bivolari (24° C). Kochsalzquellen sind: Balzazesti, Jitia, Ocnele-Mari, Oglinzi, Poiana-Marului, Sarata-Bacau, Slanic-Prahova, Taslau, Telega-Doftana. Einfach alkalinisch ist Caciulata, alkalinisch-muriatisch: Borca, Cozia-Paussa, Hangu, Slanic-Moldova. Jod- und Jod-Kochsalzwässer: Govora, Meledic, Nastasachi, Olanesti, Predealu, Sarata Monteoru und Vulcana. Schwefelquellen: Basca Penteleu, Bradezu, Campina, Pucioasa, Strunga. Schwefeljodkochsalzquellen: Bobocii, Bughea, Calimanesti, Neamzu (Bezirk Manastire), Olanesti, Sacelu, Vizantea, Zavoiu. Bitterwässer: Balzazesti, Breazu, Cozla P. Neamzu, Mircea Iassi, Olanesti, Vailuza. Eisenwässer: Predeal, Slanic-Moldova, Strunga, Umbraresti. Arsenquelle: Dorna.

Als Süßwasserbäder sind besucht: Balta-Alba, der See Agigiol, See Amara, See Fundata, See Sarat, See Tekir-Giol und Lazu. Dazu kommt noch eine ganze Reihe von klimatischen Kurorten und Sommerfrischen.

Ueber alle gewünschten Einzelheiten gibt auch schon das Buch von Scurtu in übersichtlicher Weise Auskunft. Es ist im Text reichlich von Abbildungen der Badeorte und ihrer Umgebungen unterbrochen. v. Oefele, Neuenahr.

Die Röntgentechnik. Von Davidsohn. Ein Hilfsbuch für Aerzte (74 Seiten, 13 Abbildungen im Text, 12 Tafeln). Preis 6 M. Verlag von S. Karger, Berlin.

Das kleine Werk gibt eine kurze Darstellung der physikalischen Grundlagen, des Instrumentariums und der Technik der Röntgenographie in klarer und leichtverständlicher Form. Die Therapie ist etwas stiefmütterlich behandelt. Im ganzen kann das Buch — besonders auch wegen seiner Kürze — dem empfohlen werden, der schnell über Röntgen-Instrumentarium und -Technik die notwendigsten Kenntnisse sich aneignen will. Mehr hat der Verf. nicht bieten wollen und in diesem Umfang auch kaum bieten können; recht gut sind die Tafeln, welche als „normale Vergleichsobjekte für die am häufigsten vorkommenden Aufnahmestellungen" dienen sollen. Etwas zu hoch erscheint dem Referenten der Preis von 6 M. für das doch immerhin wenig umfangreiche Werk. H. E. Schmidt-Berlin.

ALLGEMEINES.

Präparat oder Zubereitung. Eine namentlich für den Drogenhandel wichtige Entscheidung fällte die Bonner Strafkammer in ihrer Sitzung vom 12. Oktober 1907. Der Kaufmann und Mineralwasserfabrikant M. H. betreibt mit seiner Frau in Münstereifel (Rhld.) eine Drogerie, in der er u. a. auch: 1. Tinct. Cinnamomi, 2. Tinct. Gentianae, 3. Tinct. aurant. 4. Tinct. absynt. 5. Tinct. aromatica, 6. Tinct. amara, 7. Acidum benzoicum, 8. Unguentum pedicolorum als Heilmittel feilgehalten haben sollte, ohne die erforderliche Konzession hierzu zu besitzen. Wegen Uebertretung des § 367, 3 des St. G. B. und der Kaiserl. Verordnung vom 22. Februar 1906 unter Anklage gestellt, wurde H. vom Schöffengericht zu Rheinbach laut Urteil vom 18. Januar 1907 freigesprochen. Auf die vom Staatsanwalt eingelegte Berufung hin nahm die Bonner Strafkammer in ihrer Sitzung vom 18. April 1907 die angeklagten Eheleute in eine Geldstrafe von je fünf Mark speziell wegen des Verkaufs von Unguentum pedicolorum, indem sie den Ausführungen der Sachverständigen beitrat, daß diese Quecksilbersalbe ein Gift im Sinne der Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906 sei, mithin eine Uebertretung des § 367, 3 des St. G. B. als erwiesen gelte. Dieses Urteil wird von den Angeklagten durch Berufung an das Kammergericht Berlin angefochten unter folgender Begründung: Das Gericht habe irrtümlich angenommen, die Anwendung des § 367, 3 St. G. B. habe einen Dolus nicht zur Voraussetzung. Aus E. d. R. G. vom 3. XI. g. 1. Band 22, S. 197 und 198, erhellt, daß das Vorhandensein des Dolus unerläßliche Bedingung der Strafbarkeit aus § 367, 3 sei. Aus dem Wortlaut des Urteils, in dem das Gericht zwischen dem „Gutachten" des Sachverständigen und der „Auffassung" des Angeklagten unterscheidet und aus dem Freispruche erster Instanz, sowie aus zahlreichen freisprechenden Urteilen verschiedener Gerichte, auch des Kammergerichts, läßt sich wohl das Vorhandensein einer bona fides des Angeklagten schließen. In der Verhandlung vom 6. September 1907 gab das Kammergericht der Revision des Angeklagten unter der Begründung statt, daß die Annahme der Vorinstanz, Unguentum pedicolorum falle auch dann unter die Quecksilberpräparate der Abteilung 1 des Giftverzeichnisses, wenn es nur die Zubereitung eines solchen Präparates sei, als Rechtsirrtum angesehen werden müsse, denn wo auch die Zubereitungen eines bestimmten Giftes als giftig gelten sollten, ist das bei zahlreichen Giften der Abteilungen 1 und 3 ausdrücklich hervorgehoben worden. Da dies bei den Quecksilberpräparaten nicht der Fall ist, so sind Zubereitungen von Quecksilberpräparaten als giftig im Sinne des § 367, 3 des St. G. B. in

Preußen nicht anzusehen. (Vgl. Lebbin, Verkehr mit Heilmitteln und Giften, Berlin 1900, S. 275 f.) Das Gericht hob das vorinstanzliche Urteil behufs Feststellung, ob das Unguentum pedicolorum ein Quecksilberpräparat oder nur die Zubereitung eines solchen ist, auf und verwies die Sache an das Berufungsgericht zurück. Es erfolgte nun, wie eingangs gesagt, am 12. Oktober 1907 ein neuer Termin vor der Strafkammer zu Bonn, der mit der kostenlosen Freisprechung des Beklagten endete. Das Gericht führte dabei aus, daß eine Verurteilung des Angeklagten nur dann eintreten könne, wenn anderweitig festgestellt wird, daß Unguentum pedicolorum ein Quecksilberpräparat und nicht bloß die Zubereitung eines solchen ist. Der in der Berufungsinstanz erneut vernommene Sachverständige Kreisarzt Dr. Meder, auf dessen Gutachten sich im wesentlichen das frühere Urteil der Berufsinstanz stützte, hat nunmehr selbst erklärt, daß er das frühere Gutachten nicht in vollem Umfange aufrecht erhalten konne. Es sei ihm zweifelhaft geworden, welcher Unterschied zwischen Präparaten und Zubereitungen zu machen sei. Eine anderweitige Feststellung, daß die betr. Salbe ein Quecksilberpräparat sei, könne er nicht treffen. Krey, Köln.

Düsseldorf. Der Haushaltsplan der Allgemeinen Krankenanstalten und der Akademie für praktische Medizin beruht auf der Voraussetzung, daß das Krankenhaus in diesem Jahre mit 800 Betten voll ausgebaut ist. Für das vorige Jahr war mit einer Belegung von 500 Betten gerechnet, wahrend für dieses Jahr mit einer Belegung von 700 Betten gerechnet werden muß, Der Privatpavillon rechnet, wie im Vorjahre, mit 50 Betten. Gegenwärtig sind an den Krankenanstalten 30 Aerzte tätig. Für dieses Jahr wird sich diese Zahl voraussichtlich auf 36 erhöhen. Von den Aerzten sind etwa 30 für den eigentlichen Krankenhausbetrieb notwendig, die übrigen für das pathologische Institut und das Institut für experimentelle Therapie. Im Etat findet eine getrennte Verrechnung statt zwischen den Einnahmen und Ausgaben aus dem wirtschaftlichen Betrieb, sowie den Einnahmen und Ausgaben aus dem ärztlichen Betrieb. Außerdem ist für jede einzelne Klinik bezw. Abteilung eine besondere Rechnung aufgestellt. Der Etat schließt ab in Einnahme mit 910 000 M. und in Ausgabe mit 1 297 000 M. Das Bedürfnis stellt sich mithin auf 387 000 M., gegen 210 000 M. im Jahre 1906.

Krey, Köln.

Münster (Westf.). Ein wie erträgliches Geschäft die Wunderdoktorei ist, zeigte eine Verhandlung vor der hiesigen Strafkammer gegen den Heilkundigen Garthaus aus dem benachbarten Wolbeck wegen Steuerhinterziehung. G., der hier als „Wolbecker Doktor" allgemein bekannt ist, war beschuldigt, in seiner Steuererklärung für das Jahr 1906 sein Einkommen aus seiner Tätigkeit als Heilkundiger, das auf 20 bis 25 000 M. jährlich geschätzt wird, nicht angegeben zu haben, in der Absicht, dadurch seine Steuer zu verkürzen. G.s Vater war Landwirt, er selbst hat eine besondere Schulbildung oder gar akademische Bildung nicht genossen. Seine Weisheit, die er seit beinahe 20 Jahren verzapft, hat er angeblich von einem früheren Lehrer oder aus Büchern. Sie besteht in der Hauptsache darin, daß er am Urin sehen will, was seinen Patienten fehlt. Ueber seine Methode sowie seine Erfolge gehen die Meinungen sehr auseinander. An den Sprechtagen, die er wöchentlich abhält, kommen Leute aus allen Gegenden herangepilgert. Er selbst schätzt seine Einnahme an jedem Sprechtag auf etwa 50 M. Stellenweise kommen 100, 200 und noch mehr Leute an einem Tage zu ihm. Außerdem hat er im letzten Jahre nicht weniger als 1835 Postsendungen abgefertigt. Soweit in der Verhandlung bekannt wurde, verfertigt er seine Medikamente (Pulver) aus Rizinus, Hirschtalg, Pfefferminz, Kümmel, Soda, Hollunder usw. Eine genaue Feststellung über die Höhe seines Einkommens aus dieser gewinnbringenden Beschäftigung ließ sich nicht treffen, da er Honorar nicht fordert und keine Bücher fuhrt. Das Gericht nahm, trotzdem er beinahe ein halbes Jahr krank war, ein Einkommen von 9000 M. an und erkannte auf eine Geldstrafe von 1812 M. Krey, Köln.

Desinfektorenprüfungen. An der Landesdesinfektorenschule fur das Königreich Sachsen in Dresden wurden im Jahre 1907 in 10tägigen Kursen 96 Desinfektoren staatlich approbiert, darunter 2 für Böhmen. 5 Schüler haben nicht bestanden, 10 vermochten dem Unterricht nicht zu folgen und schieden daher vor dem Examen freiwillig aus. Nahezu die Hälfte der Schüler gehörte dem Schutzmannberufe an, die andere Hälfte setzte sich aus selbständigen Gewerbetreibenden, Arbeitern, Wegewärtern, Gemeindedienern, Krankenpflegern und subalternen Verwaltungsbeamten zusammen. Die günstigsten Zensuren erhielten die Schutzleute, die schlechteren die Wegewärter und Gemeindediener. Ausschlaggebend dafür ist vor allem das Alter der Schüler, denn von den Schülern im Alter von 21 bis 30 Jahren erhielten 52 Proz., von denen im Alter von 31 bis 40 Jahren 45 Proz. und von den über 40 Jahre alten nur 22 Proz. die ersten beiden Zensuren. Dieselben Erfahrungen hat man bekanntlich auch in Preußen gemacht. Seit Anfang dieses Jahres hat man daher dort die Altersgrenze auf 45 Jahre für die auszubildenden Desinfektoren festgesetzt. (Münch. Med. Woch. 1907, Nr. 51.)

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma Heinrich Brust, Verbands-Patent-Bureau, Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt. Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patent-Anmeldungen.

30 d. Uteruspessar mit hohlem Schaft und einer Verdickung am Schaftende. Friedrich Schneider, Berlin, Barnimstr. 40.

Gebrauchsmuster.

30 a. Aus schrägstehenden, an Hebelarmen befestigten und durch Druck insgesamt nach einem Punkte radial beweglichen Nadeln bestehendes Instrument zur Entfernung von Warzen und anderen Hautauswüchsen auf elektrolytischem Wege. Werner Otto, Berlin, Friedrichstr. 131.

30 a. Nähmaterialbehälter aus Glas mit sackähnlicher Verschlußnaht. Fa. Paul Hartmann, Heidenheim, Württemberg.

30 a. Apparat zur Durchleuchtung der Stirn- und Kieferhöhlen. Vereinigte Elektrotechnische Institute, Frankfurt, Aschaffenburg, m. b. H., Frankfurt a. M.

30 b. Reguliervorrichtung für zahntechnische Zwecke mit verschiebbar gelagerter Schutzhülse. Fa. Arnold Biber, Pforzheim.

30 g. Halter für Milchflaschen. Sanitaria, G. m. b. H. vorm. Gretsch & Co., Feuerbach, Württemberg.

30 k. Inhalationsapparat mit Ozonisator. Julius Lieben, Berlin, Passauerstr. 37 a.

Wiederum hat der Tod, der sich in letzter Zeit besonders zahlreiche Opfer unter den medizinischen Autoritäten ausgesucht hat, einen Mann von außerordentlicher Bedeutung hinweggerissen: Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **von Mering**, der als innerer Mediziner wie als Schöpfer mehrerer nunmehr unentbehrlicher Arzneimittel einen Weltruf errungen. Wir werden dem Andenken dieses hervorragenden Forschers, zu dessen Füßen zu sitzen auch wir das Glück gehabt haben, in nächster Nummer einen besonderen Abschnitt widmen.

Selbst Dr. Standke's wohlschmeckender Lebertran, das angenehmste Präparat seiner Art, wird nicht so gern genommen wie Fucol. Ueberdies wird er vielfach in unlauterer Weise nachgeahmt. Man gebe daher dem durch D. R. P. geschützten Fucol den Vorzug und verordne Orig.-Flaschen à ½ Liter à M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. 14. — Verlag: Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S.
A. Dührssen, Berlin.
C. A. Ewald, Berlin.
R. Kobert, Rostock.
H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin.
H. Rosin, Berlin.
H. Schlange, Hannover.
Ad. Schmidt, Halle a. S.
R. Sommer, Gießen.
H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44.
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 19. Januar 1908. **Nr. 3.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Aus der Dührssenschen Privatanstalt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Die Aetiologie, die nichtoperative und die operative Therapie der Genitalprolapse.

Von Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin.

Eine wichtige Frage für den praktischen Arzt ist die sachgemäße Behandlung der Genitalprolapse beim Weibe. Eine derartige Behandlung hängt aber zum großen Teil von einer richtigen Erkenntnis der Faktoren ab, welche das normale und abnormale topische Verhalten der Beckenorgane bedingen. Während bisher sowohl für die Erklärung der Normallage des Uterus als auch der mannigfachen Formen der Prolapse des Uterus und der Scheide die verschiedensten, sich oft diametral gegenüberstehenden Theorien aufgestellt wurden, ist es ein großes Verdienst von Halban und Tandler, in ihrem jüngst erschienenen Werk, „Anatomie und Aetiologie der Genitalprolapse beim Weibe“, gestützt auf umfassende anatomische und experimentelle Untersuchungen, eine Theorie aufgestellt zu haben, welche in ungezwungener Weise alle hier in Betracht kommenden Verhältnisse erklärt.

Die genannten Autoren führen zunächst bezüglich der Normallage des Uterus folgendes aus: Die Anteversioflexio ist die onto- und phylogenetisch bedingte Normallage des Uterus, da schon die Müllerschen Fäden einen bogenförmig nach vorn und unten gerichteten Verlauf zeigen und ähnliche Verhältnisse des Uterus auch bei Säugetieren vorliegen.

Alle mit dem Uterus verbundenen Gebilde adaptieren sich in ihrer Architektur der prädisponierten, phylo- und ontogenetisch bestimmten Lage des Uterus, sie sind daher nicht die Ursache der Lage des Uterus, sondern ihre Anordnung ist eine Folge der Lage. Die Summe ihrer Widerstandsfähigkeit ist imstande, das Gewicht des normalen Uterus zu tragen und ihn in seiner Lage zu erhalten. Dagegen genügen die normalen Suspensionsmittel des Uterus nicht bei Steigerungen des intraabdominellen Druckes. Hier sind es die Stützapparate, welche den Uterus in seiner Lage erhalten. Diese werden gebildet durch die Muskulatur des Beckenbodens, welche die Beckenhöhle nach unten abschließt. Sie besteht aus den beiden seitlichen Schenkeln des Levator ani, aus der hinter dem Rektum gelegenen unpaaren Levatorplatte und aus dem Diaphragma urogenitale. Letzteres, eine den Schambogen ausfüllende, dreieckige Muskelsehnenplatte, verschließt sekundär den zwischen den Levatorschenkeln gelegenen Levatorspalt. Der Verschluß des Beckenausgangs ist jedoch kein vollständiger, da Lücken für den Durchtritt von Harnröhre, Scheide und Rektum vorhanden sind.

Physiologisch ist die Beckenbodenmuskulatur als ein Teil der abdominellen Verschlußmuskulatur aufzufassen, die wir beide synchron und synergisch zu innervieren gewöhnt sind. Durch die Kontraktion des Levator ani wird der Levatorspalt in frontaler und in sagittaler Richtung verengt. Bei plötzlichen Drucksteigerungen im Abdomen, z. B. beim Husten, wird hierdurch einem Hinauspressen resp. Vorfall der Beckenorgane vorgebeugt. Dagegen kontrahiert sich bei allmählicher Drucksteigerung, wie sie z. B. bei der Defäkation sich vollzieht, der Levator zwar auch, wird aber dann von der Bauchpresse überwunden. Infolgedessen erweitert sich der Levatorspalt beim Pressen, aber der Muskel gibt infolge seines erhaltenen Tonus immer nur so viel nach, als für die Defäkation notwendig ist. Die Kontraktion des Diaphragma urogenitale ist geeignet, einem gesteigerten Druck Widerstand zu leisten und den vorderen Teil des Levatorspalts, den Hiatus genitalis, in wirksamer Weise abzuschließen. Letzteres ist besonders wertvoll beim Pressen, weil dabei der Hiatus genitalis erweitert ist. Durch das Diaphragma bleibt der Urethra, der angrenzenden Partie der Harnblase und dem unteren Teil der vorderen Scheidenwand auch bei gesteigertem abdominellen Druck die physiologische Stütze erhalten.

Der normal gelagerte, antevertierte Uterus wird bei Steigerung des Bauchdruckes nach hinten und unten gedrängt, wodurch er direkt gegen den unpaaren hinteren Levatorabschnitt, die Levatorplatte, gepreßt und daselbst festgehalten wird. Auch die übrigen Beckeneingeweide liegen dem Levator in ihrem größten Anteil unmittelbar oder mittelbar auf. Durch den Levator werden das Rektum, der Uterus, der größte Teil der Vagina und der Blase unterstützt. Nur die Urethra, der angrenzende Teil der Blase und der vorderen Vaginalwand, event. auch ein Teil des Korpus des antevertierten Uterus fallen in den Bereich des Hiatus genitalis, welcher nach hinten bis zur vorderen Mastdarmwand reicht. Diese Partien werden aber vom Diaphragma urogenitale und dem Perinealkeil getragen. Indem der abdominelle Druck die Beckeneingeweide an ihre Unterlage anpreßt, stellt er, der im allgemeinen die Tendenz hat, die Organe zu dislozieren, den Beckeneingeweiden gegenüber ein fixatorisches Moment dar.

Bei allen Prolapsen findet sich eine Erweiterung des Hiatus genitalis und vielfach auch eine Beschädigung des Diaphragma urogenitale, welche die Ursache der verschiedenen Arten von Vorfällen sind.

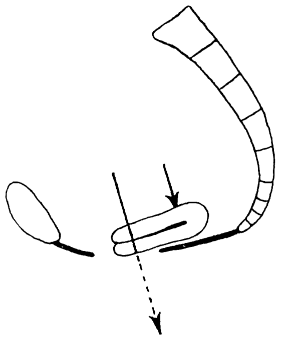
Alle Prolapse sind — meistens durch Geburtstraumen entstandene — Hernien des Hiatus genitalis. Die Seitenränder der Bruchpforte werden durch die beiden Levatorschenkel gebildet. Ist das Diaphragma urogenitale gleichfalls

Publi

durch das Geburtstrauma lädiert und vollständig defekt, so reicht die Bruchpforte von der Symphyse bis zur vorderen Rektalwand.

Der gesteigerte Abdominaldruck preßt alle Organe oder Organteile, welche in den Druckbereich dieser Bruchpforte fallen, durch dieselbe hinaus.

Kommt ein Organ ganz in den Bereich des Hiatus genitalis, so hat es am Beckenboden gar keine Stütze mehr und wird vollkommen vorgepreßt. Fällt nur ein Teil des Organs in diesen Bereich, während ein anderer Teil außerhalb desselben liegt, so wird der erstere durch den gesteigerten Abdominaldruck vorgepreßt, der letztere aber durch denselben Druck gegen die Unterlage angepreßt und dadurch fixiert. *Die vorgepreßten Partien werden unter dem Einfluß des kontinuierlichen Drucks gedehnt.* Hierdurch erklärt sich die bei Prolapsen so häufige Elongatio colli. Nach den Untersuchungen von *Halban* und *Tandler* betrifft diese Elongation gelegentlich auch den Uteruskörper und zwar dann, wenn auch der untere Teil des Uteruskörpers in den Bereich der Bruchpforte gelangt. Dies ist besonders leicht möglich bei Retroversio et Deszensus uteri (Abb. 1). Die *Schröder*sche Theorie von der durch den Zug der prolabierten Scheide bewirkten Elongatio colli ist daher unrichtig. Alle die verschiedenen partiellen oder totalen Vorfälle der Blase, der Scheide und des Uterus lassen sich dagegen durch die Theorie der genannten Autoren erklären. Ist z. B. der Uterus klein und der Hiatus genitalis sehr groß geworden, so kann der ganze Uterus herausgepreßt werden, wodurch dann ein kompletter Vorfall des retrovertierten (Abb. 2) oder auch anteflektierten Uterus entsteht. Von der Scheide wird alles hervorgepreßt, was oberhalb des Hiatus genitalis liegt.



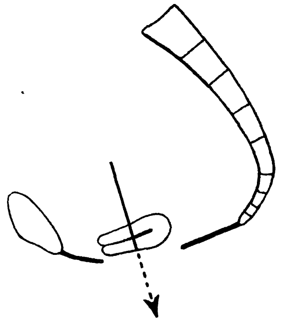
Die untere Hälfte des retrovertierten Uterus wird durch den abdominellen Druck herausgepreßt, die obere fixiert. (Die dicken Linien stellen das Diaphragma urogenitale und die Levatorplatte dar.)

Abb. 1. (Nach Halban und Tandler.)

Hierdurch kommt es bei Retroversio et Deszensus uteri, bei der das vordere und manchmal auch das hintere Scheidengewölbe (Abb. 3) im Bereich des erweiterten Hiatus liegt, zu der häufigsten Prolapsform, nämlich zu dem Vorfall der vorderen Scheidenwand mit Zystokele, Elongatio colli und ev. auch Inversion des hinteren Scheidengewölbes. Ist die ganze Scheide vorgefallen, so beruht das einmal auf einer Hernie des Hiatus genitalis, durch welche die oberhalb des Hiatus gelegenen Scheidenpartien hervorgepreßt werden — und weiter auf einer Insuffizienz des Diaphragma urogenitale und des Perinealkeils. Auf diesen Gebilden ruht der unterste Teil der vorderen Vaginalwand und muß daher vorfallen, wenn sie durch Zerreißungen bei der Geburt defekt geworden sind. Ferner entsteht durch Defekte im Perinealkeil ein *Darmwandbruch des Rektums*, eine *Rektokele*, welche den untersten Teil der hinteren Vaginalwand vorpreßt. *Die Vorfälle der ganzen Scheide mit den angrenzenden Partien der Harnblase und des Mastdarmes beruhen also auf einer Kombination von Defekten des ganzen Beckenbodens, nämlich des Levator ani, des Diaphragma urogenitale und des Perinealkeils.*

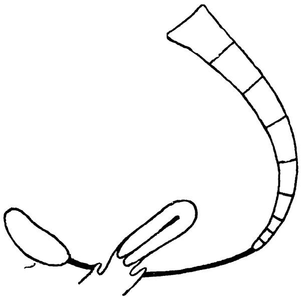
Mit diesen großen Prolapsen kombiniert sich gelegentlich infolge von Atonie der gesamten Beckenbodenmuskulatur eine *Senkung des Beckenbodens*.

Die Theorie von *Halban* und *Tandler* erklärt auch in völlig befriedigender Weise die viel erörterte Tatsache, *daß gerade bei kompletten Dammrissen kein Scheiden- und Uterusvorfall entsteht.* Verfasser möchte diese Tatsache in etwas präziserer Weise, als die genannten Autoren es tun, dadurch erklären, daß die Zerreißung des Septums rektovaginale bei der Geburt einer Zerreißung oder Ueberdehnung des Levator ani und des Diaphragma urogenitale vorbeugt: sie beugt damit auch einer Hernie des Hiatus genitalis vor und erhält dem vordersten Teil der Blase und der Vagina die eine ihrer normalen Stützen, nämlich das Diaphragma urogenitale, zum größten Teil. Dadurch, daß keine Hernie des Hiatus da ist, können Uterus und oberer Teil der Scheide nicht vorfallen und auch der untere Teil der Scheide braucht nicht vorzufallen, trotzdem er einer seiner Stützen, nämlich des Perinealkeils, beraubt ist, wenn die vordere Stütze, das Diaphragma urogenitale, in seinen vorderen Partien intakt geblieben ist.



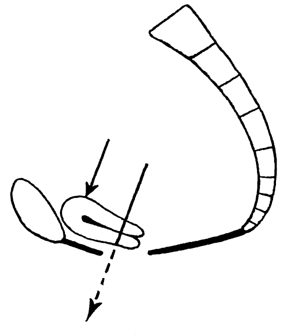
Der retrovertierte Uterus liegt ganz im Bereich des Hiatus genitalis und wird daher in toto herausgepreßt.

Abb. 2. (Nach Halban und Tandler.)



Durch den Deszensus uteri retroversi sind beide Scheidengewölbe in den Bereich des Hiatus genitalis gelangt und werden mitsamt der angrenzenden Blase und der Zervix vorgepreßt.

Abb. 3. (Modifiziert nach Halban und Tandler.)



Die Zervix liegt im Hiatus genitalis und wird mit dem hinteren Scheidengewölbe vorgepreßt.

Abb. 4. (Nach Halban und Tandler.)

Die Antriebsrichtung des Abdominaldrucks wirkt gewöhnlich von der Exkavatio vesiko-uterina aus — so entstehen die *Prolapse durch vordere Druckwirkung. Prolapse durch hintere Druckwirkung* entstehen bei primärer Vertiefung und Erweiterung der Exkavatio rekto-uterina und erworbener Insuffizienz des Beckenbodens. Bei ihnen ist gewöhnlich der obere Teil der hinteren Vaginalwand vorgefallen und die Zervix des anteflektierten Uterus elongiert. Hier wird der Uteruskörper dadurch vor einem Vorfall bewahrt, daß er bei gesteigertem Bauchdruck gegen die Symphyse festgedrückt wird, während die gegen den Beckenboden gedrängte hintere Vaginalwand und Zervix bei Insuffizienz desselben hervorgepreßt werden. (Fig. 4.)

Unter den 120 Fällen von Prolaps, welche ich im letzten Jahre in dieser und verschiedenen anderen Arbeiten besprochen habe, habe ich einen sehr ausgeprägten Fall dieser Aetiologie gesehen.

24. 1. 07. Frl. J., 28 J. alt, gibt an, seit 5 Jahren an Vorfall zu leiden. Die elongierte Zervix ragt 4 cm weit aus der erweiterten Vulva hervor, die hintere Scheidenwand ist bis auf einen kleinen unteren Rest ganz vorgefallen, auch das vordere Scheidengewölbe ist sichtbar. Der Uterus ist anteflektiert, 11$^1/_2$ cm lang (Zervix 6 cm lang), durch Verwachsungen mit den verdickten Adnexen fixiert.

Nach ausgiebiger Portioamputation wurde Kolpokoeliotomia anterior gemacht und der Uteruskörper vor die Vulva gezogen. Es wurden hierdurch auch zwei Pyosalpingen und eine linksseitige apfelgroße Ovarialzyste sichtbar gemacht und nach Lösung aus ihren Verwachsungen exstirpiert. Der Uteruskörper wurde mit vier Catgutknopfnähten vaginifixiert. Es erschien dann weiter zur Verengerung der klaffenden Vulva genügend, von einem queren Dammbogenschnitt aus die Mm. bulbokavernosi zu vernähen.

Am 8. 2. wurde Pat. mit gutem Vulvaschluß und bedeutend verkleinertem Uterus geheilt entlassen, aber schon am 11. 3. fand ich die Portio und das hintere Scheidengewölbe wieder im Introitus gelagert, obgleich die Pat., welche sich mittlerweile verheiratet hatte, sich sehr wohl, wie neugeboren, fühlte und auch angab, daß die Menstruation ohne die früheren Schmerzen verlaufen sei.

Am 13. 4. 07 konnte ich feststellen, daß trotz des hohen und muskulösen Damms und einer gut schließenden Vulva beim Pressen die Zervix mit der oberen Hälfte der hinteren Vaginalwand, und zwar letztere blasenförmig aus der Vulva ausgetrieben wurde. Trotz der vorausgegangenen Portioamputation war der Uterus schon wieder 10 cm lang geworden, lag dabei aber anteflektiert. Die Operation bestand in der Amputation der ganzen Zervix, in der Exstirpation der vorgetriebenen Scheiden- und Douglaspartie und in der Vernähung der Levatorränder. Diese wurden dadurch freigelegt, daß der Damm und die ganze hintere Vaginalwand sagittal gespalten und von diesem Schnitt aus nach beiden Seiten die hintere Scheidenwand abgelöst wurde. Es gelang auf diese Weise, bis nahe an die vorderste Insertion der Mm. Levatores ani heranzukommen und eine Muskelplatte herzustellen, welche einen Finger breit unter der Symphyse von einem Schambeinast zum anderen zog. Nach Vernähung der Scheiden- und Dammwunde war ein langgestrecktes, knapp für zwei Finger durchgängiges Vaginalrohr gebildet, dessen Achse sich mit der des kleinen antevertierten Uteruskörpers unter einem sehr spitzen Winkel kreuzte.

Am 27. 4. wurde die Pat. geheilt entlassen.

29. 7. 07. Wohlbefinden. Uterus klein, antevertiert. Vaginalrohr knapp für zwei Finger durchgängig, fester Beckenboden.

In diesem Falle war also ein großer Prolaps bei einer Virgo entstanden, die, wie ich annehmen darf, auch keinen geschlechtlichen Verkehr gehabt hatte. Der nachfolgende Fall zeigt, daß es auch noch eine andere Ursache für Prolapse bei Virgines intactae gibt, nämlich starke Blutungen, welche zu einer mangelhaften Ernährung und Erschlaffung der Muskulatur des Beckenbodens und hierdurch weiter zu einer Hernie des Hiatus genitalis führen.

Anamnese: 14. 3. 07. Die 16jährige Lehrerstochter G. leidet seit $^3/_4$ Jahr an 8—14tägigen Blutungen mit nur 8—14tägigen Pausen zwischen den Blutungen und ist hierdurch sehr anämisch geworden.

Status. Anämisches Mädchen mit schlaffer Muskulatur. Der Beckenboden ist sehr schlaff, auch ohne Narkose kann man trotz des intakten Hymens leicht mit zwei Fingern untersuchen. Der schlaffe, 9 cm lange Uterus ist retroflektiert und deszendiert.

Operation. Portioamputation. Exstirpation einer rechtsseitigen, hühnereigroßen Ovarialzyste, Vaginifixur mit einem Silkwormfaden. Danach Exzision eines Dreiecks aus dem unteren Drittel der hinteren Vaginalwand und Vernähung der Levatorränder durch drei Katgutknopfnähte. Darüber werden durch zwei ebensolche Nähte die Mm. bulbokavernosi vereinigt und dann die Wundränder durch eine fortlaufende Katgutnaht vereinigt.

30. 3. 07 geheilt entlassen. 14. 5. Entfernung des Fixationsfadens.

14. 9. Wegen erneuter Blutungen wird nach vergeblicher Aetzbehandlung Abrasio gemacht, welche stark gewucherte Schleimhaut entfernt. Der sonstige Befund war normal: Die Levatores bilden eine fast den ganzen Beckenausgang verschließende straffe Muskelplatte, Vaginalrohr langgestreckt, knapp für einen Finger durchgängig. Uterus klein, antevertiert.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber Warmluftbehandlung bei Mittelohreiterung, Nasenkatarrhen und Geschwüren.

Von Dr. **A. Heermann**, Köln-Deutz.

Ueber die Trockenbehandlung von Mittelohreiterungen hat in letzter Zeit Dahmer in Posen eine übersichtliche Veröffentlichung*) ergehen lassen.

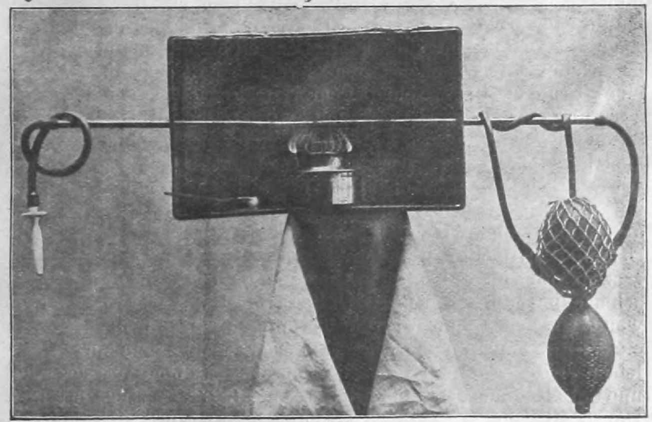
Wenn ich auf dieselbe nochmals hinweise, so geschieht es, weil in derselben seiner Ohrtampons Erwähnung getan wird, die nach meiner Meinung eine Konsequenz und in sehr vielen Fällen ein notwendiges Erfordernis dieser Trockenbehandlung sind.

Von der Durchführung einer solchen kann nur die Rede sein, wenn die Sekrete dauernd abgesogen werden und dies kann schon bei mäßiger Menge nicht durch einmal täglich in der Sprechstunde vorgenommene Tamponade geschehen.

Regelmäßig wird man beim Herausziehen des Tampons dann noch Sekret im Ohre finden als ein Zeichen der mangelhaften Absaugung und als eine Mahnung, daß die Tamponade öfter am Tage ausgeführt werden muß. Daß dies nur in Anstalten und auch dann noch mit Schwierigkeiten möglich, liegt auf der Hand. Es muß also ein Mittel geben, welches eine solche beliebige, wenn nötig stündliche Wiederholung leicht bewerkstelligt. Und hier tragen die Dahmer-Tampons in der Tat einem wirklichen Bedürfnisse Rechnung. Sie sind leicht, auch von dem Patienten, einzuführen und zu entfernen, außerdem sterilisiert und ohne Berührung der Gaze verwendbar. Nach eigener längerer Erfahrung kann ich die guten Eigenschaften und Wirkungen derselben*) bestätigen.

In weiterer Fortführung des oben erwähnten Gedankenganges bin ich jedoch noch zu einer anderen Maßnahme gekommen, nämlich der scharfen Austrocknung durch warme Luft nach der gewöhnlichen durch die Tamponade.

Natürlich dürfen Verbrennungsgase in dieser Luft nicht vorhanden sein, wie es sonst beim Durchblasen von Luft durch eine Flamme geschieht.



Ich habe daher folgende einfache Einrichtung getroffen: Ueber einen Kasten aus Blech oder Holz (event. Zigarrenkasten), auf dessen Boden eine große Spirituslampe steht, oder am besten über einem mehrflammigen Brenner eines Sterilisationsapparates wird ein bleistiftdickes Metallrohr befestigt, vorn mit einem Gummischlauch, welcher in ein Ansatzstück auslaufen kann, hinten mit einem Doppelgebläse oder kleinem Blasebalg, an dessen Lufteingang ein Wattebausch die Luft filtriert.**) Durch langsameres oder schnelleres Blasen kann man die Wärme regulieren. Der vordere Ansatzschlauch darf nicht zu lang sein, wenn die Erwärmung schnell eintreten soll, außerdem keine zu enge Oeffnung haben, weil die Luft sonst eine starke Abkühlung erleidet.

Mit einem solchen Apparate wird die warme Luft täglich oder jeden zweiten Tag ein- bis zweimal je eine bis zwei Minuten lang und so warm, wie sie vertragen wird, in das Ohr appliziert. Sie wirkt fast stets in deutlicher Weise sekretionsbeschränkend und heilend. Davon, daß keine Sekretverhaltung durch Eintrocknen, sondern wirklich eine Verminderung der Sekretproduktion der Schleimhaut eintritt, kann man sich leicht überzeugen.

---

*) Die Trockenbehandlung der akuten und chronischen perforativen Mittelohrentzündung mit gestielten Ohrtampons. Abdruck aus den Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft. Fischer-Jena.

*) Zu erhalten in der Hofapotheke zu Posen.

**) In der Abbildung liegt der Kasten auf der Seite, um das Innere zu zeigen.

Pub

Nebenbei wird oftmals bei nicht zu großen Perforationen das Restitutionsbestreben des Trommelfells in erfreulicher Weise gefördert, so daß der Schluß der Oeffnungen schneller von statten geht.

In ganz ähnlicher Weise wirkt die Anwendung auf Nasenkatarrhe und auf Geschwüre. Und hier sind es vor allem schlecht heilende, schlecht aussehende Geschwüre verschiedener Art, besonders Schankergeschwüre, welche die Wirkung dadurch augenfällig erkennen lassen, daß sie ihre Beschaffenheit und ihren ungünstigen Charakter (oft schon nach ein bis zwei Tagen) ändern.

Die Anwendung von antiseptischen Pulvern etc. ist dabei nicht ausgeschlossen. Vielmehr steht dem nichts im Wege, die warme Luft wirken zu lassen, während diese Pulver auf der Wunde unberührt verbleiben. Auch leichte, mit der Wunde etwa verklebte Verbandteile können an Ort und Stelle belassen werden. Nur wird man, um diese zu durchdringen, die Anwendung des Apparates um einige Minuten verlängern.

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Fortsetzung.)

Nun bleiben noch einige Fälle übrig, wo zwar die Ballonanwendung empfohlen wird, aber eine Konkurrenz nicht mit dem Bossi, sondern mit anderen Verfahren in Betracht kommt.

Wenn eine Frühgeburt zwischen dem vierten bis siebenten Monat aus irgend einem Grunde schnell zu erledigen ist, muß man da den Kolpeurynter anwenden? Man kann es, ja, aber daß seine Anwendung einen besonderen Vorteil bietet, glaube ich nicht.

Nehmen wir zunächst den einfachen Fall, daß man wegen einer Frühgeburt zwischen dem vierten bis siebenten Monat auf ein entferntes Dorf geholt wird. Der Muttermund ist schon etwas erweitert. Man hat nun die Wahl, entweder nachzuhelfen oder nach Stunden, während man noch anderes vor hat, wegen der Nachgeburtslösung noch einmal hinaus zu müssen. Der Anhänger des Kolpeurynters legt ihn mit Zuganwendung ein und preist ihn, weil in kurzer Frist die volle Oeffnung erreicht ist. Ich führe einfach einen doppelten Muzeux oder die Sängersche Abortzange durch den Muttermund, schlage ihn in den vorliegenden Teil, ziehe diesen herab und erweitere ebenso bequem den Muttermund ohne Kolpeurynter. Am einfachsten ersieht man das ganze Verfahren an einem kürzlich erlebten Fall. Bei einer IX para tritt im achten Monat Wasserabfluß und Nabelschnurvorfall ein. Bei einem zufälligen Besuch in jenem Hause 48 Stunden nach besagtem Ereignis wurde ich befragt. Ich konnte nur einen Finger durch den sehr langen Mutterhalskanal pressen. Es schien mir eine Fußlage vorhanden zu sein. Da aber die Nabelschnur schon 48 Stunden vor die Vulva hing, mußte Fieber bald zu erwarten sein. Operation deshalb für den Nachmittag angesetzt. Als ich in Begleitung eines Kollegen ankam, meldete die inzwischen bestellte Hebamme, daß Blutung, also beginnende Placentarlösung soeben eingetreten sei. Narkose, Aufschrauben mit Bossi. Nun hatte ich den Eindruck, die Portio sei so lang, daß die Endspitzen des Walcherschen Apparates vielleicht den oberen Cervixteil nicht überragten, sondern sich in ihn einpressen und Verletzungen machen könnten. Bei Erweiterung auf 4,5 cm nahm ich deshalb den Bossi vorsichtshalber heraus und fühlte mit zwei Fingern nach. Die Angst war unnötig, der ganze Hals war weiter. Ich kam an einen Fuß, zog ihn herab und wollte, um die Narkose zu sparen, durch Zug am Kindeskörper die Erweiterung fortführen. Das ging auch ganz gut bis zum Kopf. Da fing beim Ziehen der Hals an nachzugeben. Nun wurden drei doppelkrallige Muzeux über der Stelle des beginnenden Risses eingesetzt. Zug an diesen und am Kindeskörper gemeinsam. Abreißen des Halses. Nachgeben und Ausreißen der Muzeux, wobei dann der unterste immer gelöst und über dem höchsten neu eingeschlagen wurde. So hochkletternd gelang es, den Kopf schnell zu entwickeln. Die Plazenta kam sofort. Reaktionsloser Verlauf. Wieder zeigt dieser Fall, daß bei ganz ernster Sachlage die Ballons nicht ausreichen. Da es sich um eine Mehrgebärende handelte, wäre ein Accouchement forcé wohl auch glatt verlaufen; roher bleibt das Verfahren dabei aber immer, weil der Druck ein ganz ungleicher ist, und wenn der Fall so schwer ist, daß beide Hände benutzt werden müssen zu gleicher Zeit, für den Arzt auch sehr ermüdend. Aus diesem Falle und aus einem Eklampsiefalle ohne Vorbereitung der Portio habe ich gesehen, daß es besser ist, weit aufzuschrauben ohne Besorgnis vor einem Riß, statt vorzeitig aufzuhören und nun bei der Kopfentwickelung selbst mit Perforation heftigem Widerstand zu begegnen. Ueberwunden muß dieser doch werden, dann also entschlossen vor Entwickelung des Kindes!

Zweimal habe ich den Gebrauch des doppelkralligen Muzeux als Greifinstrument bei toter Frucht erwähnt. Dies Hilfsmittel scheint weniger in Gebrauch zu sein, als es verdient. Ein Kollege veröffentlichte zwei Fälle, wo er den abgerissenen Kopf nicht entwickeln konnte. Er packte ihn mit einem Muzeux, versah diesen mit einem Zugapparat und nach 24 Stunden war der Kopf geboren. Vor diesem Verfahren möchte ich aber warnen. Wenn die Placenta sich einmal vorher löst, was dann? Gefäßthrombosen sind nicht immer vorhanden (s. o.). Der Arzt ist nicht da. Die Blutung kann auch erst bemerkt werden, wenn die Kranke Zeichen innerer Verblutung darbietet, weil nach außen ja des tamponierenden Kopfes wegen kein Blut abfließen kann. Und nun müßte der Arzt unter schwersten Begleitumständen die Sache forcieren. Sollte einmal die Entwickelung des abgerissenen Kopfes mit einem oder mehreren Muzeux nicht ohne weiteres gelingen, kann man ihn z. B. kombiniert sicher umdrehen event. mit Hilfe eines Muzeux. Dann Perforation.

Anhangsweise möchte ich hier noch an ein anscheinend sehr wenig bekanntes Verfahren erinnern. Noch einfacher vielleicht ist es bei sieben- bis achtmonatigen Früchten; man schneide — sobald der Hals abzureißen droht — am Muttermunde mit der Scheere zuerst quer ein bis auf die Wirbel, gehe unter der Haut an der Wirbelsäure bis ans Hinterhaupt hinauf, dringe mit der geschlossenen Scheere ins foramen magnum, spreize sie, rühre das Gehirn um und extrahiere. Der Kopf kann nun leichter dem Zuge folgen.

Wie handelt man am besten, wenn man gerufen wird zu einer Gravida im vierten bis siebenten Monat, die nach Wasserabfluß ohne Wehen und irgendwelche Erweiterung stundenoder womöglich tagelang fiebert. Ich habe nur zwei derartige Fälle erlebt. Beide sind bei der eingeschlagenen Behandlungsmethode zu Grunde gegangen, so daß ich nur zu sagen vermag, wie ich nicht wieder handeln würde, und welche Erwägungen ich angestellt habe, um in einem zukünftigen Falle womöglich zu einem besseren Ausgange zu gelangen.

In beiden Fällen hatte ich mit Jodoformgaze Erweiterung zu erzielen gesucht. Es gelang dies im ersten Falle erst am vierten, im zweiten am dritten Tage. Selbstverständlich wurde inzwischen die Gaze gewechselt. Im zweiten Falle wurde auch Temperatur und Puls normal nach Gazeausstopfung; aber nach manueller Plazentarlösung war eine Stunde später wieder Fieber da. Daß ich nach dem traurigen Ausgang des ersten Falles nicht sofort das Fehlerhafte dieser Methode einsah, lag daran, daß die betreffende Frau schon mehrere Wochen gefiebert hatte, ehe sie ärztliche Hilfe nachsuchte. Ob man da so oder anders handelte, war offenbar von keinem entscheidenden Einfluß. Im zweiten Falle wurde aber eingegriffen, als am achten Tage nach Fruchtwasserabfluß bei einer Multipara im siebenten Monat die Temperatur auf 38, der Puls auf 96 stieg. Und doch!!

Zunächst würde ich in solchem Fall raten, mit einem Eingriff nicht über den sechsten Tag zu zögern. Der erfahrene Fritsch gibt an, daß es nicht mit Sicherheit gelinge, Frauen nach Fruchtwasserabfluß länger als bis zu diesem Termine fieberfrei zu halten. In diesem Fall war nur von mir am zweiten Tag untersucht; in den Cervixkanal konnte ich überhaupt nicht eindringen. Trotzdem trat am achten Tage Fieber auf, da mußte ich sogar, um Tamponator II einführen zu können, den Mutterhals noch dehnen. Mit dieser Bemerkung ist eigentlich schon gesagt, warum die überwiegend physiologisch wirkende Tamponade und damit auch der weiche Ballon ohne Zug falsch sind. Der Wasserabfluß bewies, daß Wehen einsetzten und die Blase zum Platzen brachten; nicht aber vermochten sie, die abnorm feste Portio zu dehnen. Nur der Ballon mit Zugbelastung wäre richtig, weil er mechanisch dehnt.

Ob man nun vorbeugend eingreifen soll? Ich würde es wenigstens jetzt tun. Lieber in Muße und zarter, als später unter dem Drucke der Gefahr gewaltsamer. Ich selber riskiere schließlich lieber eine Blutung hervorzurufen, als Fieber auftreten oder fortdauern zu sehen oder das Eklampsiegift weiter wüten zu lassen. In meinen Fällen wäre ein harter Ballon überhaupt nicht sofort einführbar gewesen, Quellstifte, mehrere zugleich wären unerläßlich gewesen. Nach zwölf bis sechzehn Stunden konnte man dann je nach Geschmack handeln: versuchen mit den Fingern oder mit Muzeux den vorliegenden Teil anzuziehen und damit zu erweitern, oder mit Bossi noch etwas dehnen, oder auch — wem die vorzunehmende Operation so noch zu bedenklich erscheint — den harten Ballon einführen und Zugbelastung anbringen. Auf einige Stunden Zeitverlust kommt es ja nicht an. Findet man aber den Mutterhals schon etwas erweitert, so beweist dies, da schon sehr geringe Wehenkraft das Gefüge der Portio lockerte, daß eine mechanische Einwirkung seitens des Arztes auf ein leicht dehnbares Gewebe ohne besondere Gefährdung stattfinden darf, und man kann sofort handeln wie bei engem Hals erst nach Quellstifterweiterung. Ist Fieber aber schon eingetreten, so sind die Stunden kostbar. Lieber Narkose und Accouchement forcé als Zeitverlust mit Metreuryse. Immer wieder komme ich zum selben Resultat: In den wirklich dringenden Fällen leisten die Kolpeurynter nur Mäßiges, in den leichten braucht man sie nicht zu verwenden.

Wir kommen endlich zum letzten Abschnitt, der Behandlung der Plazenta praevia.

Zur Zeit wird bei uns der Dilatator dabei überhaupt nicht verwendet, obwohl Bossis eigene Erfahrungen für Mutter und Kind sehr gute Resultate ergeben haben. Er schraubt auf bis 4,5 oder 5 cm. In den meisten Fällen soll dann die Blutung durch Kompression der Gefäße stehen. In diesen Fällen erweitert er je nach Reife des Kindes, bis der Kopf passieren kann, und benutzt möglichst die Zange zur Extraktion des Kindes. Bei fortdauernder Blutung nach Aufschrauben bis 5 cm nimmt er das Instrument ab und wendet.

Anklang hat dieses Verfahren in Deutschland nicht gefunden. Mustere ich meine eigenen Fälle durch, so finde ich nur einen einzigen, wo ich dieses Verfahren oder den Ballon hätte brauchen müssen, in den sämtlichen übrigen — dreizehn plaz. pr. zentrales in der Stadt, acht auf dem Lande, die Zahl der laterales ist nicht erinnerlich — konnte ich sofort wenden.

Die gefährlichsten Fälle, wenn auch zum Glück äußerst selten, sind jene, wo keine Oeffnung stattfindet, aber entweder anhaltend fortdauernde oder in kurzen Zwischenräumen bedeutendere Blutungen auftreten, so daß die Frau stetig hinfälliger wird.

Dieser Fall ist der einzige, wo ich empfehlen muß, den Ballon anzuwenden: er stillt sofort die Blutung und bewirkt die nötige Erweiterung. So lange also Bossis gute Ergebnisse nicht durch große anderweitige Statistiken bestätigt sind, wird der Praktiker sich der Metalldilatatoren am besten nur ganz ausnahmsweise bedienen.

Vor kurzem hat Herr Kollege Mende aus Gottesberg ausführlich geschildert, wie er das Ballonverfahren in sechzehn Fällen angewendet hat und als Normalverfahren dem Praktiker empfiehlt. Die fleißige Arbeit ist erschienen in den Therap. Monatsheften 1906, Nr. 12. Es ist das Beste, was ich über Metreuryseanwendung in der Hauspraxis gelesen habe. Infolgedessen habe ich gerade diese Arbeit meiner Kritik zu Grunde gelegt. Er legt in jedem Falle auch bei der ersten Blutung ohne Rücksicht auf das Alter der Frucht einen weichen Kolpeurynter ein. Nach Anhaken der Portio mit doppelkralligem Muzeux gleite der zusammengefaltete, weiche Ballon leicht durch den Mutterhals und suche sich selbst seinen Weg unter der zum Teil gelösten Plazenta, ohne die Eihäute zu verletzen. Der Arzt hält ihn dann dort noch fest, während die Hebamme den Ball füllt mittels ihres Irrigators, bis die Blutung steht. Nun habe die Frau stundenlang Zeit, sich von der Blutung zu erholen. Der Arzt könne sogar ruhig fortgehen nach Anweisung an die Hebamme, bei eintretendem Bluten leicht an dem Schlauch zu ziehen. Erst bei auftretenden Wehen müsse der Arzt benachrichtigt werden. Dieser beende dann durch leichten Zug in längstens zwei bis drei Stunden den Durchtritt des Balles durch die Cervix. Dann bequeme Wendung. Resultate: einige Fieberfälle, eine Frau an Nachblutung tot, 63 % lebende Kinder, einmal habe die Hebamme auftretende Wehen nicht erkannt, der Ballon sei herausgeglitten, doch sei die Blutungsgefahr glücklich abgewendet. Von den sechzehn Fällen betrafen neun Placenta centralis. Nach Herrn Kollegen Mendes Meinung soll dies Verfahren die alten Wendungsmethoden völlig verdrängen. Bevor ich zur eigenen Kritik schreite, möchte ich das Urteil eine Mannes hersetzen, der selbst das Ballonverfahren begünstigt und eigene Kolpeurynter konstruiert hat, des bekannten Tarnier. Er sagt Bd. III, Seite 648 seiner Geburtshilfe: „... und seine Einführung ist nicht immer leicht. Diese Schwierigkeit ist tatsächlich, aber sie kann überwunden werden mit Hilfe von Chloroform und wenn eine geschickte und erfahrene Person den Ballon einführt ...“

„... manchmal reißt der Ballon bei Aufspritzen, wir haben dies selbst erlebt ...“

„... gewöhnlich steht die Blutung oder wenigstens wird sie vermindert (!), und die Erweiterung des Halses findet im allgemeinen schnell statt: in vier bis sechs Stunden; nichtsdestoweniger muß man sich nicht beunruhigen, wenn sie auch zwölf bis achtzehn Stunden dauern sollte, wie man es schon beobachtet hat ...“

Diese Bemerkungen des berühmten Geburtshelfers klingen entschieden nicht so verlockend wie Herrn Kollegen Mendes Darstellung, wenn sie sich zum Teil allerdings auf den Champetier beziehen, den Mende nicht angewendet wissen will.

Da Kollege Mende nur angibt, was er alles für Unheil von dem Champetier fürchtet, ohne aus eigener Erfahrung zu sprechen, so mögen hier lieber Pinards Ansichten, hervorgehend aus gemachten Erfahrungen, angeführt werden. Er ist begeisterter Anhänger der Metreuryse und erklärt, daß der Praktiker mehrere Champetiers verschiedener Größe in seinem Koffer haben müsse; sie seien für ihn ebenso wichtig wie die Zange.

Als Nachteile des Champetier gibt er an: 1. schwierige Einführung, die jedoch bei Benutzung einer ad hoc konstruierten Pinzette wegfalle; 2. mögliche Kompression der Nabelschnur. Durch fleißiges Auskultieren könne die dadurch hervorgerufene Verlangsamung der Herztöne bemerkt und durch Entleerung, Herausziehen, Neueinlegung des Kolpeurynters die Gefahr beseitigt werden. Nb., bei Plazenta praevia das Tamponadeinstrument wieder herauszuziehen!

Die anderweitig behaupteten Nachteile, bestehend in Blasensprengung, Verdrängung des vorliegenden Kindesteils, teilweiser Ablösung der Plazenta (oder wie Mende meint, sogar gänzlicher Lösung), Uterusruptur lehnt Pinard als (1. und 2.) belanglos oder (3. und 4.) als unwahrscheinlich oder auf rohem Draufgehen beruhend, ab. Tarnier ließ es unentschieden, welcher Ballon, der harte oder der weiche, das bessere Instrument sei. Für Pinard und die Franzosen überhaupt existiert jetzt nur noch der harte Champetier, den Mende ganz verwirft. Also, ihr Praktiker, was ist nun das Richtige? Ich würde den harten Ballon wählen, denn jedenfalls erweitert dieser, besonders mit Zugbelastung, schneller. Er macht den Arzt unabhängiger von Nebenumständen, und bei dringender Gefahr für die Mutter liegt in dem Cito auch das Tuto!

Was ich nun gegen die Kolpeuryntermethode, besonders Mendes Verfahren, einwende, ist folgendes:

Zunächst soll der Arzt die Kranke verlassen dürfen und in einem so ernsten Fall die Verantwortung der Hebamme wieder anvertrauen. Das ist nach meiner Ueberzeugung nicht gestattet. Der Arzt muß bei einer Blutung so lange bleiben,

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN

bis ein Wiederauftreten nicht zu besorgen ist. Einmal habe, unbegreiflicherweise — sagt der Kollege — eine Hebamme Preßwehen nicht erkannt, der Kolpeurynter sei herausgedrängt, dadurch sei eine Blutung hervorgerufen. Zum Glück für die Frau war der Arzt bald da! Wie aber, wenn er gerade nicht anzutreffen war? Jeder Praktiker weiß davon zu sagen, wie furchtbar schnell die Blutung bei Placenta praevia tödlich werden kann. Die Hebamme kann genau aufpassen und beim Weheneintritt schicken; ist der Arzt anderweitig aufgehalten, — für uns Praktiker schreibt ja Mende — kann er sehr wohl eine Sterbende vorfinden. Ich hätte den Mut nicht, in einem ernsten Fall fortzugehen! Es ist ein Widerspruch, erst einen Eingriff zu machen, um eine Blutung zu stillen, und dann durch Fortgehen eine Möglichkeit zu schaffen, daß eine neue verheerende Blutung auftreten kann. Erinnern möchte ich an das Schicksal eines Kollegen. Derselbe war zu einem dringenden Fall gerufen. Bei der Durchfahrt durch ein Dorf wurde er zu einem Plazenta praevia-Fall hereingerufen. Ein anderer Arzt war schon zu dieser Frau bestellt, aber noch nicht eingetroffen. Als unser Kollege dort ans Bett der Kreißenden trat, hatte die Blutung aufgehört, und die Kranke befand sich in leidlichem Zustande. Da entfernte er sich eingedenk des eigenen Eilfalles und in der Erwartung, bis zum Eintreffen des anderen Arztes werde hier nichts passieren. Jedoch nach seinem Fortgange führte eine jähe zweite Blutung den Tod der Kreißenden herbei

Folge: Verurteilung zu zwei Monaten Gefängnis wegen fahrlässiger Tötung durch Vernachlässigung der nötigen Vorsichtsmaßregeln. Er verteidigte sich, er sei eigentlich nicht bestellt, selbst gedrängt gewesen durch den eigenen dringenden Fall Antwort des Gerichts: Durch Eintritt in die Stube habe er für den Fall die Verantwortung bis zum Kommen des Hausarztes übernommen. Zweiter Einwand: Es hätte zur Zeit seines Fortgehens keine Gefahr bestanden. Antwort: Er hätte wissen müssen, daß bei Plazenta praevia jeden Augenblick eine Blutung neu auftreten könne. Dritter Einwand: Er habe steife Finger an derjenigen Hand, die für die Wendung in diesem Fall die richtige gewesen wäre. Antwort: Ein Arzt müsse ambidexter sein, er hätte mit der „falschen“ operieren müssen.

(Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

Pharmakologie.

Die erregende Wirkung des Alkohols auf den Kreislauf.

Sammelreferat von Priv.-Doz. Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Ueber den agitatorischen Bestrebungen, den Alkohol als Genußmittel ganz zu verbannen oder auf ein Minimum einzuschränken, scheint man vielerorts die therapeutischen und nützlichen Eigenschaften desselben vergessen zu haben. Und doch hat man von dem Weingeist, trotzdem er viel Schlimmes über die Menschheit seit Noahs Zeiten gebracht hat, auch manches Gute erlebt, so daß auf ihn auch die Worte Schillers zutreffen:

> „Von der Parteien Gunst und Haß verwirrt,
> Schwankt sein Charakterbild in der Geschichte.“

In der Hand des kundigen Arztes kann der Alkohol in der Tat zum Heilmittel für den kranken Organismus werden. Erst den letzten Dezennien, besonders den Untersuchungen im Binzschen Laboratorium verdanken wir wichtige Aufschlüsse über die Wirkungsweise. Daß der Alkohol die Temperatur herabsetzt, darf ich wohl als bekannt voraussetzen. Außer antifebrilen Eigenschaften besitzt der Weingeist aber auch erregende. Abgesehen von einem mächtigen diuretischen Einfluß finden wir nach mäßigen Gaben einen starken Einfluß auf das Respirations- und Zirkulationssystem.

Die erregende Wirkung auf das Atmungszentrum wurde von Binz und seinen Schülern (Wilmanns, Weißenfeld, Wendelstadt) eingehend studiert. Die eben Genannten fanden, daß mäßige Mengen Weingeist die Atemgröße von Menschen und Tieren hoben, Wendelstadt zeigte noch, daß es der ermüdete Organismus sei, der ganz besonders auf Alkohol mit erhöhter Atemgröße reagiere. Alle Zeichen eines erregenden Einflusses treten, wie gesagt, nur bei kleinen und mäßigen Alkoholmengen ein, d. h. nach etwa 50 bis 150 ccm gewöhnlichen Weins oder 20 bis 60 ccm Kognak usw. Auch die Riechstoffe des Weins, die Träger des sogen. „Bouquets“, wurden einer Prüfung unterzogen; sie erwiesen sich ebenfalls in kleinen Mengen erregend auf die Atemgröße. (Krautwig und Vogel.)

Im engen Anschluß an die Erregung des Atmungszentrums durch den Alkohol steht seine Wirkung auf das Herz und den Kreislauf. Besonders hier stehen sich die Ansichten der Forscher schroff gegenüber. Von älteren Autoren wurde vielfach dem Weingeist jede erregende Wirkung auf das Zirkulationssystem abgesprochen, erst die neueren Untersuchungen, die sich nicht nur auf den Tierversuch beschränkten, sondern auch am Menschen gewonnen wurden, sprechen deutlich für eine blutdrucksteigernde Wirkung. Zur bloßen Beobachtung gesellte sich eine genaue physiologische Analyse. Ich übergehe hier mit Absicht die meisten Versuche an Tieren und führe, weil sie wichtiger und beweisender sind, eine Reihe von am Menschen gewonnenen Ergebnissen an.

Von neueren Autoren war Weißenfeld der erste, der im Binzschen Laboratorium den Blutdruck in drei Fällen nach Alkoholaufnahme an sich selbst prüfte. Es zeigte sich, daß kleine Mengen (50 bis 75 ccm Sherry) den Blutdruck, gemessen mit dem Sphygmomanometer von Basch, bis zu 50 mm Hg (von 140 auf 190 mm) steigen ließen. Auch hervorragende Kliniker wissen Gutes von der erregenden Wirkung des Alkohols auf das Herz zu melden. So spricht z. B. v. Noorden auf Grund seiner klinischen Erfahrungen an Diabetikern dem Alkohol eine erregende Wirkung auf das Herz zu. Besonders seien Herzschwäche, dürftiger Ernährungszustand und Koma die Hauptindikationen für die Anwendung eines guten Weines. Für den Erwachsenen rechnet er $^1/_2$ bis 1 Flasche Tischwein pro Tag, bei drohendem Koma mehr.

Andere Autoren (Swientochowski, Schüle usw.) sahen beim Menschen eine Blutdrucksenkung, die bedingt war durch zu hohe Gaben Alkohol, und daß solche auch auf die Zirkulation lähmend wirken, braucht nicht besonders betont zu werden.

Eine Bestätigung der erregenden Wirkung des Alkohols in kleinen Gaben auf den Kreislauf bilden die Arbeiten von Kochmann und mir; gleichzeitig wurde in diesen Arbeiten eine genaue Analyse der Alkoholwirkung formuliert.

Anschließend an die Versuche Loebs, der an dem nach der Langendorffschen Methode durchbluteten Herzen durch sehr geringe Konzentrationen (0,13 bis 0,3 % Alkohol im Blut) eine deutliche, wenn auch geringe erregende Wirkung in einigen Fällen sah, hat Kochmann Versuche an Tieren angestellt und fand, daß nach 5 ccm 20 %igen Alkohols, intravenös eingespritzt, der Blutdruck vorübergehend um durchschnittlich 8 % stieg. Der günstige Einfluß des Alkohols auf den Blutdruck führte Kochmann dazu, kleine Gaben Alkohol auch systematisch am Menschen auf blutdrucksteigernde Wirkung zu prüfen. Er konnte feststellen, daß der Blutdruck, gemessen mit dem Tonometer von Gaertner oder dem Apparat von Riva-Rocci nach kleinen Gaben, d. h. bis zu 50 ccm 30 %igen Alkohols oder ähnlichen Mengen, bedeutend stieg. Hingegen brachten schon (absichtlich gewählte) etwas größere Dosen, z. B. 90 ccm 50 %igen Alkohols einen Druckabfall hervor. Die Pulszahl unterlag nur geringen Schwankungen; dies stimmt auch mit den Beobachtungen von Wendelstadt, Bachem und anderen überein. Die Dauer der Blutdrucksteigerung hielt meist eine halbe, höchstens eine Stunde an, um alsdann langsam wieder abzuklingen. Es gelang Kochmann, mit dem Bock-Oertelschen*) Stethoskop zu zeigen, daß das Herz nach geringen Gaben Alkohol mehr leistet als vorher; wenigstens scheinen diese Versuche vergleichsweise verwertbar zu sein.

---

*) Näheres über die Anwendung: Berlin. Klin. Wochenschrift 1900, S. 502.

Auch ich konnte dieselben günstigen Wirkungen des Alkohols im Tierversuch und an mir selbst bestätigen. Kaninchen injizierte ich intravenös kleine Mengen, meist 0,2 bis 1,0 ccm absoluten Alkohol in 5- bis 50%iger Verdünnung. Es ergab sich, daß meist eine Drucksteigerung von 10 bis 20 mm Hg und zwei bis drei Minuten Dauer eintrat.

Da man wohl sagen kann, jede Person reagiert quantitativ verschieden auf Alkohol, je nach Alter, Körperkonstitution, Nerven- und Gefäßsystem und besonders je nach Gewöhnung an geistige Getränke, so scheinen vergleichende Resultate aus Versuchen, in denen mit verschiedenen Dosen etc. gearbeitet wurde, beweiskräftiger zu sein, wenn sie an ein und derselben Person gewonnen werden. Aus diesem Grunde stellte ich eine Reihe Blutdruckversuche an mir selbst an. Ich nahm kleine Dosen Alkohol zu mir, da man nur von diesen eine Blutdrucksteigerung erwarten darf. Die Einzelgabe schwankte zwischen 10 und 25 ccm (auf absol. Alkohol umgerechnet). Außer versüßten alkoholisch-wässerigen Lösungen benutzte ich Münchener Bier (4,2%), Rheinwein (10,6%), Malton-Tokayer (13,5%), Madeira (18%), Kognak (23%) und deutschen Schaumwein (12%). Die Blutdrucksteigerung, gemessen mit dem Riva-Roccischen Apparat, erreichte in einzelnen Fällen bis 18% des Ausgangsdrucks, die Pulszahl unterlag nur geringen Schwankungen. Es zeigte sich, daß die Blutdrucksteigerung direkt proportional der Konzentration des Alkohols war. Besonders deutlich war dies beim Schaumwein. Letzterer hat daher u. a. einen Lobredner an von Jürgensen gefunden, wenn er bei Herzschwäche infolge von Pneumonie Alkoholika in höherer Konzentration (Südwein, Burgunder, Schaumwein) reichen läßt. Besonders günstig wirke im Schaumwein die Kohlensäure, wodurch der Alkohol rascher resorbiert wird, der das Herz alsdann in kurzer Zeit zu vermehrter Arbeit bringt.

Das Ergebnis aller meiner Versuche läßt sich kurz dahin zusammenfassen: Kleine Mengen alkoholischer Getränke erhöhen in kurzer Zeit den Blutdruck. Die Steigerung erreicht nach etwa $^1/_2$ Stunde ihr Maximum. Konzentrierte Lösungen bedingen eine stärkere Blutdrucksteigerung als verdünnte. Im nüchternen Zustand scheint die blutdrucksteigernde Wirkung ausgesprochener zu sein; deutlich tritt dies beim Schaumwein hervor. Als Ursache der Blutdrucksteigerung muß in erster Linie vermehrte und verstärkte Herztätigkeit gelten.

Zum Schlusse noch einige Worte über die Deutung der Ergebnisse. In Betracht kommen für eine blutdrucksteigernde Wirkung außer dem Herzen das Vasomotorenzentrum und allenfalls die peripheren Gefäße. Letztere können wohl in Versuchen, wobei der Alkohol in kleinen Mengen per os und nicht direkt intravenös gegeben wurde, ausscheiden, da in diesem Falle eine direkte oder reflektorische Wirkung von den peripheren Gefäßnerven aus so gut wie ausgeschlossen ist. Auch von der Magenwand her wirkt Alkohol nicht reflektorisch blutdrucksteigernd, wie ich mich durch Kontrollversuche mit Senföllösungen überzeugen konnte. Von anderer Seite wurde eine Verengerung der Splanchnikusgefäße als blutdrucksteigernder Faktor angenommen; dem ist aber, wie ich zeigen konnte, nicht so. Daß dem Vasomotorenzentrum der Hauptanteil an dem Effekt zukommt, scheint aus verschiedenen Gründen unwahrscheinlich zu sein (vergl. die unten referierten Arbeiten des Verf.).

In der Hauptsache ist verstärkte Herztätigkeit als Ursache der Blutdrucksteigerung anzusprechen. Dies ergibt sich außer aus den Pulskurven, die auf schnellere Ventrikelkontraktion schließen lassen, auch aus den Versuchen am isolierten Herzen von Loeb (nach der Langendorffschen) und mir (nach der Bock-Heringschen Methode).

Literatur.

Binz: Centralblatt f. innere Medizin, 1891, Nr. 1.
Wilmanns: Pflügers Archiv Bd. 66, S. 167.
Weißenfeld: Pflügers Archiv, Bd. 71, S. 60.
Wendelstadt: Pflügers Archiv, Bd. 76, S. 223.
Vogel: Pflügers Archiv, Bd. 67, S. 141.
Krautwig: Inaugur.-Dissert. Bonn 1893.
Bachem: Centralblatt f. innere Medizin, 1907, Nr. 34.
von Noorden: Die Heilkunde, Bd. I, 1900.
Swientochowski: Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 46, S. 284.
Schüle: Berlin. klin. Wochenschrift, 1900, Nr. 33.
Kochmann: Arch. internat. de pharmacodyn., Bd. 13, S. 329.
Kochmann: Arch. internat. de pharmacodyn., Bd. 15, S. 443.
Bachem: Arch. internat. de pharmacodyn., Bd. 14, S. 437.
Bachem: Pflügers Archiv, Bd. 114, S. 508.
Loeb: Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak., Bd. 52, S. 459.
von Jürgensen: in Penzoldt-Stintzing (1902), Bd. 3, S. 285.

Unfallheilkunde.

Aus der Unfall-Literatur des Jahres 1907.

Uebersichtsreferat von

Dr. iur. et med. **Franz Kirchberg**, Arzt, Berlin.

Dem Vorwurf, daß die Unfallheilkunde der Wissenschaftlichkeit entbehre, entgegnet Kaufmann (1) in der Neuauflage seines Handbuches der Unfallmedizin, das ich als die für den praktischen Arzt wichtigste Neuerscheinung des letzten Jahres auf dem Gebiet der Unfallliteratur hier zuerst erwähnen möchte, mit Recht, sie müsse wie jedes andere medizinische Spezialfach mit der Verarbeitung der Erfahrung beginnen, indem sie deren Ergebnisse genau feststellt, wissenschaftlich aufklärt und weiter ausbildet. In diesem Sinne der weiteren wissenschaftlichen Ausarbeitung sind auch wieder im letzten Jahre so viele wichtige Arbeiten erschienen, daß es hier natürlich nur möglich ist, einige wenige prägnante Beispiele anzuführen. — Der Vorwurf Kaufmanns: „leider wird das Bedürfnis nach wissenschaftlicher Vertiefung in unserem Gebiet noch viel zu wenig empfunden, das gewöhnliche Studium beschränkt sich auf die gebräuchlichsten Schätzungen des erwerblichen Schadens“, wird einerseits bei der weiteren tätigen Mitarbeit des praktischen Arztes, dem auf diesem Gebiet im Sinne der ersten genauen Beobachtung der Symptome wie des Heilvorganges eine nicht unerhebliche und unter Umständen recht erfreuliche wissenschaftliche Aufgabe zufällt, von Jahr zu Jahr mehr seine Berechtigung verlieren und ist andererseits mehr in dem Fehlen des systematischen Unterrichts auf diesem Gebiet als in dem Mangel am guten Willen begründet. — „Häufig trifft man bei Aerzten die Ansicht,“ meint Kaufmann, „die Kenntnis dessen, was ein Unfall oder kein solcher sei, könne den Arzt nicht interessieren, darum hätten sich einzig die Organe der Versicherung zu kümmern, denen es ja auch ausschließlich zukomme, den Unfall von der Krankheit abzugrenzen.“ Hiergegen ist aber festzustellen, daß die Abgrenzung von Unfall und Krankheit stets die Mitwirkung sachverständiger Aerzte verlangt. Die dazu nötigen versicherungsrechtlichen Kenntnisse kann der Arzt sich wohl gerade in dem Kaufmannschen Handbuche am leichtesten und instruktivsten holen, wobei die Gegenüberstellung der deutschen, österreichischen, schweizerischen und französischen Arbeiter und der privaten Unfallmedizin dem sozial denkenden Arzt vielerlei Anregung — u. a. auch in Bezug auf eine intensivere ärztlich-öffentliche Tätigkeit — geben wird. Der zweite Teil, „Der Unfallverletzungen“ gibt dem praktischen Arzt nicht nur bei der Beurteilung von Unfällen vorzügliche Handhaben, auch für die Privatpraxis zur Beurteilung der Prognose und zum Vergleich seiner Erfolge wird es ihm von großem Interesse sein.

Auf die Erfahrungstatsache, daß viele Aerzte aus Unkenntnis der Gesetze inhuman handeln, zum Nachteil des Verletzten wie des Sachverständigen, macht Schott (2) zum Teil im Anschluß an das 1907 ebenfalls in neuer Auflage erschienene ausgezeichnete Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit von L. Becker (3) aufmerksam. Daß die Unfallversicherungsgesetzgebung eine ausgesprochen humane Einrichtung ist und der Gesetzgeber sich von den Gesichtspunkten der Gerechtigkeit und Fürsorge hat leiten lassen, belegt er durch eine Anzahl diesbezüglicher Rekursentscheidungen des Reichsversicherungsamts: z. B. daß Körperverletzung und Tod nicht die unmittelbare Folge des Unfalls zu sein brauchen, auch mittelbare sich entwickelnde Folgen dieser Art fallen den

Trägern der Unfallversicherung zur Last; die Verletzung braucht nur eine von mehreren mitwirkenden Ursachen für die Erwerbsunfähigkeit oder den Tod zu sein; ferner daß die Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens durch einen Betriebsunfall für die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaften ganz dieselbe rechtliche Bedeutung, wie ein durch den Unfall ganz neu entstandenes Leiden hat. Schott weist mit Recht darauf hin, daß die Kenntnis gerade dieses Rechtsgrundsatzes von außerordentlicher Wichtigkeit für Arzt und Patienten ist. Er erinnert ferner an das Urteil, daß es eines zwingenden Beweises für den ursächlichen Zusammenhang nicht bedürfe, es genüge eine hohe Wahrscheinlichkeit.

Für die Beurteilung der Vergiftungen im Betriebe von außerordentlicher Wichtigkeit wie für die Beurteilung der medikamentösen Therapie in dem Sinne der individuellen Idiosynkrasie gegen irgendwelche stark wirkenden Medikamente bei dem Arzt deswegen zur Last gelegter Verschlimmerung des Zustandes des Patienten bei sonst richtiger Dosierung von großem Wert ist Lewins (4) Vortrag: „Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufes von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betrieb“, der im V. Kapitel über die Bedeutung der persönlichen Veranlagung für den Eintritt und die Verlaufsart von Vergiftungen sagt: „Für die Gestaltung einer Giftwirkung ist oft die persönliche Veranlagung des Leidenden ausschlaggebend. Die ärztlichen und richterlichen Beurteiler müssen mit ihr rechnen und müssen sie zu ihrem Rechte kommen lassen. Sie wirkt und ist doch in allen ihren Teilen ein Mysterium. Sie unterschätzen, kann verhängnisvoll werden; ihre große Bedeutung leugnen, ist ein Zeichen medizinischer Unbildung, in ihrem Wesen sie zu erklären, wird nie einem Sterblichen gegeben sein.“

Er macht nach Vergiftungen auf die natürlichen regulatorischen Vorgänge im Körper aufmerksam und weist bei der Behandlung von Vergiftungsunfallkranken auf die frühzeitige Anregung der ausscheidenden Organe durch Trink- und Badekuren und als weiteres Mittel für die Regulierung eines körperlichen Vergiftungsschadens hin eine möglichst gute Ernährung auf. Sein Satz: „Es gibt kein Organ des menschlichen Körpers und keine Gewebsart, die nicht durch bestimmte Gifte so erkranken können wie durch Leidensursachen anderer Art. Eine Vergiftung ist deswegen eine örtliche oder allgemeine Krankheit, und eine Krankheit im landläufigen Sinne, unter Ausschluß der Verletzungen, ist eine örtliche oder allgemeine Vergiftung“, dürfte wohl schon manchem vielbeschäftigten Praktiker die Grundlage seines therapeutischen Handelns sein. —

Thiem hatte in einem Aufsatz über den Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit chirurgischer Krankheiten (Monats. f. Unfallheil. und Inval, Nr. 9, 1906) darauf hingewiesen, daß der klinisch-chirurgische Unterricht sich durch die Unfallgesetzgebung wieder mehr der lebhaften Betätigung auf dem wichtigen Gebiet der Verletzungschirurgie zugewandt habe und auf die gewaltige Aenderung in den Statistiken über Heilungsdauer und Heilerfolg der Verletzungen, und hatte die spätere Gebrauchsfähigkeit der Glieder als erste Aufgabe der Therapie im Sinne der Unfallgesetzgebung unter Eindämmung der sogen. konservativen Chirurgie bezeichnet; in therapeutischer Hinsicht warnte er vor einer Ueberschätzung der mediko-mechanischen Behandlung und Institute, denen er die eigentliche Orthopädie mit Verbandapparaten, sorgfältige Massage, das „gute deutsche Turnen“, namentlich die Freiübungen und die Bäder u. v. a. gegenüberstellte. Eingehender beschäftigt er sich mit diesem Gebiet in einer neuen Arbeit (5): „Ueber die Bedeutung der physikalischen Mittel bei der Untersuchung und Behandlung Unfallverletzter“, deren eingehendes Studium jedem praktischen Arzt vorteilhaft ist. Nach Besprechung der Beziehungen der Unfallheilkunde zur inneren Medizin und zur Nervenheilkunde betont er den Nutzen der Photographie in der Unfallheilkunde. (Die Photographie steht überhaupt noch viel zu wenig im Dienst der Medizin, gerade der praktische Arzt würde oft von der Photographie mancherlei Nutzen haben. K.) Bei der Behandlung der Knochenbrüche fordert er die rücksichtsloseste Einrenkung unter Kontrolle des Röntgenverfahrens und in der Narkose, die z. B. bei Speichenbrüchen genügt, so daß diese nachher nur noch mit Mitella- und Mechanotherapie nachbehandelt werden. Die Gehgipsverbände hat er fast ganz aufgegeben, bei der Pseudarthrosenbildung empfiehlt er Einspritzung gleichartigen Blutes (aus der Armvene entnommen), in leichten Fällen einfache Blutstauung nach Helferich, die ohne Strecklähmung einhergehenden Kniescheibenbrüche werden massiert, die anderen durch offene Naht behandelt. Alle größeren offenen Verletzungen mit der Gefahr schwerer Infektion werden durch prophylaktische Tetanusantitoxin-Einspritzungen behandelt, im übrigen alle sofort nach Bier gestaut. Gerade die prophylaktische Stauung empfiehlt Thiem eindringlichst.

Vor der Anwendung portativer orthopädischer Apparate warnt er, empfiehlt statt der künstlichen schweren Beine mit beweglichen Gliedern einfache leichte Stelzbeine.

Bei der Besprechung der Hydrotherapie empfiehlt er u. a. als nervenberuhigende Mittel wenig unter dem Differenzpunkt liegende Voll- und Halbbäder, er glaubt an die Herzkräftigung der kühlen Kohlensäurebäder durch Herzübung (Zusatz von Sole hat ihm keine besondere Wirkung gezeigt). Die Duscheanwendung wird genauer beschrieben. Die kinetotherapeutischen Bäder für Leute mit gelähmten und geschwächten Beinen (wobei sie ein in der Badewanne angebrachtes Velozipedrad treten), erscheinen mir außerordentlich praktisch. Bei der Thermotherapie spricht Thiem den heißen Sandbädern sehr das Wort, namentlich bei traumatisch entzündlichen oder rheumatischen Erkrankungen großer Abschnitte der Wirbelsäule. Bei der Besprechung der Mechanotherapie (Massage und Heilgymnastik) weist er darauf hin, daß jede Muskelübung auch Nervenübung ist.

Neben der Vibrationsmassage, der er eine gefühlherabsetzende und wie bei allen Massagemanipulationen hyperämisierende, sekretionsanregende und stoffwechselbefördernde Wirkung gibt, betont er vor allem die den Blutumlauf und die Lymphzirkulation befördernde Wirkung der Palpationsmassagen, „zwei Eigenschaften zeichnen aber dieses Heilverfahren besonders aus. Nämlich abgesehen von den mechanischen Dehnungen der Nerven und anderer Gewebe und Zerreißungen von Verwachsungen und der Fortschaffung von flüssigen krankhaften Stoffen, namentlich die grob mechanische Zerkleinerung von festen Gerinnseln oder entzündlichen Bindegewebsneubildungen und ihre Fortschaffung in den Lymphstrom. Wir wissen, daß auf diesen (den Lymphstrom) die Erzeugung von Hyperämie so gut wie gar keinen Einfluß hat. Diese Einwirkung auf die Lymphbahnen, welcher gerade die Aufgabe zufällt, die kleinen körperlichen Elemente aus chronisch entzündeten Teilen fortzuschaffen, ist die ureigenste Domäne der Massage.“ Die zweite ihr eigentümliche Wirkung sieht er darin, daß sie für den ermüdeten Muskel eine weit größere Erholung und damit erhöhte Leistungsfähigkeit bewirkt als die Ruhe, wahrscheinlich durch rasche Fortschaffung der Ermüdungsprodukte. (Beide Sätze, die mit den Forschungsergebnissen z. B. Zabludowskis völlig übereinstimmen, werden in der Therapie noch lange nicht genügend gewürdigt.)

In Thiems Anstalt werden alle Patienten zweimal täglich massiert, wieder betont er, daß es richtig wäre, wenn die Aerzte selbst mehr die Ausübung der Massage übernähmen, als sie dem niederen, nicht immer genügend geschulten Heilpersonal überließen. — Die aufsaugende Massagewirkung verstärkt er durch nachträgliche Bindeneinwickelung. Die Benutzung des elastischen Zuges (nach Krukenberg) sollte auch mehr vom praktischen Arzt gewürdigt werden. Er erwähnt, daß man manchmal durch elastische Bindeneinwickelungen in einer einzigen Sitzung steife Finger zum Geraderichten bringen kann.

Uebungs- und Beschäftigungstherapie werden besprochen, ebenso die elektrodiagnostischen und elektrotherapeutischen Prozeduren verschiedener Art. Thiem ist mit Frankenhäuser der Ansicht, daß von allen auf die Gewebe einwirkenden Reizen der elektrische Stoß den größten Reiz bewirkt; der Satz: „Die Elektrizität ist in allen Erschöpfungszuständen ein Tonikum ersten Ranges und die Reize stellen keineswegs bloße Hautreize dar, sondern werden durch die sensiblen Nerven in den Reflexbahnen auch auf innere Organe übergeleitet“, ist, von einem Praktiker wie Thiem wiederholt, durchaus zu beachten. Der Vortrag zeigt, wie die Unfallsheilkunde sich ebenso sehr der physikalischen Heilmethoden bedient, wie sie vielfach neue Anregung zu weiterer Verwertung derselben gegeben hat.

Besprochene Literatur:

1. C. Kaufmann, Handbuch der Unfallmedizin mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen, schweizerischen und französischen Arbeiter und der privaten Unfallversicherung. Dritte Auflage des Handbuchs der Unfallverletzungen. 1. Hälfte, Allgemeiner Teil: Unfallverletzungen. Stuttgart 1907. F. Enke.
2. Schott, Aus der Unfallpraxis. Aerztl. Sachverst.-Zeit. 1907, Nr. 23.
3. L. Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. 1907.
4. L. Lewin, Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betrieb. Berlin 1907, Verlag C. Heymann.
5. C. Thiem, Ueber die Bedeutung physikalischer Mittel bei der Untersuchung und Behandlung Unfallverletzter. Monatsschrift f. Unf. und Invalid., 1907, Nr. 10.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **J. Perl**, Berlin.

1. **Ein Fall von Schweinrotlauf beim Menschen und dessen Heilung durch Schweinrotlaufserum.** Dr. H. Welzel. Münchner med. Wochenschrift 1907, Nr. 50.

2. **Appendizitis und Ulkus ventrikuli.** Von Franz Mehnert. Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., 1907, XVIII., 3. Heft.

3. **Praktische Winke zur Seifenspiritusdesinfektion.** Von Linnartz. Zentralblatt für Chirurgie, 1907, 50, p. 1460.

4. **Serumbehandlung bei Tetanus.** Von Max Hofmann. Aus der chirurg. Klinik zu Graz. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1907, 55. Bd., 3. Heft.

5. **Zur ambulanten Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche.** Von Ed. Kreißler. Ibidem.

6. **Behandlung des Pes equinovarus.** Von Friedrich Dieffenbach. Ibidem.

1. Bei der Impfung der Schweine gegen Rotlauf wird neben dem Immun-Serum auch ein Tropfen einer Reinkultur von Rotlaufbazillen eingespritzt. Ansteckung von Tierärzten kommt daher nicht allzu selten vor, und wenn auch die Erkrankung (gewöhnlich Finger oder Arm) im allgemeinen milde verläuft, so ist doch schon ein Todesfall bekannt. In Welzels Fall blieb die unzweifelhaft fortschreitende Rotlauf-Phlegmone des Daumens durch Stauung unbeeinflußt, ging aber nach Rotlaufserum-Einspritzung (Succerin-Höchst; $8^1/_2$ cm auf 10 kg Körpergewicht) binnen wenigen Stunden vollständig zurück, eine dringende Mahnung, solch spezifische Ansteckung sofort mit dem Gegengift zu behandeln.

2. Mehnert bezeichnet es als Verdienst von Payr, zuerst auf den Zusammenhang zwischen Appendixerkrankungen und sekundären, oft direkt im Verlaufe der Wurmfortsatzerkrankung auftretenden Magenveränderungen hingewiesen zu haben. Mehnerts Erfahrungen über das Zusammentreffen des Befundes Ulkus ventrikuli und Appendizitis sind geradezu verblüffend. Bei einer Zahl von 36 einwandfreien Ulzera ventrikuli aus den letzten zwei Jahren hat er 23 ebenso einwandfreie Appendizitiden notiert, das gibt ein Prozentverhältnis von 64%. Er glaubt, daß der von Payr experimentell nachgewiesene kausale Zusammenhang zwischen Thrombenbildung bezw. Emboli aus den primär erkrankten Gebieten mit den sekundär auftretenden ulzerösen Prozessen am Magen durch seine Beobachtungen eine weitere klinische Stütze erfährt, und daß der Zusammenhang zwischen Appendizitis und Ulkus ventrikuli in praktischer und theoretischer Hinsicht eine große Bedeutung erlangt hat. Er hält es für seine Pflicht, auf dieses wichtige Folgerungsglied in der Reihe der appendikulären Komplikationen aufmerksam zu machen, die Indikation zur Vornahme der Appendektomie nicht nur auf die akuten Formen der Appendizitis zu beschränken, sondern die Indikation auch auf die chronischen Formen zu erweitern.

3. Linnartz weist mit Recht darauf hin, daß die Desinfektion mit Seifenspiritus von den praktischen Aerzten viel zu wenig angewandt wird, trotzdem sie sich gerade für deren Zwecke und Mittel eignet. Die Nachteile der Seifenspiritusdesinfektion hat er zum großen Teil durch Einführung eines Fünfminutenlaufbehälters beseitigt. Bei Selbstbereitung des Seifenspiritus sinkt der Herstellungspreis bis unter mehr als die Hälfte der offizinellen Taxe. Der verbrauchte Spiritus läßt sich durch Sterilisieren wieder verwenden.

4. Dr. Max Hofmann bespricht die Erfolge der Serumbehandlung bei Tetanus. Bei subkutaner Einverleibung des Mittels starben von 13 Tetanuskranken 7 (53,8% Mortalität). Ueber endoneurale Injektionen liegen zu geringe einwandsfreie Erfahrungen vor. Dagegen sind von den 16 mit Duralinfusionen behandelten Fällen, unter denen sich schwerste und prognostisch ungünstige Tetanusfälle, auch solche mit kurzer Inkubationszeit fanden, nur zwei Fälle gestorben, was einer Mortalität von 12,5% entspricht. Dieses Resultat ermuntert zu weiteren Versuchen mit Duralinfusion des Serums.

Nach Ablassen einer größeren Menge von Liquor zerebrospinalis werden 20 ccm, bei Kindern 10 ccm alle zwei bis drei Tage in den Lumbalsack injiziert bis zum Eintritt einer manifesten Besserung; außerdem subkutane und lokale (am Orte der Wunde) Deponierung des Serums.

5. Dr. Eduard Kreißler empfiehlt das von Hecker angegebene Triangel zur ambulanten Extensionsbehandlung der Oberarmbrüche. Eine starke Pappschiene wird so gebogen, daß ein Thoraxteil, ein Oberarmteil und ein Vorderarmteil entsteht. Besonderer Wert wird auf genaue Bemessung derselben (nach der gesunden Seite) gelegt. Nach der Reposition der Fraktur wird die Schiene an den Thorax anbandagiert, der Arm an die Schiene. Die Schiene wirkt zugleich als Extensions- und Lagerungsverband. Sie ist indiziert bei Frakturen der oberen Epiphyse mit Abduktionsmechanismus, Diaphysenfrakturen usw. und kann mit einer Extensionsschiene kombiniert werden. Besonders geeignet scheint sie zur Improvisation für den Landarzt.

6. Dr. Friedrich Dieffenbach empfiehlt die Behandlung des Pes equinovarus mit keilförmiger Exzision aus dem Tarsus. Dieselbe ist geeignet für die schweren Fälle Erwachsener, besonders dann, wenn die sozialen Verhältnisse eine schnelle Heilung erfordern; ferner kommt sie in Betracht, wenn die unblutigen Methoden zu keinem Resultat geführt haben. Um die Größe des Keils dem Fall entsprechend wählen zu können, wird an einem aus etwas widerstandsfähiger Gelatine gefertigten Modell genau festgestellt, wieviel jedesmal fortzunehmen ist, um eine gute Korrektur zu erzielen.

Dieses Verfahren hat sich in der Praxis außerordentlich bewährt. Die Nachbehandlung besteht darin, daß die Patienten nach der Operation drei bis vier Monate lang einen Gipsverband tragen und nach dessen Entfernung gewöhnliche Schnürschuhe mit am Außenrand etwas erhöhter Sohle.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **A. Schwenk**, Berlin.

1. **Ueber Albuminurie.** Von Professor v. Noorden. Zeitschrift für Urologie, Band I, 12. Heft.

2. **Hodenhautgangrän nach Gebrauch von Jodtinktur.** Von Regimentsarzt Dr. Hanaiewicz. Münch. med. Wochenschrift, Dez. 1907.

1. Der Besprechung der gutartigen Albuminurien schickt N. einige allgemeine Bemerkungen voraus. Ebensowenig wie das Auftreten von Zylindern den Praktiker zum Pessimismus verleiten darf, ebensowenig darf er bei Albuminurien, die zyklisch intermittierend auftreten, allzu optimistisch sein. Denn Zylinder von verschiedener Art finden sich öfters bei harmlosen Albuminurien; andrerseits ist eine regelmäßig in Unterbrechungen wiederkehrende Eiweißausscheidung oft der Vorbote für eine beginnende Schrumpfniere. Wichtiger als Albumen und Zylinder für die Beurteilung ist das Verhalten des Gefäßsystems, des Herzens und der Blutgefäße; lehrt doch die klinische Erfahrung, daß schon im ersten Anfang der Schrumpfniere sich eine Drucksteigerung im Gefäßsystem einstellt. Ebensowenig verläßlich sind die Proben auf die Eliminationskraft der Nieren für Stoffwechselprodukte und die funktionelle Diagnostik, deren ungünstiger Ausfall zum Pessimismus berechtigt, deren günstiges Resultat keinen Anlaß zum Optimismus gibt.

N. zählt den gutartigen Alb. auch die zu, bei denen zwar anatomische Veränderungen der Nieren vorliegen, die aber nicht den Uebergang zur chronischen Nephritis befürchten lassen. Er unterscheidet:

a) Die orthostatische und

b) juvenile Albuminurie meist bei anaemischen Kindern; bei der ersteren Albumen hauptsächlich morgens beim Aufstehen, bei der letzteren mehr kontinuierlich.

c) Dauernde Eiweißausscheidungen, die sich manchmal nach überstandener akuter Nephritis ohne sonstige Anzeichen einer fortschreitenden Nierenkrankheit einstellen; Herz, Gefäße und Blutdruck hier immer normal. Diese Art kann Jahrzehntelang ohne Schädigung des Allgemeinbefindens bestehen.

d) Formen von praetuberkulöser Albuminurie, häufig im allerersten Stadium der Tbc. pulm. mikroskopisch Zylinder und rote Blutkörperchen. Zeigen sich hierbei nach wenigen Wochen keine Zeichen von Nephritis, dann verschwindet das Eiweiß später wieder vollständig.

e) Eiweißausscheidungen bei Diabetes mellitus, die oft monatelang bestehen und dann unter Entziehung der Kohlehydrate verschwinden.

f) Bei Altersnephritis kann Albuminurie jahrelang ohne Schaden bestehen, eine diätetische Therapie ist hier übrig, da die Nierenerkrankung meist eine Teilerscheinung der allgemeinen normalen Abnützungsvorgänge im senilen Organismus ist.

Zum Schluß wendet sich N. gegen die bisherige Therapie der chronischen Nierenkrankheiten. Er verwirft jeden Schematismus in der Behandlung bei allen Formen der juvenilen Albuminurie, wo nicht mit echter Nephritis zu rechnen ist, empfiehlt er anstatt der physikalischen und diätetischen Schonungsbehandlung systematische Muskelbetätigung, abhärtende Prozeduren und Badekuren, eine eiweißreiche gemischte und nicht mästende Kost. Bei der Altersalbuminurie kein Jod, da dies auf die Nieren nur reizend wirkt und obendrein dem alten Patienten den geringen Appetit noch völlig benimmt.

Keine zu große Flüssigkeitszufuhr; hierdurch entsteht nur zu häufig bedrohliche Herzschwäche. Im Allgemeinen eine gemischte, fleischreiche Kost; im wesentlichen keine einschneidende Veränderung in der Lebensweise und Ernährung.

2. Je größer das Anwendungsgebiet eines Medikamentes ist, desto wichtiger ist es, mit den üblen Nebenwirkungen desselben stets vertraut zu sein. Und es ist für den Praktiker von großem Werte, wenn möglichst oft über die unangenehmen Erfahrungen, die bei Anwendung von Medikamenten gemacht wurden, berichtet wird. Eine in dieser Beziehung interessante Bereicherung bietet der nachstehende Fall:

Bei einem Pat., welcher sich auf Anraten des Arztes die Haut über dem geschwollenen Hoden mit Jodtinktur mehrere Male einpinselte, löste sich nach einigen Tagen die Skrotalhaut gangränös und in Fetzen ab: der Hoden mußte operativ freigelegt, und der Defekt mit Tierschscher Transplantation vom Oberschenkel aus gedeckt werden.

Im Anschluß an diesen Fall möchte ich nur kurz bemerken, daß man im Allgemeinen an der Regel festhalten muß, daß Hodenentzündungen im akuten Stadium nur antiphlogistisch zu behandeln sind; sind die akuten und schmerzhaften Erscheinungen verschwunden, dann geht man allmählich zur Applikation von Wärme und reizenden Medikamenten über. Doch ist hierbei sehr genau auf das Verhalten der Haut zu achten; schält sich die Haut zu intensiv und wird sie schmerzhaft, dann muß diese Medikation ausgesetzt werden und einer indifferenten Salbenbehandlung so lange Platz machen, bis die Haut sich wieder regeneriert hat. Will man das Jod als Heilmittel absolut nicht entbehren, dann macht man auch im akuten Stadium mit der internen Darreichung von Jodkalium in Verbindung mit Natr. salic. mitunter recht gute Erfahrungen.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **E. Meyer**, Assistent an der Universitätspoliklinik für Lungenkranke, Berlin.

1. **Extraktionsversuche mittels Bronchoskopie.** Von H. v. Schrötter. Berlin. Klin. Wochenschrift 1907, Nr. 51.

2. **Das Tuberkulin in der Hand des praktischen Arztes.** Von Weicker, Görbersdorf. Wien. med. Woch., 1907, Nr. 51.

3. **Rippenresektion bei Lungentuberkulose.** Von W. Kausch. Deutsch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 50.

4. **Meine Beobachtungen in der Tuberkulosetherapie bei der Anwendung von Marmorekserum.** Von Dr. Schenker in Aarau. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 43.

5. **Die verschiedenen Arten des Asthmas, seine Entstehung etc.** Von Goldscheider. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1907, Nr. 26.

6. **Erfahrungen mit Alttuberkulin in der Privatpraxis.** Von W. Holdheim. Med. Klinik, 1907, Nr. 50.

7. **Die Konjunktivalreaktion als Diagnostikum bei Lungentuberkulose.** Von Blümel und Clarus, Görbersdorf. Mediz. Klinik, 1907, Nr. 50.

1. Hermann von Schrötter gelang es, bei einem 52jährigen Manne einen vor zwei Jahren verschluckten Schweinsknochen mittels Bronchoskopie im linken Bronchus zu finden und direkt zu extrahieren. Er fordert deshalb, daß man auch noch bei alten Fällen Extraktionsversuche machen solle.

2. Weicker gibt den Rat, bei der Tuberkulinbehandlung von Kassenkranken vorher die Genehmigung der Kassen einzuholen, da letztere nach dem Gesetz nicht verpflichtet sind, die Kosten einer solchen Behandlung zu tragen. Eventuell solle sich der Arzt an die Landes-Versicherungsanstalt wenden. Weicker warnt davor, Tuberkulin bei Unfallverletzten anzuwenden.

3. W. Kausch teilt einen Fall mit, bei dem er nach W. A. Freunds und Harts Vorschlag bei einer Patientin wegen beginnender Lungenspitzentuberkulose eine Resektion des ersten Rippenknorpels vorgenommen hatte. Der Fall verlief bisher günstig. Um jedoch über das Verfahren ein Urteil fällen zu können, ist es nötig, noch eine große Anzahl Fälle zu beobachten.

4. Verf., der bisher neben einer rationellen Ernährung und Pflege Tuberkulöser in den letzten Jahren neben den verschiedenen Kreosotpräparaten und deren Derivaten hauptsächlich Hetol Landerer, Neutuberkulin Koch und Tuberkulin Beraneck anwendete, hat seit Oktober 1906 an 39 Patienten der medizinischen Abteilung der kantonalen Krankenanstalt in Aarau Versuche mit dem Antituberkuloseserum Marmorek angestellt und faßt seine Beobachtungen zu folgenden Schlußsätzen zusammen: Das Serum wirkt bei Tuberkulose antitoxisch auf den menschlichen Organismus, was aus der Abnahme bezw. dem Verschwinden der Tuberkelbazillen im Auswurf Lungenschwindsüchtiger und im Harnsediment bei Harnblase und Nierentuberkulose zu schließen ist. Seine Wirkung ist besonders günstig bei Lungentuberkulose ersten und zweiten Grades sowie bei Knochen- und Bauchfelltuberkulose. Bei Lungentuberkulose dritten Grades wirkt es zwar nicht heilend, aber günstiger als die anderen Mittel. Je hartnäckiger die Krankheit, desto länger muß man es anwenden, und zwar am besten rektal, weil bei subkutaner und innerlicher Darreichung Nebenerscheinungen auftreten.

5. In einem interessanten Vortrage spricht Goldscheider über die verschiedenen Arten des Asthmas, seine Entstehung etc. und gibt schließlich noch wertvolle therapeutische Winke. Außer Räuchermitteln kommen in erster Reihe Narkotika, Morphium, Chloral, Atropin, Skopolaminum hydrobromikum in Betracht. — Atropin, welches zur Zeit immer mehr in Anwendung kommt, ist auch in dem bekannten Tuckerschen Heilmittel enthalten, neben Natrium nitrosum. Auch Brügelmann läßt Atropin inhalieren. Subkutan wird es während des Anfalles in Dosen bis 1 mg gegeben, bei längerem Gebrauch wird es in Pillen gegeben bis 4 mg pro die. Auch Lobelia wird verwandt zur Erweiterung der kontrahierten Bronchien, ebenso Chloroform, Urethan und Aether. — F. Kraus hat mit Koffein. natr. salicyl. 0,2 + Antipyrin 0,8 oft Attacken koupiert. Weiter werden empfohlen Heißluftbäder, Sauerstoffinhalationen, Jod. — Bei dem sogen. nasalen Asthma ist ein Versuch mit in Kokain, Eukain oder Novokain getauchten Wattepfropfen zu empfehlen; Polypen etc. sind abzutragen, doch ist vor verstümmelnden Operationen zu warnen. — Chronische Asthmatiker sind wie Neurastheniker zu behandeln und machen als solche oft mit Vorteil Gebrauch von See- oder Gebirgsaufenthalt, besonders Aufenthalt im Hochgebirge soll günstig sein. — Von vielen Autoren werden Apparate angewandt, besonders bei Emphysematikern z. B. der Waldenburgsche Apparat, pneumatische Kammer,

ferner Atemgymnastik, Thoraxkompression zum Teil ohne, zum Teil mit Apparaten wie z. B. dem Roßbachschen und dem Bogheanschen Atmungsstuhl. Besonders der letztere leistet nach Goldscheiders Angabe Hervorragendes. — Neben allen diesen Maßnahmen kommen immer noch die hydrotherapeutischen Maßnahmen wie Halbbäder, Packungen, Abreibungen, Duschen in Betracht und in der anfallsfreien Zeit eine sorgfältige psychische Behandlung.

6. W. Holdheim hält das Tuberkulin für das einzige spezifische Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose und hat bei der ambulanten Behandlung niemals Schädigungen gesehen. Allgemein anerkannt sei wohl die diagnostische Probeinjektion, bei der er steigend 0,5 mg, 1 mg, 3 mg, 5 mg und evtl. noch 10 mg nimmt. Während man bei den probatorischen Injektionen möglichst eine Reaktion hervorrufen will, ist diese bei der Tuberkulintherapie zu vermeiden. — Wichtig für die Behandlung ist die Auswahl der Fälle, besonders geeignet sind die geschlossenen Tuberkulosen und alle anderen Patienten mit gutem Ernährungs- und Kräftezustand, mit nicht zu großen Zerstörungen in den Lungen. — Holdheim spritzt bei allen Patienten, wo er keine T. B. im Sputum nachweisen kann, vor Beginn der Kur erst probatorisch. — H. benutzt eine Rekordspritze, mit Platiniridiumkanüle, spritzt im Interskapularraum und zwar jeden vierten Tag und läßt zweistündlich Temperatur messen. Tritt eine Reaktion ein, so wird dieselbe Dosis nochmals wiederholt. Die Dauer der Kur beträgt ca. 6 Monate, in denen die Dosen bis 500 mg gesteigert werden. — H. verwendet stets Alttuberkulin in den von Hadra hergestellten Verdünnungen in sterilen Röhrchen. Nach 4—6 Monaten folgt dann noch eine Probekur bis 10 mg und bei Reaktion nochmals eine Behandlung mit Tuberkulin, die aber kürzer als die erste ist. Von 45 behandelten Fällen sind angeblich 21 völlig (?) geheilt, bei den anderen Fällen konnte die Kur teilweise aus äußeren Gründen nicht beendet werden. Auch für Tuberkulose anderer Organe ist Tuberkulin mit Erfolg benutzt.

1. In der Weickerschen Heilanstalt versuchten Blümel und Clarus die sogen. Konjunktivalreaktion als Diagnostikum bei Lungentuberkulose und fanden hierbei, daß bei positivem Ausfall der Konjunktivalreaktion das betreffende Individuum tuberkulös sei, dagegen spreche das Fehlen der Konjunktivalreaktion nicht absolut sicher gegen Tuberkulose. Nach Ansicht der Autoren kann die probatorische Injektion nach Koch völlig durch die Konjunktivalreaktion ersetzt werden. Zu beachten ist, daß ca. 50% schwerer Phthisiker nicht ragieren, dagegen Typhuskranke besonders in der Rekonvaleszenz oft positiven Ausfall der Ophthalmoreaktion zeigten. Eine längere Zeit nach der Einträufelung gemachte subkutane Injektion ruft oft nochmaliges Aufflackern der Augenreaktion hervor.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

Perls hat (Arch. f. Dermatologie, Bd. 88, Heft 1) aus dem Material der Breslauer Dermatol. Klinik und der Privatpraxis von Professor Neißer an der Hand von 6203 Syphilitikern, die in den letzten sechs Jahren zur Beobachtung kamen, festgestellt, daß sich darunter 605 Fälle von tertiärer Syphilis fanden, von denen 60,33% unbehandelt waren, 17,36% eine Kur durchgemacht hatten, 21,42% symptomatisch und 0,66% chronisch intermittierend behandelt waren. Er schließt daraus, daß die Hauptursache des Auftretens tertiärer Erscheinungen in fehlender oder ungenügender Behandlung der primären und sekundären Syphilis zu suchen ist. Diese Statistik widerlegt die Einwände, die man oft gegen die chronisch-intermittierende Hg-Behandlung der Lues erhebt, nämlich daß durch dieselbe eine Gewöhnung an Hg eintrete, wodurch seine Wirkung auf die Symptome herabgesetzt werde. Die Statistik widerlegt auch den Einwand, daß eine dauernde Hg-Anwendung derartige Schädigungen des Organismus verursache, daß durch diese der Nutzen der Behandlung völlig aufgewogen werde. — (Anmerk. d. Referenten: Wenn in einem so hohen Prozentsatz von sicherer tertiärer Syphilis die Anamnese fehlt, ist es nicht zu verwundern, daß auch bei Tabes und Paralyse dieses anamnestische Moment so häufig vermißt wird.)

Hermann Mayer hat (Monatsh. f. praktische Dermatologie Bd. 45, Nr. 12) mit Andolin als Lokalanästhetikum gute Erfahrungen gemacht. Andolin besteht aus Eucain 0,5, Stovin 0,75, Suprarenin. hydrochlor. 0,008, Physiolog. Kochsalzlösung ad 100,0 in stets gebrauchsfertigen Ampullen in sterilem Zustand. Es ist unbegrenzt haltbar, hat große Tiefenwirkung, lang dauernde anästhesierende Wirkung ohne Nachschmerz, und ist verhältnismäßig wenig toxisch.

Ledermann teilt (Berl. Klin. Woch. 1907, Nr. 51) nach einem kritischen Referat über die Wirkung der Quarzlampe seine eigenen Erfahrungen mit, nach welchen diese Lampe vor allem bei Alopezia areata und Rosazea, weniger bei Lupus zu empfehlen ist.

Auf Anregung von Mracek und Riehl hat die k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien in der Sitzung vom 9. November (Wiener Klin. Wochenschr. 1907, Nr. 51) eine Kommission zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gewählt. Diese Kommission hat einen ausführlichen und inhaltreichen Bericht herausgegeben, der sehr bedeutsame Vorschläge bringt, die im Einzelnen nicht aufgeführt werden können.

Zieler hat (Archiv für Dermatologie, Bd. 88, Heft 1) an einem größeren Material in der Breslauer dermatologischen Klinik ein 40% graues Oel zur Behandlung der Syphilis verwendet. Das graue Oel wird meist ausgezeichnet vertragen, ist fast immer schmerzlos, bietet alle Vorteile der unlöslichen Salze, führt fast nie zu stärkerer entzündlicher Reaktion, macht höchstens kleine Knoten. Die Hg-Vergiftung ist nicht häufiger als nach jeder anderen Hg-Behandlung. Der besondere Wert des Mittels besteht in der langsam eintretenden Wirkung und seiner Nachhaltigkeit. Zieler hält ein gutes graues Oel für eine entschiedene Bereicherung unsres Arzneischatzes. Doch ist gerade bei diesem Mittel ganz besondere Vorsicht, exakte Technik und strenge Auswahl der Fälle nötig.

Wassermann referiert in der Berl. Klin. Woch. 1907, Nr. 50, über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik gegenüber Syphilis. Die auf der Bordet-Gengouschen Komplementbindungsmethode beruhende Reaktion, die von Wassermann, Bruck und Neißer zuerst am Affen, später von Wassermann, Bruck und Plaut beim Menschen angegeben wurde, hat sich an der Hand von jetzt über 1000 Untersuchungen als praktisch wichtig herausgestellt. In keinem Fall von Nicht-Lues war die Reaktion positiv, während bisher durchschnittlich in 74 bis 85% der Fälle von Syphilis und metasyphilitischen Erkrankungen (Tabes und Paralyse) die Probe positiv war. Die Reaktion ist daher als eine für Lues spezifische anzusehen; sie hat sich in vielen Fällen mit unklarer Diagnose praktisch bewährt. — Das Wesen der Reaktion ist noch unklar. Zumal es sich ergeben hat, daß luetisches Serum, jedoch nicht normales Serum, mit größeren Extraktmengen nicht syphilitischer Organe die Reaktion gibt, was den praktischen Wert der Methode nicht beeinträchtigt. Die Untersuchungen von Porges haben ergeben, daß die mit Alkohol extrahierbaren Substanzen, insbesondere Lecithin mit dem luetischen Serum die Reaktion geben.

Ueber den Wert des Europhen berichten in zwei verschiedenen Arbeiten Richter und Bornemann (Dermat. Zentralblatt 1907, Nr. 2). Ueberall wo sonst Jodoform angewandt wird, haben die Autoren mit diesem Mittel vorzügliche Erfolge erzielt, vor allem bei Ulkus molle; besonders in der Mischung von Europhen ein Teil mit drei Teilen Borsäure, welche das Zusammenballen des Pulvers verhindert. Auch nach Ansicht des Referenten übertrifft Europhen alle Ersatzmittel des ominös riechenden Jodoforms.

Ernst hat (Dermat. Zentralblatt 1907, Nr. 3) in einem Falle das Auftreten von Tuberkulosis verrukosa kutis an einer Tätowierung bei einem nicht tuberkulösen Menschen beobachtet. Es handelt sich um eine Inokulationstuberkulose.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Neuere Arzneimittel.

Dr. Zuckers Silvana-Essenzen für aromatische Kräuterbäder. (Fabrik: Max Elb, G. m. b. H., Dresden.) Die Silvana-Essenzen sind hochkonzentrierte, aromatische

Pub

Kräuter-Extrakte, welche nach einem besonderen Verfahren (D. R. P. angemeldet) die wirksamen Stoffe, insbesondere die ätherischen Oele in wasserlöslicher Form enthalten. Durch bloßes Mischen der Essenz mit dem Badewasser erhält man ohne den umständlichen Kochprozeß im Augenblick jedes beliebige aromatische Kräuterbad (Lavendel-, Waldkräuter-, Kiefernadel-, Kalmus- usw.). Die aromatischen Bäder sind nach Geheimrat Professor Dr. Goldscheider (Zeitschrift für physik. und diätet. Therapie 1906) ein stimmungserhöhendes, psychotherapeutisches Hilfsmittel bei Neurasthenie, Herzneurosen, Herzkrankheiten, Arteriosklerose, Senium, Aortenatheromatose, Diabetes, harnsaurer Diathese, Neuralgie, Tabes, Lähmungszuständen, Anämie, Schlaflosigkeit, Obstipation, Leberanschoppung, herabgesetzter Ernährung. Der Arzt verordnet 1 Karton Silvana (Lavendel-, Waldkräuter-, Kiefernadel-, Kalmus- usw.), reichend für sechs Silvanabäder. Preis 3 M. (in Oesterreich 4 Kr.). Mit gutem Erfolge werden die Silvana-Essenzen mit Dr. Zuckers Kohlensäurebädern mit den Kissen kombiniert durch einfaches Zumischen der vorgeschriebenen Menge Silvana-Essenz zum Kohlensäurebad. — Ein Karton Silvana-Essenzen, reichend zu sechs bis zwölf aromatischen Kohlensäure-Kräuterbädern kostet 3 M. P. Höckendorf, Groß-Lichterfelde.

Dr. Zuckers Kohlensäure-Bäder mit den Kissen (Fabrik: Max Elb, G. m. b. H., Dresden). Vorzüge dieser Bäderform sind laut Prospekt:

1. Einfache Handhabung ohne Apparat und ohne Beschädigung der Wannen; das Manipulieren mit Säure im Bade fällt ganz weg.
2. Vollständige Geruchlosigkeit des Bades.
3. Gleichmäßige, langanhaltende Kohlensäure-Entwicklung, bei welcher die Kohlensäurebläschen ganz klein sind, wodurch die Zahl der Reizpunkte auf der Hautfläche ganz erheblich vermehrt wird.
4. Kristallklares Badewasser bis zum Verlassen des Bades (mit Ausnahme der Bäder 3—5).
5. Die Entwicklung der Kohlensäure im Badewasser geschieht allmählich in vom Willen des Badenden jeden Augenblick regulierbarer Stärke mittels der beigegebenen, zum Patent angemeldeten Kissen.
6. Durch Bestreichen leidender Körperteile im Bade mit den Entwicklungskissen erzielt man heilkräftige örtliche Einwirkungen, z. B. bei Ischias, die bei keinem anderen natürlichen oder künstlichen Kohlensäurebad möglich sind.
7. Die in Dr. Zuckers Bad sich bildenden ameisensauren Salze werden von der Haut leicht resorbiert und steigern die Muskeltätigkeit in hohem Grade. Bekanntlich ist Ameisensäure im Franzensbader und Marienbader Moor als wirksamer Bestandteil enthalten.
8. Die Bäder sind dosiert, so daß man nach Belieben auch halbstarke und Kinderbäder daraus herstellen kann. Sie sind gut verpackt und können deshalb überall mit hingenommen und versendet werden.
9. Die Atmosphäre über der Badewanne wird nicht von Kohlensäuredunst erfüllt, wie dies bei allen natürlichen und anderen künstlichen Kohlensäurebädern der Fall ist. Zufolgedessen werden Dr. Zuckers Bäder auch von empfindlichen Personen, die sonst beim Gebrauch kohlensaurer Bäder Kopfweh und Beklemmungszustände bekommen, gut vertragen.

Man bereitet ein gewöhnliches Wasserbad, gießt die Entwicklungsflüssigkeit hinein und begibt sich alsdann mit den Kissen in das Bad.

Nach dem System Dr. Zucker werden folgende Bäder von der Fabrik hergestellt:

1. Einfache Kohlensäurebäder.
2. Kohlensäure-Stahlbäder.
3. Kohlensäurebäder mit Fichtennadelextrakt.
4. Kohlensäurebäder mit Stahl und Fichtennadelextrakt.
5. Kohlensäurebäder mit Heublumenextrakt.

P. Höckendorf, Groß-Lichterfelde.

Albukola. Von einer Berliner Firma „Rita Nelson" wird unter dem Namen „Albukola" ein Kräftigungsmittel für schwache Frauen mit prahlerischen Worten angepriesen und in den übersandten Prospekten werden dem Mittel allerlei günstige Wirkungen auf die verschiedensten Krankheitszustände, auf Magerkeit, Korpulenz, Trunksucht usw. zugeschrieben. Dieses zu unverhältnismäßig hohem Preise verkaufte Präparat besteht aus Stärke, Eiweiß, Eisenkarbonat, phosphorsaurem Kalk, Lezithin und Sennesblättern. O. Krey, Köln.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Die Pyozyanase als Prophylaktikum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten.** Von Prof. Emmerich, München. Münch. med. Woch., 1907, Nr. 45/46.
2. **Ueber Ennan, ein festes Kresolseifenpräparat in Tablettenform.** Ref. von v. Boltenstern, Berlin. Deutsche Aerzte-Zeitg. 1907, Nr. 24.
3. **Ueber Sanatogen-Wirkung.** Von Dr. Frisch, Würzburg. Deutsche Aerzte-Zeitung, 1907, H. 24.
4. **Zur Behandlung des Morbus Basedowii.** Von Dr. Helmke, Vohwinkel. Medizin. Klinik, 1907, Nr. 50.
5. **Neue Arzneimittel und pharmazeutische Spezialitäten.** Pharmazeut. Zeitg., 1907, Nr. 95, 27. Nov.
6. **Geheimmittel, technische, kosmetische und andere Spezialitäten.** Pharmaz. Zeitung, Berlin, 1907, Nr. 81.
7. **Desgleichen.** Ibidem, Nr. 93.
8. **Desgleichen.** Ibidem, Nr. 97.
9. **Sullacetin.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Ztg., 1907, Nr. 97.

1. Auf der Oberfläche von Flüssigkeitskulturen des Bacillus pyocyaneus — des Erregers des blauen Eiters — bildet sich im Verlauf weniger Tage eine dicke Bakterienhaut, die beim Schütteln zu Boden fällt, worauf wieder eine neue Hautdecke entsteht. Dieses wiederholt sich sechs- bis achtmal, wenn man in Zwischenräumen von drei bis vier Tagen durch kräftiges Schütteln die Haut zerstört hat. Die letzten Bakterienhäute sind aber schon dünner und viel weniger üppig entwickelt; nach drei bis vier Wochen hört dann die Bakterienentwicklung ganz auf. Die infolge des Schüttelns zu Boden fallenden Häute bilden anfangs eine voluminöse, flockige Masse, die allmählich zäh und schleimig wird, bis nach Wochen kaum eine Messerspitze voll eines nur einige Milligramm schweren, weißlichen Bodensatzes übrig geblieben ist, der bei mikroskopischer Untersuchung aus leeren Bakterienmembranen, Kernresten, Fetttröpfchen und Kristallen besteht. Die Auflösung der Bakterien erfolgt durch ein sehr wirksames, bakterienauflösendes Enzym, welches in den Zellen des Bac. pyocyaneus als unlösliches Zymogen enthalten ist. Dieses bakteriolytische Enzym — die Pyozyanase — wird in bakterienfreier, konzentrierter Lösung gewonnen, wenn man die abgelaufene, etwa drei Wochen alte Kultur durch Berkefeldfilter filtriert und das Filtrat im Vakuum auf ein Zehntel seines Volumens konzentriert. Gemeinschaftlich mit O. Löw hat E. nun gefunden, daß die so gewonnene Pyozyanaselösung nicht nur die Zellen des Bac. pyocyaneus, sondern auch Diphtherie-, Typhus-, Cholera-, Pest- und Milzbrandbazillen, sowie Strepto-, Staphylo- und Gonokokken abtötet und auflöst, und zwar große Mengen in sehr kurzer Zeit. Tuberkelbazillen dagegen und viele Saprophyten, z. B. Heubazillen, werden durch Pyozyanase weder aufgelöst noch abgetötet. Doch werden die Bakterien der Säuglingsgrippe und die Meningokokken durch sie vernichtet.

E. berichtet nach Darstellung seiner experimentellen Untersuchungen über zahlreiche von ihm selbst und von Prof. Pfaundler in München behandelte Fälle von schwerer septischer Diphtherie und von Gonorrhöe, welche eine Gewähr dafür bieten, daß die Pyocyanaselösung bald eine hervorragende Rolle in der kausalen Therapie der oben genannten Hautkrankheiten spielen wird.

Die Methode der Behandlung bei Diphtherie ist die folgende: Die Mutter setzt das kranke Kind auf ihren Schoß und hält dessen Hände; eine andere Person hält den Kopf fest. Der Arzt setzt sich mit dem „Escherichzerstäuber", in welchem er 3 bis 4 ccm Pyozyanaselösung eingefüllt und im Wasserbade auf ca. 40° erwärmt hat, vor das Kind, führt mit der rechten Hand einen Löffelstiel oder einen Spatel tief in den Mund bis auf den Zungengrund, drückt auf diesen, worauf das Kind den Mund öffnen muß, und bläst nun rasch und ziemlich kräftig durch den Gummischlauch des in der linken Hand gehaltenen Zerstäubers, der dicht vor den Zähnen des Kindes gehalten wird, in dessen Mund. Dieses wird wiederholt, wenn das Kind den Mundinhalt ausgespuckt hat. Dann wartet man 5 bis 10 Minuten, während deren die Pyozyanase ihre Wirkung entfaltet, und wiederholt die ganze Prozedur nochmals. Auf diese Weise werden vier Pyozyanaseeinstäubungen in kurzer Zeit gemacht, und es genügt auch bei sehr schweren diphtheritischen Fällen, wenn bei dreimaligem Besuch am Tage bei jedem zweimal in Intervallen von 5 bis 10 Minuten vom Arzte eine Bestäubung vorgenommen wird, um den diphtherischen Prozeß zum Stillstand zu bringen.

2. Ennan ist eine Verbindung des Kresols mit stearinsaurem Natrium unter Zusatz von Alkohol und freiem Alkali. Jede Tablette wiegt 1 g und enthält 0,5 Kresol. Auf Grund seiner Versuche mit Ennan kommt Kreisassistenzarzt Dr. Wolf, Marburg (Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1907, 14) zu dem Schluß, daß die untersuchten festen Kresolseifentabletten in 1%iger Lösung vegetative Formen nach wenigen Minuten abtöten und Milzbrandsporen in ihrer Entwicklung erheblich hemmen. Ihre Vorzüge sind:

a) die abgewogene, handliche Form,

b) die gefahrlose Transportfähigkeit,

c) die verminderte Vergiftungsgefahr bei versehentlichem Einnehmen,

d) die leichte Löslichkeit in warmem Wasser ohne spätere Ausscheidungen,

e) der weniger aufdringliche Geruch (im Gegensatz zum Lysol und zur Kresolseifenlösung),

f) der Umstand, daß Hände und Instrumente infolge des geringen Seifengehaltes nicht so schlüpfrig werden.

Die Ennantabletten sind von Dr. med. E. Huhs, erstem Assistenten an der Eisenbahnheilstätte Stadtwald bei Melsungen, und Apotheker F. Kümmel, Melsungen hergestellt und zum D. R. P. angemeldet.

3. Verf. hat seit drei Jahren ausgedehnte Versuche mit Sanatogen bei Kindern der Würzburger Marienanstalt gemacht und hat allen neuaufgenommenen Kranken täglich dreimal 3,0 bis 10,0 Sanatogen in Wasser oder Milch während der ersten vierzehn Tage bis vier Wochen verabreicht und zwar halbstündlich vor jeder Mahlzeit. Er hält die Anwendung des Nährmittels für angebracht bei Verdauungsstörungen, bei Blutarmut, Skrofulose und Rachitis, bei allgemeinen Schwäche- und Erschöpfungszuständen sowie bei nervösen Erregungszuständen nach schwerer Erkrankung. Nach seinen Erfahrungen ist das Sanatogen gut bekömmlich, reizlos, leicht resorbierbar und steigert in hervorragender Weise den Appetit. Es entfaltet eine eigenartige Fähigkeit, den Magendarmtraktus für die Aufnahme und Resorption anderer Nahrungsmittel günstig zu beeinflussen und geradezu als Verdauungsmittel zu wirken. Das Sanatogen regelt den Stuhl auffallend gut; seine günstige Wirkung auf den Verdauungstraktus hält auch nach Aussetzen des Mittels noch außerordentlich lange an. Es soll auch beruhigend auf das Zentralnervensystem wirken. Diesen letzteren Schluß glaubt Verf. aus seinen Beobachtungen bei einer Bauchfellentzündung nach Choledochusverschluß mit Erschöpfungsdelirien, die er selbst durchmachte, ziehen zu können — eine Auffassung, die Ref. nicht teilt.

4. Verf. berichtet kurz über die erfolgreiche Behandlung eines Falles von Morbus Basedow bei einem 30 jähr. Arbeiter mit Antithyreoidin-Möbius, nachdem zuvor alle Medikationen ohne dauernden Erfolg gewesen waren. Verf. gab dreimal 10 Tr. Antithyreoidin steigend bis dreimal 30 Tr. in Pausen.

5. Ade-Biskuits sind Abführbiskuits, deren jedes 0,1 Paraphthalein (vermutlich wohl Phenolphthalein?) enthält. Fabrikant: Carl F. W. Becker in Dresden 21.

Alophen werden mit Schokolade überzogene Pillen genannt, die pro dosi 0,015 Aloin, 0,03 Phenolphthalein, 0,005 Extr. Belladonn., 0,004 Rad. Ipecac. und 0,0008 Strychnin enthalten. Fabrikant: Parke, Davis & Co. in Detroit (Michigan).

Egmol ist eine 40% Olivenöl enthaltende, mit Eiweiß hergestellte Emulsion der Firma Parke, Davis & Co. in Detroit (Michigan).

6. Capsulae geloduratae nach Dr. Rumpel sind durch Formaldehyd gehärtete Gelatinekapseln, welche den Magen unversehrt passieren, im Darminhalt aber leicht zur Lösung gelangen. Fabrikant: G. Pohl, Schönbaum-Danzig. (Münch. med. W., 1907, Nr. 34.)

Eusanol werden Kohlensäurebäder der Chem. Fabrik für Bedarfsartikel in Berlin SW. 13 genannt.

Mandelmilch in Pastillenform besteht aus 2 T. feingeriebenen Mandeln und 1 T. Zucker. 12 Pastillen genügen zur Bereitung von 2 l Mandelmilch. Fabrikant: Apotheker Dr. E. Andreae in München-Thalkirchen.

Odol. Es scheint, als ob der wirksame antiseptische Bestandteil des Odols als gechlortes Salol anzusprechen ist. Nach der neuesten Odolanalyse von Beythien und Athenstädt enthält das Präparat in 100 ccm 0,1 g Saccharin, 0,077 g Salizylsäure, 1,478 g Pfefferminzöl, 0,380 g Salizylsäurementholester und 2,444 g Salizylsäurekresolester.

Ptyophagon nach Dr. Thom ist ein Sputumdesinfiziens, dessen wesentlichen Bestandteil Kresolnatrium ausmacht. Das Präparat kommt in Tabletten in den Handel, die in Wasser aufgelöst werden. Darin soll das Sputum gelöst und desinfiziert werden. Fabrikant: Dr. Fr. Stricker in Köln-Braunsfeld. (D. med. Wschr., 1907, Nr. 34.)

In der Nummer vom 9. Okt. 1907 der Pharm.-Zeitung lesen wir folgende der Nr. 69 bis 74 der Apotheker-Zeitg. entnommenen Analysen von Lenz, Lucius und Zernik:

Ambruns Wassersuchtsmittel aus der Adlerapotheke in Duisburg ist eine trübe Flüssigkeit, das Produkt der sauren Gärung kleberhaltiger Stoffe, von widerlichem Geruch und Geschmack.

Boran-Sommersprossencreme enthält als wirksame Bestandteile etwa je 5% weißen Quecksilberpräzipitats und Wismutnitrats und Wassers neben 85% weicher Salbengrundlagen.

Pohls Gesundheitsrheumatismustee besteht aus einem Teil Flor. Sambuci und zwei Teilen Folia Sambuci.

Porasol, von A. Kirch in Wiesdorf a. Rh., zu zahnarztlichen Zwecken empfohlen, besteht im wesentlichen aus etwa gleichen Teilen Kresol und Formaldehydlösung.

Toral, eine Füllmasse für zahnärztliche Zwecke aus gleicher Firma, ist eine Mischung aus etwa einem Teil Kresol und zwei Teilen Tribromphenolwismut.

7. Aethrin ist die bisher als Rhisan bezeichnete Dericinsalbe, welche bei Schnupfen in die Nase eingestrichen werden soll, enthält 5% Menthol-Aethrol. Fabrikant: Dr. Noerdlinger in Flörsheim a. M.

Jod-Benzinoform, das eine Losung von 1% Jod in Benzinoform (Tetrachlorkohlenstoff) darstellt, wird an Stelle einer gleichen Lösung in Benzin zur Händedesinfektion empfohlen.

Liquor sedans enthält die wirksamen Bestandteile von Hydrastis Kanadensis, Viburnum prunifolium und Piszidia piszipula und wird als Sedativum und Heilmittel bei verschiedenen Erkrankungen und Schwächezuständen des Uterus und der Ovarien empfohlen. In je 30 g sind neben aromatischen Stoffen die wirksamen Bestandteile von je 4 g Hydrast. Kanad. und Viburnum prunifol. und von 2 g Piszid. piszip. enthalten. Dosis $^1/_2$ bis 1 Teelöffel mehrmals täglich. Fabrikant: Parke, Davis & Co. in Detroit.

Neocithin ist ein als Kräftigungsmittel empfohlenes Lezithineisenpräparat. Fabrikant: Allgem. chem. Labor. Berlin SW. 61.

Pessoid ist ein schwer schmelzbarer, nur teilweise löslicher Fettkörper, welcher von einer leichter schmelzbaren aseptischen Hülle umgeben ist, der man auch arzneiliche Zusätze einverleiben kann. Das Präparat ist ein Pessar-Suppositorium, das im Anus zum Schmelzen gelangt, während der Kern eine geschmeidige, auf die Darmwand reizlindernde Einlage bildet, die ca. 12 Stunden liegen kann. Fabrikant: Dr. Ed. Herzfeld, Berlin S. 42.

Kyphi wird ein Mittel gegen Impotenz genannt, das aus verschiedenen Früchten und Fruchtsäften gewonnen werden soll. Näheres hierüber ist aus den Prospekten nicht zu ersehen. Fabrikant: Chemisch-technisches Laborator. in Konstanz.

Caprina nennt D. Konew ein für Schafe bestimmtes Schutzmittel gegen die Schafpocken. Es ist dies Lymphe von

Ziegen, die mit dem Schafpockenvirus geimpft waren. (Zentralbl. f. Bakter., Bd. 40, Nr. 11/12.)

8. Ueber Energa wird aus dem Chem. und bakter. Institut von Aufrecht berichtet. Dasselbe ist ein von Gebrüd. Josty in Charlottenburg hergestelltes „elektrolytisches“ Eisen-Malzextrakt und wird als Mittel gegen Blutarmut empfohlen. Aus der Analyse geht aber hervor, daß das Präparat ca. 5 g offizinelle Salzsäure, ca. 5 g Eisenchloridlösung und 90 g Malzextrakt enthält.

An gleicher Stelle stehen die Ergebnisse der Analyse der Virilis-Tabletten, eines von Eduard Baumann in Basel angepriesenen Mittels gegen Neurasthenie und Impotentia virilis. Gebrauchsanweisung: dreimal tägl. je ein Stück. Preis 3 Frcs. für 20 Stück. Diese enthalten laut chemischer und mikroskopischer Untersuchung ein Gemenge von Lezithin, Yohimbearindenpulver und Weizenmehl. Der Gehalt an Lezithin kann nur gering sein.

Das unter dem Namen Minerva angepriesene Mittel gegen Menstruation besteht aus einem Gemenge von römischen und gewöhnlichen Kamillen.

Regulationspillen für Damen nennt sich ein von Victor Gomeriez & Co., Chimists à Paris, hergestelltes Mittel. Nach den Angaben der Fabrikanten besteht das Mittel aus Wurmkraut, Flohkraut und der Wurzelrinde der Baumwollpflanze. Jede Pille zu 0,3 g besteht aus Aloe, Eisen und indifferenten Vegetabilien.

9. Von Dr. Zernik wird die Analyse von Sullacetin angegeben, das die Chem. Fabrik von Dr. van Gember & Dr. Fehlhaber-Berlin-Weißensee als ein hervorragendes Mittel gegen Lungenerkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane sowie als Stomachikum bezeichnet. Das Präparat ist ein Gemisch aus guajakolsulfosaurem Kalium mit brenzkatechinmonoacetsaurem Natrium in etwa molekularen Mengen.

Technische Neuerscheinungen.

Watte- und Gazekästchen für Sprechzimmergebrauch.

Von Dr. Grünwald ist ein Kästchen aus Nickelblech konstruiert worden, welches eine quadratische Basis von 11 cm Seitenlänge besitzt und 16 cm hoch ist. Es wird durch eine horizontale und vertikale Scheidewand in drei Fächer geteilt. Das unterste enthält eine ausziehbare Schublade, in welcher Raum für zwei vom Verf. seinerzeit beschriebene sterile Verbandschachteln vorhanden ist. In demselben sollen hauptsächlich eine mit Penghawar Yambi zur Blutstillung gefüllte und eine mit Vioformgazestreifen beschickte Schachtel untergebracht werden. Die beiden oberen Fächer münden vorn in je einen durch eine aufstellbare lange Klappe verschlossenen Schlitz. Im ersten Fache liegt eine mit randgewebten Gazestreifen von 2,8 cm Breite und 10 m Länge belegte Papierrolle, im zweiten eine ebensolche mit je 5 cm breiten, kurzen Wattestreifen versehene Rolle. Die einzelnen Streifen decken sich an ihren Rändern dachziegelförmig, so daß beim Herausziehen des Papierstreifens und Abnahme des vorliegenden Streifens stets das Ende des nächsten zum Vorschein kommt, aber nur so weit, daß er durch die überfallende Klappe vollkommen gedeckt wird. Der Kasten besitzt oben einen abnehmbaren Deckel, der aber nur zum Einführen neuer Rollen abgenommen wird. Das die Schublade deckende Querstück ist durchlöchert, so daß man immer nach Entfernen der Schublade den ganzen Kasten samt den ohnehin vorher schon sterilisierten Rollen in strömendem Dampf oder Formalin sterilisieren kann. Durch dieses Kästchen hat man den Vorteil, immer sterile Watte etc. zur Hand zu haben und auch nach Entfernen eines Teiles der Watte den Rest noch einwandfrei steril zu behalten. Das sehr praktische Kästchen wird von der Firma Hermann Katsch in München hergestellt und kostet ohne Füllung 18 M., mit Füllung 20 M.

W. B. Müller, Berlin.

Sanitätskasten.

Unter Nr. 317606 der Gebrauchsmusterrolle wurde dem Apotheker Max Starke, Schedewitz i. Sa., ein Sanitätskasten geschützt, dessen Einrichtung manchem unserer Leser von Interesse sein dürfte. Dieser Sanitätskasten, zuerst nur zur ersten Hilfeleistung bei Feuerwehren eingerichtet, enthält alle für Unfälle aller Art nötigen Medikamente und Verbandmittel, als Leinen- und Mullbinden, Watte, Verbandstoff, Brandbinden, sterilen Verband, Seife und Handbürste, Wasserbad, ein Liter fassend, Sublimatpastillen, Meßglas, essigsaure Tonerde, Lysol, Salmiakgeist, Benzin, Nähseide, Wundnadeln in Karbolöl liegend, Desinfektionsschere, Pinzetten, Pinsel, Pflaster verschiedener Art, Fingerlinge, Dreiecktücher, Sicherheitsnadeln, Baldrian, Hoffmannstropfen mit Zucker und auch Finger- und Handschienen; sogar Nadeln und Zwirn für Kleidungsstücke fehlen nicht. Dieser Kasten ist aus Blech, schließt fast luftdicht und ist mit einem Hand- bezw. Trageriemen versehen, auch mit Lederumhüllung wird er geliefert. Vermöge der sinnreichen Anbringung des Zwischendeckels ist der Inhalt des ganzen Kastens mit einem Griff vollständig ausgebreitet, jedes Stück liegt übersichtlich vor dem Beschauer und ist leicht herauszunehmen. Verschiedene Teile sind durch Gummiband festgehalten, jedoch ist das Gummiband so praktisch befestigt, daß es jeder Laie, zum Zwecke der Erneuerung, da Gummi ja nicht lange hält, auswechseln kann. Die Erfahrung hat gezeigt, daß ein mit so zahlreichen Mitteln ausgestatteter Sanitätskasten nicht nur zur ersten Hilfe für Sanitäter, sondern auch bei schweren Unfällen den Ansprüchen der herbeigerufenen Aerzte in vollem Maße entspricht.

Durch die Praxis aber zeigte die Erfindung, daß dieselbe nicht nur zur ersten Hilfe bei Feuerwehrunfällen dienen sollte, sondern der Sanitätskasten eignet sich mit entsprechender Füllung ganz besonders für Fabriken, Rittergüter, Steinbrüche, kleinere Schiffe und nicht zum wenigsten für Aerzte, welche über Land zu fahren haben. Durch Einfügung von Morphiumspritzen, Morphiumlösungen und anderes mehr dürfte der neue Sanitätskasten, dessen Füllung den jeweiligen Wünschen aller Interessenten angepaßt werden kann, als ein Universalmittel für alle sanitären Einrichtungen angesehen werden müssen.

Bei Bestellung ist anzugeben, welchem Zwecke der Sanitätskasten dienen, eventuell welche Füllung ihm gegeben werden soll. Apotheker Starke, Schedewitz.

☐ Bücherbesprechungen. ☐

Schema des Rumpfes. Von W. Hildebrand.

Im Verlage von J. F. Lehmann erschien von W. Hildebrand in Freiburg herausgegeben ein Schema des Rumpfes in handlicher Form, dessen Anschaffung bei dem billigen Preis (1,20 M. für 20 Blatt) empfohlen werden kann, da das Schema sehr übersichtlich ist und bei Anwendung der angegebenen Zeichen sehr leicht zu handhaben ist. E. Meyer, Berlin.

Dermatologische Vorträge für Praktiker. Von Jessner. Stubers Verlag, Würzburg.

Die Jessnerschen dermatologischen Vorträge, die sich über die gesamte Therapie der Hautkrankheiten erstrecken und sich mit Recht einer großen Beliebtheit gerade bei den praktischen Aerzten erfreuen, sind nunmehr in einer zweibändigen, die bisher erschienenen 18 Vorträge zusammenfassenden Gesamtausgabe mit Generalregister erschienen. Jul. Baum, Berlin.

Grundzüge der Hygiene. Von Prausnitz. Achte erweiterte und vermehrte Auflage. Mit 253 Abbild. München 1908. J. F. Lehmanns Verlag. 592 S.

Ein Werk, wie die Grundzüge der Hygiene von Prausnitz, das sich in mehr Händen befindet wie irgend ein anderes Lehrbuch der Hygiene und das bereits in achter Auflage jetzt vorliegt, bedarf keiner Besprechung, um seinen Weg weiter zu gehen

Es sei daher an dieser Stelle nur darauf hingewiesen, daß in der vorliegenden Auflage der Stoff völlig durchgearbeitet worden ist und alle neuen Errungenschaften der Hygiene eingereiht worden sind. „Kein Kapitel ist unverändert geblieben, mehrere wurden nicht unerheblich erweitert und dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft entsprechend umgearbeitet.“

Die Ausstattung ist selbstredend vortrefflich.

Zweifellos wird auch die neue Auflage in allen interessierten Kreisen willkommen geheißen werden und sich zu den alten neue Freunde erwerben. Lungwitz.

ALLGEMEINES.

Einen neuen Katalog über Röntgenapparate gibt die Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Aktiengesellschaft (vereinigte Firmen: W. A. Hirschmann und Reiniger, Gebbert & Schall), Berlin-Erlangen, New-York heraus.

Der Katalog umfaßt alle Apparate, welche die moderne Röntgentechnik in ihren Dienst gezogen hat, in übersichtlicher Weise angeordnet.

Besonders hervorzuheben ist eine reichhaltige Zusammenstellung von Röntgenröhren, ein neuer selbstzentrierender Röhrenhalter, welcher das Auswechseln von Röntgenröhren gestattet, ohne daß es notwendig wird, die Röhren zu zentrieren. Der Effekt wird erreicht durch Einspannen der Röhre in einen Halter, mit dem sie dauernd verbunden bleibt. In dem Halter wird die Röhre das erste Mal genau auszentriert und braucht dann nur jedesmal mit dem Halter in eine dazu gehörige, am Stativ und dergl. befestigte Führungsleiste eingeschoben zu werden, bis zwei Marken aufeinander einspielen. Dadurch ist die Röhre gleich zentriert.

Neu ist auch ein speziell für therapeutische Zwecke konstruiertes Blendenstativ, das in jeder Weise ausbalanziert ist und leicht nach allen Richtungen verstellt werden kann. Durch die Ausbalanzierung bleibt die eingestellte Lage leicht erhalten; dieselbe kann aber auch durch Festziehen von Arretierungsschrauben fixiert werden.

Weiterhin ist die Kompressionsblende nach Dr. Rosenthal als neu erwähnenswert, sie dürfte sich infolge ihrer Einfachheit und vielfachen Vorzüge — das Kompressionsorgan ist vollständig frei beweglich und ohne zwangsläufige Führung — gut einführen.

Lagerungs- und Aufnahmetische und -stühle sind auch in einer reichhaltigen Auswahl im Katalog aufgeführt. Besondere Hervorhebung verdient der kombinierbare Aufnahme- und Untersuchungstisch, welcher von wohlfeilsten Aufnahme- und Durchleuchtungstischen zu 45 M. durch Hinzufügen von weiteren Ergänzungsteilen den Ausbau bis zum vollständigen Trochoskop gestattet.

Der Untersuchungstisch nach Dr. Gilmer ist auch eine Neuerscheinung und dürfte selbst den verwöhntesten Ansprüchen in Bezug auf freie Beweglichkeit und Zweckmäßigkeit des Ausbaues entsprechen.

Der Präzisionsdrehstuhl nach Dr. Biesalski ist in Verbindung mit einer Durchleuchtungsblende eine Vorrichtung für die exaktesten Untersuchungen im Sitzen des Patienten. Er wurde auf dem letzten Röntgenkongreß zu Berlin von Dr. Biesalski vorgeführt.

Besonders reichhaltig sind die Mittel zum Schutze gegen den schädigenden Einfluß der Röntgenstrahlen. Wir finden ganze Schutzhäuser, Schutzwände, Schutzstoffe, Schürzen, Handschuhe und dergleichen.

Angenehm für den Arzt, der an und für sich bereits ein Augenglas trägt, ist ein solches, dessen Gläser aus Bleiglas geschliffen sind, er braucht sich dann nicht mit zwei übereinandergesetzten Zwickern oder Brillen zu quälen.

Der Orthodiagraph nach Dr. Levy-Dorn ist in letzter Zeit von Dr. Groedel III, Bad Nauheim, zu höchster Vollkommenheit ausgestaltet worden, über dessen Verwendungsweise wolle man an den in Betracht kommenden Stellen nachlesen*).

Unter den Meßeinrichtungen fällt eine Testhand nach Dr. Schilling auf, bestehend aus einer Skeletthand, die in eine plastische Masse derart eingebettet ist, daß sie mit einem übergezogenen Handschuh im Röntgenbild genau dem Durchleuchtungsbild der natürlichen Hand entspricht. Durch eingebettete kleine Nadelspitzen und dergl. kann man z. B. auch die Eignung der Röhre prüfen, um kleine Fremdkörper zu suchen.

Auch eine sehr einfache Härteskala, Wehnelteinheiten zeigend, die am Leuchtschirm befestigt wird und welche bequem durch einen Seitenblick des Untersuchers die jeweilige Röhrenhärte feststellen läßt, ist hervorzuheben. Der billige Preis dieser Härteskala in Verbindung mit der überaus bequemen Benutzungsart und dem sicheren Resultat in exakten Einheiten dürfte dem kleinen Instrument eine große Verbreitung sichern.

Einen größeren Raum nehmen die Apparate für das Quantimeterverfahren nach Dozent Dr. Kienböck ein. Die endgültige einwandsfreie Durchbildung des ganzen Systems hat, wie wir erfuhren, nicht unerhebliche Schwierigkeiten gemacht. Die Firma hat aber jetzt die Genugtuung, das exakteste Dosierungsmittel für die Röntgenstrahlen zu besitzen, welches gegenwärtig existiert.

Recht reichhaltig ist das nebensächliche Zubehör in der Preisliste enthalten. Hervorzuheben sind z. B. die Radiogrammschemablocks nach Dozent Dr. Kienböck, die hauptsächlich bei größeren Kliniken dem untersuchenden Arzt große Zeitersparnis und Bequemlichkeit gewährleisten.

An eine sehr reichhaltige Auswahl aller möglichen photographischen Utensilien schließt sich eine Reihe von Zusammenstellungen von photographischen Einrichtungen, die nach Maßgabe des Verwendungszweckes mehr oder weniger reichhaltig zusammengestellt sind.

Nach denselben Gesichtspunkten ist dann eine Anzahl von Röntgeneinrichtungen zusammengestellt, welche denjenigen, welcher sich eine Röntgeneinrichtung anschaffen will, ganz einwandsfrei über das orientiert, was er für seine Verhältnisse benötigt.

Im ganzen bietet der Katalog eine gute Uebersicht über das, was die moderne Röntgentechnik den Röntgenologen an Apparaten zur Verfügung stellt.

Die Firma Gebr. Hoffsümmer, G. m. b. H., Düren (Rhld.) ersucht uns, bekannt zu geben, daß sie Herstellung und Vertrieb der in Nr. 50 des letzten Jahrganges besprochenen neuen Verbandkissen übernommen hat.

Berlin. „Vorübergehende Hilfe im Haushalt“, Abteilung des „Vereins Hauspflege“. Vorsitzende: Frau Oberbürgermeister Kirschner.

Die „Vorübergehende Hilfe“ bezweckt die Beschaffung geeigneten Personals gegen mäßiges Honorar, wenn durch Erkrankung oder andere Behinderung der Hausfrau ein zeitweiliger Ersatz nötig ist, zur Pflege der Kinder und der Erkrankten, sowie zur Versorgung des Haushaltes.

Meldestellen:

Frau Rechtsanwalt Friedmann: Kronenstr. 4—5. Telephon Amt I, Nr. 7540. Sprechstunden: Wochentäglich, außer Sonnabend, 3—4 Uhr.

Frau Landgerichtsrat Loewy, Buchenstr. 3. Telephon Amt VI, Nr. 1147. Sprechstunden: Dienstag und Freitag ½10—½11 Uhr.

Frau Dr. Mosler, Grunewaldstr. 106. Sprechstunden: Montag und Donnerstag 10—11 Uhr.

Meldungen wegen Aushilfen jeder Zeit auch schriftlich.

Es wäre sehr zu wünschen, daß in anderen Städten auch derartige Einrichtungen geschaffen würden.

In der Apotheker-Zeitung, Berlin, 1907, Nr. 101 finden wir folgende bemerkenswerte Notiz: Als wir in der vorigen Nummer

---

*) Literatur über Groedel-Orthodiagraph:
Verhandlungen der Deutschen Röntgengesellschaft, Bd. II, 1906, S. 107.
Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin. XXIII. Kongreß. München 1906.
Münchner mediz. Wochenschr. 07 (Die Verwendung der Röntgenstrahlen zur Diagnose der Magenkrankheiten und zum Studium der Morphologie und Physiologie des Magens).
Zeitschrift für klin. Medizin, Bd. 58, Heft 5 und 6.
„ „ „ „ Bd. 59, Heft 1.

den im Dezemberheft der „Therapie der Gegenwart“ enthaltenen Artikel von Dr. Otto Schloß-Wiesbaden über eine irrtümliche Verabreichung von Chlorkalk- statt Chlorkalzium-Lösung durch einen Apotheker besprachen, glaubten wir nicht, daß wir so schnell noch einmal auf den Gegenstand zurückkommen müßten. Wie jedoch die Nummer 49 der „Medizinischen Klinik“ beweist, scheint die Unklarheit über die Begriffe von Chlorkalk (Kalkaria chlorata), Chlorkalzium (Kalziumchlorid, Kalzium chloratum) und chlorsaurer Kalk (Kalziumchlorat, Kalzium chlorikum) in ärztlichen Kreisen weiter verbreitet zu sein, als man annehmen sollte. Es findet sich nämlich in diesem Hefte eine Abhandlung von Privatdozent Dr. Gelpke, Chefarzt des Kantons-Spitals Liestal-Basel: „Hämorrhoiden, ihr Wesen und ihre Behandlung“. Darin heißt es an einer Stelle wörtlich: „Bei Blutungen scheinen außer den bekannten Styptizis (!), Hydrastis und Hamamelis, die von Boas empfohlenen Chlorkalk-Klystiere (20,0 einer 10%igen Lösung) von gutem Erfolg zu sein.“

Auch hier hat die Schriftleitung der Zeitung den Fehler übersehen.

Es dürfte sich dringend empfehlen, daß seitens der Redaktionen der medizinischen Zeitschriften die Aerzte auf diese Verwechselungen aufmerksam gemacht würden; auch werden die Apotheker an ihrem Teile sehr viel dazu beitragen können.

Zu unserem in der vorigen Nummer gemachten Vorschlage, die lateinische Bezeichnung für Chlorkalk „Kalkaria chlorata“ im kommenden neuen Deutschen Arzneibuche durch „Kalzium hypochlorosum krudum“ zu ersetzen, möchten wir noch bemerken, daß auch die neue österreichische Pharmakopöe den Chlorkalk mit Kalzium hypochlorosum, die neue spanische Pharmakopöe mit Hipochlorito cálcico clorurado, lateinisch Hypochloris calcicus chloruratus bezeichnet. Auch die englische und amerikanische Pharmakopöe haben die zu Verwechselungen veranlassende Bezeichnung Kalkaria chlorata durch „Calx chlorinata“ ersetzt.

Das Grossherzoglich-Hessische Polizeiamt Darmstadt erläßt unter dem 7. Dezember 1907 folgende Warnung: „Neuerdings werden wieder von München aus Drucksachen der H. H. Warner & Comp. Ltd. in London — diesmal mit der Aufschrift: „Was bringt die Post Neues?“ — massenhaft verbreitet, die eine Anpreisung des von diesem geschäftlichen Unternehmen in Verkehr gebrachten Mittels „Warners Safe Cure“ als Heilmittel gegen „unzählige Krankheiten, die oft sogar als unheilbar erklärt worden sind“, enthalten. — Dieses Mittel ist längst als wert- und wirkungslos erkannt und in die sogen. Geheimmittelliste des Bundesrates aufgenommen. Schon seit Jahren wird von den Behörden vor dessen Bezug und Anwendung öffentlich gewarnt.

Wir sehen uns darum veranlaßt, diese Warnung zu wiederholen. Wer sich vor Schaden bewahren will, lasse die Anpreisungen des Mittels unbeachtet.“

Im 12. Heft der Heilkunde 1907 ist ein Artikel von Johanna Elberskirchen in After bei Bonn, betitelt „Geschlechtsempfindung und Liebe“ publiziert, dem wir zur Bel—ehrung unserer Leser und ihrer Damen folgenden Passus entnehmen: „Die Liebeskraft des Mannes ist grundsätzlich sehr schwach entwickelt, und ihre Entwicklung wird durch seine brutale Erziehung häufig auch noch künstlich unterdrückt und tritt außerhalb der Zone der Begattungs- und Wollustkraft kaum in die Erscheinung. Seine Geschlechtsliebe und Geschlechtlichkeit ist überwiegend Begattungs- und Wollustliebe und deshalb auch grundsätzlich mit dem Akt der Begattung befriedigt, häufig erschöpft, während die Liebe des Weibes den Akt der Begattung grundsätzlich nicht nur kurze, sondern lange Zeit überdauert. Der Mann ist also grundsätzlich nicht fähig, das Weib, also seine seelische Persönlichkeit, seelisch zu lieben und mit ihm in seelische Wechselbeziehungen zu treten, während des Weibes Seele dem Manne der Liebe jubelnd entgegenstürmt, um sich der seinen innig zu vermählen. O grauenvolle Täuschung! Sie findet nichts als totales Miß- und Unverständnis. Ihre liebestrunkene, dürstende Seele prallt plötzlich im seligen Liebesflug gegen das finstere undurchdringbare Gemäuer vollständigen Unverständnisses. Die selige Hingabe ihrer Seele ist verschrobene Sentimentalität oder sind hysterische Aeußerungen. Oder der Mann erblickt darin nur weibliche Schwäche und Anlehnungsbedürfnis, Schutzbedürfnis, während tatsächlich nur die stürmische, starke Liebeskraft der Frau nach Sättigung schreit, nur des Weibes Seele an des Mannes Seele pocht! Und ängstlich, verstört flattert die arme Seele an dem dunklen Gemäuer auf und ab, bis die Flügel zerrieben und wund, dann stürzt sie ab in den grauenvollen Abgrund der Erkenntnis: der Mann hat ja keine Seele, nicht für dich. Manchmal ein Todessturz. Die Mangelhaftigkeit der seelischen Geschlechtsempfindung des Mannes ist jedenfalls häufig der Grund, daß des Weibes Liebe vollständig vom Manne ab und auf das Kind oder ein anderes Objekt gelenkt wird, das auf ihre Liebeskraft mit lebendiger Liebe zu reagieren und ihr Sättigung zu geben vermag.“

Fachliste geschützter Erfindungen.

Herausgegeben von der Firma **Heinrich Brust**, Verbands-Patent-Bureau Kassel, Hohenzollernstr. 43. Fernruf 3186. Amerikanischer Patentanwalt Den Abonnenten dieser Zeitschrift wird Rat und Auskunft in allen Patentangelegenheiten kostenlos erteilt.

Patentanmeldungen.

30a. Röhrenförmige Vorrichtung zur Besichtigung menschlicher oder tierischer Körperhöhlen durch zwei Beobachter mit einem in einem Seitenansatz angeordneten Prisma oder Spiegel. Dr. Joseph Boronow, Breslau, Schweidnitzerstadtgraben 12.

30f. Verfahren und Vorrichtung zur Verminderung der Wärmewirkung von Lichtstrahlen unter Verwendung einer strömenden Kühlflüssigkeit. Dr. Ernst Kromayer, Berlin, Lützowstr. 89.

Patenterteilungen.

30a. Augenelektromagnet. Bohumil Jiroika, Berlin, Urbanstraße 28.

Gebrauchsmuster.

30a. Durchleuchtungslampe in Verbindung mit einer in der Tasche tragbaren Batterie. Louis und H. Loewenstein, Berlin.

30a. Schneidwerkzeug für Rachenmandeloperation mit im Messerführungskopf angeordneter Gegenhaltzunge. Fa. Rudolf Détert, Berlin.

30b. Mechanischer Zahnnervextraktor mit verstellbarer rotierender Nervnadel. Jean Rohrbach, Ludwigshafen a. Rh., Bismarckstraße 62.

30d. Ringförmiges Scheidenpessar aus Hartgummi mit umlegbarem bügelförmigem Stiel. Dr. Hermann Stenzel, Wittenberge.

30f. Vorrichtung zur Anrichtung kataphorischer Bäder, bestehend aus einer Badewanne und einer Brücke mit kleiner Porzellanwanne und Aluminiumelektrode. Ernst Thiem, Bromberg, Bahnhofstr. 49.

Patentnachrichten.

Gebrauchsmuster.

30b. 312419. Satz von sechs doppelendigen Instrumenten verschiedener Formen zum Stopfen und Formen von plastischem Füllungsmaterial. Richter & Hoffmann The Harvard Dental Mfg. Co., Berlin. 14. 6. 07. R. 19451.

30b. 312498. Aus Horn bestehende knopfartige Füllsonde für zahnärztliche Zwecke. Emil Scherf, Nürnberg, Kaiserstr. 38. 30. 5. 07. Sch. 25846.

30d. 312303. Damenverband aus dehnbarem Stoff mit Längsfalte. A. Kröll, Berlin, Johannisstr. 2. 4. 6. 07. K. 31247.

30i. 312486. Räucherkerze in Pyramidenform aus Holzkohle. Hugo Banzhaf, Scheibenberg i. E. 23. 3. 07. B. 34289.

30k. 312406. Spreizbarer Scheidenspülapparat. Richard Heise, Berlin, Dieffenbachstr. 73. 3. 6. 07. H. 33592.

30k. 312515. Flüssigkeits-Zerstäuber. Jakob Keßler, Jägersfreude, Kr. Saarbrücken. 17. 6. 07. K. 31365.

Hie Fucol — hie Lebertran! Die Entscheidung, welches dieser beiden Nährfette den Vorzug verdient, wird keinem Praktiker schwer fallen. Fucol wirkt bei Skrofulosis und Rachitis schnell und energisch und schmeckt angenehm. Der Lebertran besitzt diese Eigenschaften nur in bescheidenem Maße. Fucol kostet in Orig.-Flaschen à 1/2 Liter M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin S. 14. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau
Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 26. Januar 1908. Nr. 4.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Joseph v. Mering †.

Von Dr. **Richard Theilemann**, Lauchstedt.

Am 5. Januar d. J. erlöste der Tod den Direktor der Med. Klinik zu Halle a. S., Geh. Rat Prof. Dr. Freiherrn v. Mering im 59. Lebensjahre. Eine chronische Nierenentzündung mit allen Drangsalen einer hochgradigen Wassersucht setzte dem Leben eines genialen Mannes ein Ziel.

v. Merings Entwicklungsgang als Kliniker weicht von dem gewöhnlichen in mancher Hinsicht ab. Nach mehrjähriger Tätigkeit bei Frerichs und Kußmaul habilitierte er sich in Straßburg im Alter von 29 Jahren. Angeregt durch Hoppe-Seyler, beschäftigte er sich von vornherein viel mit chemischer Physiologie, und sein Name wurde bald so bekannt, daß er, der innere Kliniker, im Alter von 32 Jahren einen Ruf als Professor der Pharmakologie nach Marburg erhielt. Er blieb jedoch in Straßburg und übernahm die Funktion eines Gefängnisarztes, bis er im Jahre 1890 Direktor der Poliklinik in Halle a. S. wurde. Im Jahre 1900 übernahm er die Medizinische Klinik als Nachfolger Theodor Webers.

v. Merings Hauptarbeiten liegen auf dem Gebiete der Stoffwechsel- und Magenkrankheiten. Sie sind Allgemeingut des medizinischen Unterrichts geworden. Der Pankreasdiabetes, der Phloridzindiabetes, die Resorptionsfähigkeit des Magens und des Rektums — sie alle werden dem Namen v. Mering einen ewig dauernden Platz in der medizinischen Wissenschaft sichern. Er blieb jedoch auch seinen pharmakologischen Neigungen treu. Das Veronal und das Sajodin sind noch Zeugen aus den letzten Jahren.

v. Mering hat nie klinische Arbeiten im eigentlichen Sinne veröffentlicht. Und trotzdem war er ein guter Kliniker sowohl am Krankenbett wie auch in den Vorlesungen. Wir haben immer wieder bewundert, wie selten ihn sein diagnostischer Blick in schwierigen Fällen im Stiche ließ.

v. Mering war ein selten edler Mensch. Hilfreich in Wort und Tat seinen Patienten und Schülern gegenüber setzte er stets seine eigenen Interessen selbstlos in den Hintergrund. Stundenlang erörterte er mit seinen Assistenten und Doktoranden die Aussichten und die Methoden einer wissenschaftlichen Arbeit, immer wieder ließ er sich Bericht erstatten und freute sich des Fortschritts derselben, selbst dann noch, als er wußte, daß er nur noch Wochen zu leben hatte. Seinen Assistenten gegenüber kehrte er nie den Vorgesetzten hervor, er war nur der ältere immer wohlwollende Kollege.

Viel zu früh ist er der Wissenschaft entrissen worden. Er selbst gönnte sich nie Ruhe, und scherzend pflegte er zu sagen, er begriffe nicht, wie einer es zu etwas bringen könne, der sein Mittagsschläfchen haben müsse. In den letzten Jahren richtete er seine Haupttätigkeit auf pharmakologische Studien und auf die Erforschung der Physiologie der Saftabsonderung im Magen. Unzählige Versuche sind von ihm darüber angestellt worden, sie harren nun vergeblich der Verwertung zu einem gemeinsamen abgeschlossenen Ganzen durch einen großen Geist.

ORIGINALIEN.

Aus der Dührssenschen Privatanstalt für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Die Aetiologie, die nichtoperative und die operative Therapie der Genitalprolapse.

Von Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin.

(Schluß.)

Nachdem wir gesehen haben, daß der Deszensus uteri retroversi eine große Rolle in der Aetiologie der Prolapse spielt, müssen wir auch die Aetiologie der Retroversio uteri kurz besprechen. Halban und Tandler beschäftigen sich nicht speziell mit dieser Frage. Indessen kann man aus ihren Untersuchungen den Schluß ziehen, daß eine Erschlaffung der Uterusbänder keine Retroversio herbeizuführen vermag, da die normalkräftigen Uterusbänder nicht die Ursache der Normallage des Uterus sind. Wir müssen vielmehr als Ursache der Retroversion mit nachfolgendem Deszensus an eine habituelle Ueberfüllung der Blase denken, welche den Uterus ja in Retroversionsstellung bringt. Indem nun der gesteigerte abdominelle Druck in der Richtung der Uterusachse nach vorn und unten wirkt. treibt er den Uterus herab und bringt ihn in den Bereich der Hernie des Hiatus genitalis. Eine andere häufige Ursache für die Entstehung einer Retroversion sind, wie Ziegenspeck zuerst mit Recht hervorgehoben hat, die Verdichtungen resp. Narben im Beckenbindegewebe, welche als Parametritis anterior die Zervix nach vorne, als Parametritis superior den Fundus nach der Seite und hinten ziehen, ferner abnorme Kürze der vorderen Vaginalwand, hintere perimetritische Fixationen des Uteruskörpers. Die Erschlaffung der Ligamenta sakro-uterina (B. S. Schultze) oder die der Lig. rotunda als Ursache der Retroversio und weiterhin des Prolapses hat jedenfalls aus der Betrachtung auszuscheiden. Die bei Prolapsen beobachtete Verlängerung der Bänder ist ebenso wie die Elongatio kolli eine Folge des Prolapses.

Wenn sich nunmehr auf Grund der verdienstvollen Untersuchungen von Halban und Tandler ein klares Bild in der scheinbar so komplizierten Prolapsfrage ergibt, so möchte ich, um jeden Schatten aus diesem Bild fortzubringen, vorschlagen, die Bezeichnung Levatorplatte auch auf die vor dem Rektum zusammenfließenden Fasern der Levatores ani resp. ihrer innersten Abschnitte, der Mm. puborectales auszudehnen, zumal da Halban und Tandler den Hiatus genitalis nach hinten auch von den prärektalen Fasern der M. puborectales begrenzen lassen. Außerdem gewinnt man durch diese Erweiterung des Begriffs ein leichteres Verständnis für die operative Therapie der Prolapse:

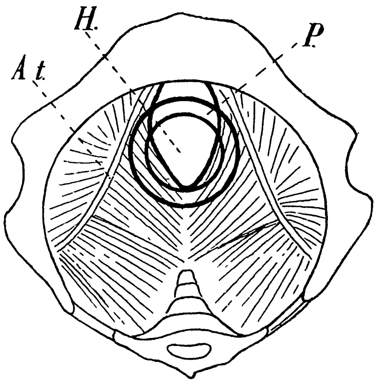
Wenn eine Hernie des Hiatus genitalis besteht, so müssen die Ränder der Bruchpforte vernäht und hierdurch die Bruchpforte verengt und die Levatorplatte nach vorne zu verlängert werden. Dies geschieht. indem man von dem vorderen, vor dem Rektum gelegenen Rand der Levatorplatte aus, der zugleich den hinteren Rand der Bruchpforte darstellt, die divergierenden, die seitlichen Ränder der Bruchpforte bildenden Levatorschenkel so weit zusammennäht, als sie sich ohne Spannung aneinander bringen lassen. Für die operative Therapie ist es nun wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß man den vorderen Rand der Levatorplatte durch die gebräuchlichen Anfrischungen oder Lappenschnitte freilegen kann, welche man vor dem Anus anlegt.

Für die Diagnose eines Prolapses und auch für die Therapie genügt es nicht festzustellen, wie der Uterus liegt, ob sein Kollum verlängert, ob und in welcher Ausdehnung die Scheide vorgefallen, ob ein alter Dammriß vorhanden ist, sondern man muß sich auch über die Dicke und den Tonus der Levatormuskeln sowie über die Größe des Hiatus genitalis orientieren. Dies gelingt leicht, wenn man den Zeige- und event. auch den Mittelfinger in die Vagina einführt, den Daumen außen an die Gegend zwischen Anus und Tuber ischii andrückt und nun zwischen diesen Fingern den Muskel betastet. Man wird bei dieser Untersuchungsmethode auch bald die von Schatz beschriebenen Abreißungen des Levator ani und speziell seines innersten Teils, des M. puborectalis, vom Schambein erkennen lernen, welche Schätz als eine Ursache für die Schwächung des Beckenbodens und damit für die Entstehung von Vorfällen erkannt hat. Auch über das Diaphragma urogenitale muß man sich ein Bild machen. Daß dasselbe defekt sein muß, erkennt man leicht an dem Klaffen der Vulva. Bei der Betastung der seitlichen Partien der Vagina und Vulva wird man die schlaffe Beschaffenheit des hier vorhandenen Gewebes feststellen. An dem verschmälerten Damm und weiter durch die Betastung des Septum rektovaginale vom Damm und der Vagina aus erkennt man das Fehlen eines normal großen und resistenten Perinealkeils. Wölbt sich aus der Vulva der unterste Teil der hinteren Vaginalwand blasenförmig hervor, so ist eine Rektokele vorhanden, also ein Darmwandbruch, dessen Bruchpforte unterhalb des Hiatus genitalis gelegen ist.

Was die Therapie anlangt, so bestärkt uns die von Halban und Tandler aufgestellte Theorie in der Ueberzeugung, daß eine Ringbehandlung bei Rektokele gewöhnlich versagt. Man sieht hierbei gewöhnlich, daß die Rektokele sich unter dem Ring blasenförmig hervorwölbt, und das ist ja auch sehr begreiflich, wenn man bedenkt, daß die Bruchpforte bei der Rektokele im Septum rektovaginale gelegen ist und Ringe diese Bruchpforte nur mangelhaft verschließen können. Der beste Verschluß wird bei der Rektokele, falls der Levatorspalt nicht auch gleichzeitig erweitert ist, vielleicht durch ein Eipessar erzielt werden können.

Für die Therapie der Hernien des Hiatus genitalis ist es zunächst wichtig, den Uterus und die angrenzenden Scheidenpartien aus dem Bereich der Bruchpforte und damit des abdominellen Druckes zu bringen. Dies geschieht durch die Reposition des retrovertierten Uterus, welche leider so vielfach in der Praxis überhaupt nicht versucht wird. Gelingt die Reposition, so kann man auch große Prolapse mit Hodgeschen Zelluloidringen behandeln, nur muß man die Ringe so breit wählen, daß ihre Seitenränder die Ränder des Hiatus so weit überragen, daß der Ring auch beim Pressen, wobei der Hiatus genitalis sich erweitert, noch auf den Levatorschenkeln ruht.

Gelingt die Reposition des Uterus nicht, so wähle man ein Schatzsches Schalenpessar. Dieses ruht auf den Levatorschenkeln auf und stützt selbst, gewissermaßen ein Diaphragma urogenitale bildend, die Zystokele (Abb. 5).



Ansicht des Beckens von oben. Schematische Darstellung der Lagerung eines Mayerschen Ringes auf dem Beckenboden. At. Arcus tendineus. H. Hiatus genitalis. P. Ring.

Abb. 5. (Nach Halban und Tandler.)

Ist der Hiatus genitalis sehr weit, liegen die Mm. levatores ani als schlaffe Gebilde der Beckenwand dicht an, dann fallen die gewöhnlichen Pessare, auch in den größten Nummern, heraus, weil ihnen der schlaffe und schmale Muskelrand gar keine Stütze bietet. Hier kann, wie die genannten Autoren betonen, manchmal noch ein Mengesches Zapfenpessar helfen, weil der Zapfen sich event. noch an einer, wenn auch kleinen suffizienten Partie des Levator ani halten kann. Eipessare sind dagegen bei Hernien des Hiatus genitalis zu verwerfen, da sie sehr groß sein müssen, wenn sie seitlich die Ränder des Hiatus überragen sollen. Durch ihre Größe würden sie unter diesen Umständen sehr lästig werden.

In Fällen, wo die Kranken keinen Ring tragen wollen, wo die Ringe nicht halten, oder wo die Kranken es nicht verstehen, den Ring sauber zu halten resp. unter diesen Umständen den Arzt zu selten aufsuchen, ist die operative Heilung des Prolapses angezeigt. Gerade die letzte Kategorie von Fällen ist auch heutzutage noch ziemlich frequent, und zwar nicht nur im weniger zivilisierten Osten, über dessen Pessarsünden uns F. Neugebauer*) berichtet hat, sondern auch im Westen Deutschlands. So berichtet Franz Cohn**) aus der Gießener Frauenklinik, daß daselbst in den letzten Jahren außer zahlreichen Druckusuren acht Fälle von eingewachsenem Pessar zur Beobachtung kämen. Zweimal bestand bloße Verhaltung des Ringes in der zu eng gewordenen Scheide. Die Pessare wurden mit Giglischer Drahtsäge zerstückelt und entfernt. Einmal konnte ein Hartgummiring, der schon große Druckgeschwüre gesetzt hatte, noch unzerstückelt entfernt werden. In einem Fall war ein Löhleinsches Pessar durch das Septum rektovaginale in den Mastdarm hindurchgewachsen und wurde zerkleinert extrahiert. In zwei Fällen war die Scheidenschleimhaut in die Löcher einer Prochownikschen Siebschale mit zahlreichen, knopfförmigen Wucherungen eingedrungen. In einem weiteren Fall war eine Siebschale im Scheidengewölbe eingewachsen; in dem tiefen Dekubitalgeschwür war ein Sarkom entstanden. Dieses wurde mit einem großen Stück Vaginalwand und der Portio exzidiert, doch entstand bald ein Rezidiv. Aus seinen Beobachtungen schließt Cohn, daß sich trotz richtiger Wahl der Pessare und guter Pflege derselben bei leicht verletzlicher Scheide Schädigungen nicht vermeiden lassen. Es ist deshalb, wenn irgend angängig, die operative Beseitigung des Prolapses der Pessartherapie vorzuziehen.

Zu den von Cohn erwähnten Schädigungen der Patienten bei nicht operativer Behandlung der Prolapse möchte ich auch die Möglichkeit einer septischen Infektion des Uterus und der Adnexe rechnen. Ich nehme die Möglichkeit an, daß in dem oben berichteten Fall von Prolaps, entstanden durch hintere Druckwirkung, die doppelseitige Pyosalpinx nicht durch Gonorrhoe, sondern durch Sepsis erzeugt war. Für das Eindringen von Spaltpilzen in den Uterus war ja die beste Gelegenheit gegeben, weil die Zervix 4 cm weit aus der Vulva herausragte und somit allen möglichen Insulten ausgesetzt war. Tatsächlich waren in diesem Fall die vorgefallenen Teile auch außerordentlich stark entzündet, und verschwand die Entzündung gänzlich nach definitiver Heilung durch die zweite Operation.

Auch in einem zweiten Fall von völligem Uterusvorfall glaube ich an die Entstehung einer Salpingitis und Perimetritis acuta durch Infektion von großen Portiogeschwüren aus.

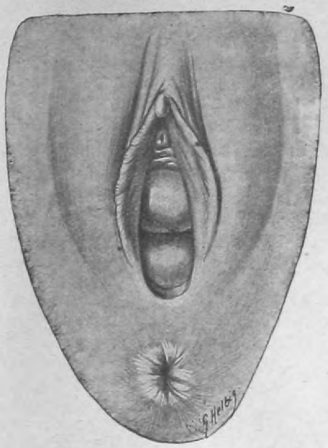
19. 11. 07. Frau O., 37 J., II para, hat einen zweifaustgroßen Totalprolaps des 9 cm langen Uterus und der Scheide. Die Umgebung des weitklaffenden Muttermunds ist geschwürig verändert. Nach Ansicht mehrerer Aerzte ist Heilung nur durch Uterusexstirpation möglich.

Operation: Portioamputation nach Verschorfung der Ulzera. Ablösung des Zystokelensacks bis zu den Ureteren. Wegen akuter Entzündung der stark geröteten, ödematösen und in frische Verklebungen eingebetteten Tuben werden dieselben mitsamt dem linken zystischen Ovarium exstirpiert. Die Tuben enthielten bakterienfreien Eiter. Auch der ganze Uterus war äußerst hyperämisch. Kolporrhaphia anterior durch Resektion zweier Scheidenlappen, Vaginifixur mit fünf Katgutknopfnähten. Exzision eines Fünfecks an der hinteren Vaginalwand und Vernähung der Levatorränder durch sechs Katgutknopfnähte.

5. 12. 07. Pat. wird mit antevertiertem Uterus, straffem Muskeldamm und nur für einen Finger durchgängigem, langgestreckten Vaginalrohr geheilt entlassen.

Für die plastischen Operationen am Damm hatte ich***) bereits vor Erscheinen des Werkes von Halban und Tandler folgende Postulate aufgestellt:

Als eine Vorbedingung des Erfolges bei Prolapsoperationen betrachte ich die Verengerung des Scheidenrohrs, die Schaffung eines resistenten Septum rektovaginale, die hierdurch bedingte Richtungsänderung der Scheidenachse und die Vereinigung der medialen Ränder der beiden Levatores ani. Alle diese Postulate erfüllt noch besser als die Exzision des Hegarschen Dreiecks die Exzision eines Fünfecks, wie ich sie seit vielen Jahren übe. Dieses Fünfeck wird so erzeugt, daß man zunächst die drei Ecken des Hegarschen Dreiecks mit Kugel- oder Klemmzangen fixiert und mit noch zwei weiteren Klemmzangen das untere Ende der kleinen Labien faßt. Die Endpunkte der kleinen Labien liegen gewöhnlich 3 cm über den Enden der Basis des Hegarschen Dreiecks. Reichen die kleinen Labien weiter nach abwärts, so führt man eben die der Basis des Hegarschen Dreiecks senkrecht aufgesetzten Schnitte in die kleinen Labien selbst hinein. Etwa 3 cm muß die Länge dieser Seitenschnitte betragen. Die beschriebene Figur besteht aus einem oberen, in der Scheide liegenden Dreieck und einem unteren, dem Damm angehörigen Viereck. Sie unterscheidet sich von dem Simonschen Fünfeck dadurch, daß das obere Dreieck länger ist und nach dem Scheidengewölbe zu mit einem spitzen Winkel endet.



Retroversio et deszensus uteri, Zystokele, Rektokele, Hernia hiatus genitalis. Der Hautdamm ist intakt.

Abb 6.

Das Dreieck wird durch eine fortlaufende, nicht versenkte Katgutnaht vereinigt. Sobald die Spannung größer wird, werden drei bis vier Katgutknopfnähte quer unter der ganzen Wunde des Vierecks durchgelegt und die Fadenenden nach der Mitte zu zusammengezogen. Hierdurch nähern sich die Scheidenwundränder und können ohne Spannung bis zu dem unteren Ende der Labia minora vereinigt werden. Es folgt die Knüpfung der tiefen Nähte. Der eigentliche Scheideneingang wird nunmehr durch den nach unten völlig geschlossenen Ring der kleinen Schamlippen und dahinter durch die Reste des Hymenalrings gebildet. Die Betastung des Beckenbodens von der Scheide und vom Damm aus ergibt, daß nicht ein einfacher langer Hautdamm geschaffen ist, sondern daß beide Levatores ani infolge der Vereinigung ihrer Ränder einen muskulösen Beckenboden bilden. Nur Damm-Knopfnähte, welche aber seitlich tief unter der Wunde durchgreifen müssen, bringen die Muskelränder exakt aneinander. Daher konnte ich früher, als ich mich nur der fortlaufenden Naht in Etagen bediente, keinen so resistenten Beckenboden erzielen, der fortdauernd den späteren Schädigungen der Kohabitation und Geburt standhielt.

Die Exzision des Fünfecks habe ich beibehalten, dagegen bin ich*), auch bereits vor der Publikation des Halban-Tandlerschen Werks vom März dieses Jahres ab zur isolierten Vernähung der Mm. levatores ani durch versenkte Katgutknopfnähte übergegangen, wie Fritsch

---

*) Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Bericht über die Kasuistik einiger deletären Nebenwirkungen unzweckmäßiger, vernachlässigter und vergessener Scheidenpessarien auf Grund von 242 Fällen, Archiv für Gyn. Bd. 43, H. 3.

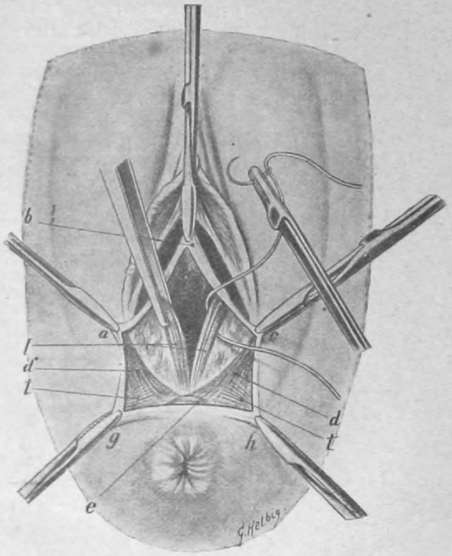
**) Deutsche med. W. 1907, Nr. 46, S. 1924.

***) Ueber operative Heilung von Prolapsen der Vagina und des Uterus, Gynäkologische Rundschau 1907, H. 2.

*) Ueber Perineoplastik nebst Bemerkungen über die extraperitoneale Interposition des Uterus bei Prolaps. Gyn. Rundschau 1907, H. 8 und H. 11.

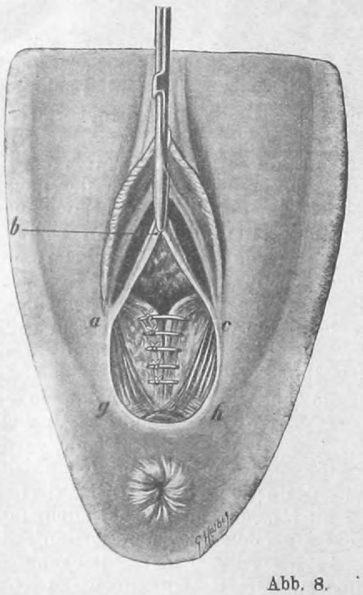
Public

sie zuerst empfohlen hat. Die Ränder dieser Muskeln lassen sich mit einer Hakenpinzette fassen, welche an der Umschlagstelle der hinteren in die seitliche Scheidenwand das Gewebe breit und tief faßt. (Abb. 7.) Sobald man durch beide Ränder eine Katgutnaht durchgeführt hat und an dieser einen Zug ausübt, treten die Muskelränder plastisch aus dem umgebenden Gewebe heraus, auch fühlt man, wie sich bei dem Zug der ganze Muskel bis zu seinem Ansatz am Schambein anspannt. Man legt nun weitere Nähte nach abwärts durch die Muskelränder bis dahin, wo beide Muskeln mit dem Sphinkter ani, den Bulbokavernosi und Transversi perinei superfiziales zusammenfließen. (Abb. 8.) Erscheint die Verengerung des Scheidenrohrs noch nicht genügend, so kann man auch nach oben die Levatores ani noch weiter vernähen, nachdem man sie durch Unterminierung der sie bedeckenden Scheidenwand sichtbar gemacht hat. Auf diese Weise läßt sich der ganze Beckenausgang durch eine Muskelplatte verschließen, welche vorne quer von einem absteigenden Schambeinast zum andern reicht und von dem unteren Rand der Symphyse nur einen ein bis zwei Finger breiten Abstand besitzt. Hierzu sind zwei bis sechs versenkte Nähte erforderlich.



a b c h g angefrischtes Fünfeck; l linker Levator bereits durchstochen, l rechter Levator mit der Pincette gefaßt; d d Mm. bulbokavernosi; t t Mm. transversiperinei superfiziales; e M. sphinkter ani.

Abb. 7.



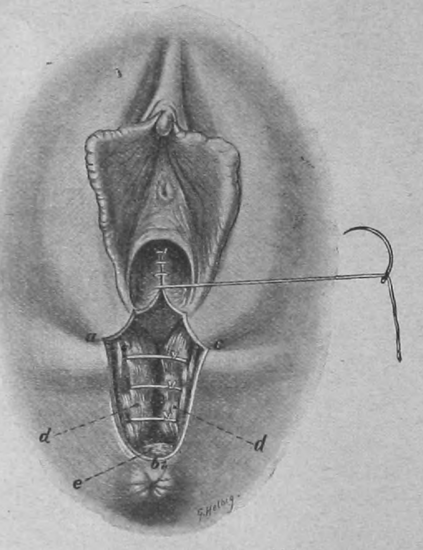
Die Levatorränder sind durch fünf versenkte Katgutnähte vereinigt. Hierdurch und durch die Abnahme der seitlichen Haltezangen hat die Anfrischungsfigur a b c h g sich bereits verkleinert und haben sich die Ränder der Mm. bulbokavernosi einander genähert.

Abb. 8.

Dann werden die Ränder des Fünfecks von oben nach unten durch eine fortlaufende Katgutnaht vereinigt.

Bei dieser Methode werden die Hernien des Hiatus genitalis, die Senkung des Beckenbodens und die Rektokele gleichzeitig beseitigt. Bei der Rektokele sieht man es besonders deutlich, wie der Bruch wie hinter einem Vorhang hinter der fortschreitenden Naht der Muskeln verschwindet. Hier liefert die Methode einen neuen muskulösen Perinealkeil. Bei der Hernie des Hiatus genitalis verlängert die Methode die unpaare Levatorplatte gewaltig nach vorn und schafft für den Uterus, die Scheide und die Blase die Unterlage, gegen welche der abdominelle Druck die genannten Organe anpressen und dadurch fixieren kann. Bei der Senkung des Beckenbodens strafft die Methode die beiden Mm. levatores ani und hebt dadurch den Beckenboden.

Ja die Methode leistet noch mehr: Indem sie die Levatores zwischen Scheide und Mastdarm zur Vereinigung bringt, bringt sie auch die zusammengehörenden Fasern und Muskeln des Diaphragma urogenitale wieder im Zentrum tendineum zur Vereinigung. Die Levatores hängen nämlich innig mit dem Diaphragma zusammen, die seitlichen Partien des Diaphragma folgen daher dem Zug der Levatores und werden durch die zweite oberflächliche Naht zur Vereinigung gebracht. Will man anatomisch ganz korrekt operieren, so vereinigt man über den Levatores noch die Mm. bulbokavernosi durch einige versenkte Katgutknopfnähte. (Abb. 9.) Dann hat man auch noch das Diaphragma pelvis akzessorium wiederhergestellt. So lassen sich, wie mein Material beweist, tatsächlich ideale Erfolge erzielen (Abb. 10), während Halban und Tandler noch die Möglichkeit einer solchen ausgiebigen Naht der Levatores und ihre Erfolge bezweifeln, ein Beweis dafür, daß die Therapie oft der Theorie vorauseilt.

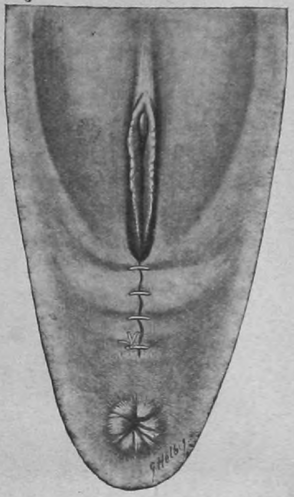


Die Abb. 9 stammt von einem anderen Fall (siehe Dührssen, Ueber Perineoplastik etc. Gynaekologische Rundschau, H. 8. Fig. 4) und zeigt die isolierte Vernähung der Mm. bulbokavernosi durch 3 versenkte Katgutnähte. Durch diese Naht werden auch die Enden der Mm. transversi perinei superfiziales wieder miteinander in Verbindung gebracht: Die Straffung dieser Muskeln erkennt man an den zwei queren Hautfalten, die von a und c nach außen strahlen. So ist also kaudalwärts von dem eigentlichen Diaphragma pelvis auch das Diaphragma pelvis akzessorium wieder hergestellt.

Abb. 9.

Neben der geschilderten Perineoplastik sind noch andere Operationen zur Heilung des Prolapses notwendig. Insbesondere ist es allgemein anerkannt und nach der oben entwickelten Theorie auch verständlich, daß der Uterus in Anteversion übergeführt werden muß und die hierzu sicherste Operation die vom Verf. angegebene Vaginifixur mittels Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes und der Plika vesikouterina darstellt. In meinen oben erwähnten Arbeiten habe ich darauf aufmerksam gemacht, daß ich die von Schauta 1899 beschriebene Methode, welche auch Halban und Tandler als die Schauta-Wertheimsche Methode bezeichnen, bereits 1894 veröffentlicht habe. Sie ist sowohl der Verkürzung der Lig. rotunda als auch der Ventrifixur deswegen überlegen, weil sie eine stärkere Anteversion erzeugt. Hierdurch wird dem gesteigerten abdominellen Druck die Möglichkeit gegeben, auf die hintere Fläche des Uterus zu wirken und ihn gegen die neugeschaffene Levatorplatte zu fixieren. Mit dieser Vaginifixur habe ich aber seit 1898 auch eine ausgiebige *Ablösung des Blasenbodens von der Scheide, der Zervix und den Parametrien verbunden, wodurch eine Retraktion der Zystozele* ermöglicht wird.*) Es handelt sich hier um eine kausale Therapie der Zystozele, welche bedauerlicherweise trotz mehrerer Publikationen meinerseits noch nicht die gebührende Beachtung gefunden hat. Ich wende dieses Verfahren mit dem besten Erfolg auch bei der mit Zystozele verbundenen Anteflexio uteri an. Die Ablösung der Blase muß bei größeren Zystozelen so weit gemacht werden, daß man die Ureteren den Zuschauern sichtbar machen kann.

Ferner vaginifixiere ich bei konzeptionsfähigen Frauen den Uterus dicht unter dem Fundus mit nur einer Silkwormnaht, die nach sechs Wochen entfernt wird, und nähe die Oeffnung im Peritoneum der Plika für sich wieder zusammen. Hierdurch wird einmal eine tadellose Anteversion erzeugt und zum anderen *späteren Geburtsstörungen mit Sicherheit vorgebeugt.* Bei dieser Methode werden nämlich nur zarte peritoneale Adhäsionen zwischen Uterus und Blasenperitoneum erzeugt, welche in der Schwangerschaft leicht gedehnt werden und andererseits den Uterus unter hauptsächlicher Mitwirkung des abdominellen Druckes doch in Anteversion zu halten vermögen. Meine jetzige Methode der Vaginifixur bei Prolapsen unterscheidet sich also von der früheren, die fälschlich unter dem Namen der *Schauta-Wertheim*schen Methode geht, durch zwei bedeutende Fortschritte: *sie beseitigt zu gleicher Zeit die Zystozele, und sie ist auch bei noch konzeptionsfähigen Frauen***) *ohne Gefahr und mit dem gleich sicheren Erfolg bezüglich der Lagekorrektur auszuführen.*



Ansicht nach Vollendung der fortlaufenden Naht der Wundränder: Die Vulva klafft nicht mehr, der Damm ist verlängert. Das Becken ist nach unten durch eine Muskelplatte fast völlig abgeschlossen, welche zwischen ihren vorderen Rand und der Symphyse nur einen Finger eindringen läßt.

Abb. 10.

Alle diese Operationen genügen noch nicht für die völlige Heilung aller Abnormitäten bei Uterusprolaps. Bekannt ist ja, wie oft eine partielle oder völlige Absetzung der elongierten Zervix sich notwendig erweist, wie häufig außerdem noch der Uterus aus Verwachsungen zu lösen ist, daß Myomenukleationen und außerdem die verschiedensten Operationen an den Adnexen gemacht werden müssen, falls man die neben dem Prolaps vorhandenen funktionellen und pathologisch-anatomischen Störungen beseitigen will. *Alle diese Nebenoperationen lassen sich mittels meiner Methode der Kolpokoeliotomia anterior, der Eröffnung der Bauchhöhle vom vorderen Scheidengewölbe aus, ausführen,* einer Methode, welche bei Prolapsen zunächst nur dazu dient, um den Uterus zu vaginifixieren. *Jedenfalls ist es nicht nötig, wegen eines noch so großen Prolapses den Uterus zu opfern,* dies ist sogar insofern unrichtig, als nach den Untersuchungen von *Halban* und *Tandler* nicht im Uterus, sondern in der Hernie des Hiatus genitalis die Ursache der Prolapse gelegen ist. Indessen können doch komplizierende Erkrankungen des Uterus oder der Adnexe die Exstirpation des Uterus notwendig machen. So habe ich bei klimakterischen Blutungen und bei größeren oder zahlreichen Myomen den Uterus, bei Ovarialgeschwülsten älterer Frauen den Uterus samt Adnexen exstirpiert. Ich habe aber auch dann besonderen Wert darauf gelegt, daß bei vorhandener Zystozele noch vor der Durchtrennung der Ligamenta lata der Zystozelensack aus allen seinen Verbindungen gelöst wurde, um durch eigene Retraktion zu verschwinden, und daß nach Exstirpation des Uterus die Hernie des Hiatus genitalis durch Vernähung der Levatorränder beseitigt wurde.

Die Freilegung der letzteren ist nicht etwa an die oben beschriebene Exzision eines Fünfecks gebunden. Ist wenig überschüssiges Scheidengewebe vorhanden, so kann man ohne Fortnahme von solchem die Levatorränder von einem über die hintere Scheidenwand geführten medianen Längsschnitt aus freilegen. Von diesem Schnitt aus löst man die Scheide nach beiden Seiten von ihrer Unterlage ab. Diese Ablösung kann man auch von einem dicht unter der hinteren Kommissur angelegten queren Bogenschnitt aus vornehmen oder am bequemsten von einem umgekehrten **T**-Schnitt aus, welcher sich aus dem Quer- und dem Längsschnitt zusammensetzt. Nach Vernähung der Levatorränder kann man diese Schnitte als Längs- und als Querschnitt wieder vereinigen.

Der Querschnitt gewährt die Möglichkeit, auch die Mm. bulbokavernosi freizulegen und durch einige versenkte Katgutnähte zu vernähen. Hierdurch wird, wie ich schon erwähnt habe, auch das Diaphragma pelvis akzessorium wiederhergestellt.

Man hat für die älteren Prolapsoperationen, die sich im wesentlichen auf die Exzision von verschieden geformten Scheidenlappen und auf die Vernähung der gesetzten Wunden beschränkten, die Forderung mehrjähriger Beobachtung aufgestellt, weil man auch nach Jahren noch Rezidive beobachtete. Diese Rezidive sind leicht erklärlich, weil es bei den meisten der beschriebenen Methoden dem Zufall überlassen blieb, ob die Levatorränder mit der Naht mitgefaßt wurden. Bei der systematischen Vernähung der Levatorschenkel braucht man eine solche Beobachtungszeit nicht, sondern kann überall dort eine Dauerheilung annehmen, wo eine prima intentio eingetreten ist. Die Berechtigung dieser Annahme stützt sich auf die Erfahrungen der Chirurgie, auf die tadellose Heilung aller Brüche, bei denen es, wie bei den Leistenbrüchen, gelingt, die Bruchpforte durch Muskelplatten zu verschließen. Uebrigens habe ich auch solche Dauerheilungen in mehrjähriger Beobachtung stets konstatieren können, wo die Levatores nach meiner älteren Methode durch tiefgreifende, von der Haut aus angelegte Umstechungsnähte zur Vereinigung gebracht worden waren.

Als Resultat der operativen Bestrebungen in der Prolapstherapie ergibt sich also der Schluß, daß *die beschriebenen Methoden im stande sind, die Beschwerden der Kranken zu beseitigen, die normale Syntopie der Beckenorgane dauernd wiederherzustellen und die Frau wieder kopulations- und konzeptionsfähig zu machen!*

---

*) Zugleich mit dieser Methode habe ich in meinem Buche, Die Einschränkung des Bauchschnitts etc. 1898, die Keilresektion des Uteruskörpers bei Metritis beschrieben, welche F. Cohn jüngst (Arch. f. Gyn. Bd. 84, H. 1) als neue Methode aus der *Pfannenstiel*'schen Klinik beschrieben hat und besonders für die Kombination von chronischer Metritis und Prolaps empfiehlt.

**) Anm. Bei älteren Frauen oder bei jüngeren Frauen, welche wegen Entfernung der kranken Tuben nicht mehr konzipieren können, vaginifixiere ich den Uteruskörper mit einigen Katgutknopfnähten, welche die Peritonealränder mitfassen. Hierdurch wird die Bauchhöhle ebenfalls exakt abgeschlossen, weil das Peritoneum seitlich mit der vorderen Uteruswand verwächst. Die Mitte der letzteren verwächst direkt mit der Vaginalwand: dies gibt eine sehr feste Verwachsung des Uterus, die ein Rezidiv der Retroversio schlechterdings unmöglich macht.

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Fortsetzung.)

Herr Mende sagt ferner, die Erweiterung läßt sich stets in Kürze mittels leichten Anziehens bewirken. Daraus geht ganz klar hervor, zumal er den weichen Ballon verwendet, daß in allen seinen Fällen auch sofortige Wendung möglich war. Ich berufe mich da auf meine eigenen Erfahrungen, wo von 22 pl. pr. zentrales 21 mal dies geschah. Herr Mende zählt unter seinen 16 Fällen nur 9 pl. pr. zentrales.

Nach meiner Anschauung dürften überhaupt nur diese in Betracht gezogen werden. Bei den meisten anderen würde ja die einfache Zerreißung der Eihäute, damit Beendigung der Zerrung an der Plazenta und Tiefertreten des Kopfes auch genügt haben. Sobald auf diese einfache Weise die Blutung stand, fehlte jeder Grund zum aktiveren Vorgehen. Wir müssen auseinanderhalten Scheingefahren und wirkliche Gefahren. Zur Beruhigung von Patientin und Arzt mag in einem Fall von tiefsitzender Plazenta die Metreuryse erlaubt sein. Handelt es sich aber darum, den Wert einer Behandlungsmethode festzustellen, dann müssen alle diejenigen Fälle ausscheiden, die nur Schreckschüsse darstellen. Meine eigenen Fälle von tiefsitzender Plazenta oder diejenigen, wo nur ein kleiner Lappen in den Muttermund hereinragte, habe ich weder gezählt, noch ihnen Bedeutung beigelegt, die Mütter sind alle gesund geworden. Ist die Metreuryse bei Plazenta praevia zentralis oder auch lateralis mit schwerer Blutung -- eher sieht der Praktiker die Fälle eben nicht — der Wendung überlegen oder nicht, das ist die Frage! Diese beantworte ich dahin: Die Wendung ist besser in der Stadt- und Dorfpraxis. Meine Gründe dafür sind nachstehende.

Zunächst allgemeine Betrachtungen.

Lassen wir in Gedanken einmal alle Komplikationen weg, und fassen wir nur die durch den verschiedenen Sitz der Plazenta allein entstehenden Möglichkeiten ins Auge. Nehmen wir zuerst den Fall einer pl. pr. zentralis. Es sei gelungen, den Braun einzuführen und aufzuspritzen. Nun sind zwei Möglichkeiten; entweder begnügt sich der Arzt mit einer Ballongröße, welche die Blutung stillt, oder er spritzt — um den Kopfdurchtritt des Kindes später schnell zu bewirken — bis Kindskopfgröße auf. In letzterem Falle wird die Plazenta fast im ganzen Umfang abgehoben, ein Umstand, der allein das Kind schon so gut wie sicher töten wird. Nach Austreibung des Ballons muß außerdem noch — wir nehmen eine ideale zentralis an — die Plazenta durchbohrt werden und durch ihre Fetzen das Kind herabgezogen werden. Wenn dies nun auch schnell geht, wer setzt viel Hoffnung darauf, daß das Kind lebe! Spritzt man andererseits nur wenig auf, so steht zwar die Blutung, aber was nützt das dem Kinde? Die Plazenta muß durchbohrt werden, die Entwicklung langsam geschehen. Ein wirklicher Vorteil für das Kind ist nicht vorhanden, nur scheinbar für einen Arzt, der wenig Geburtshilfe trieb, weil er dann stets mit ganzer Hand wenden kann und nicht in einem Teil der Fälle die unheimlich erscheinende kombinierte Wendung vorzunehmen braucht. Warum aber selbst dieser sich überwinden sollte, in einem nicht dringlichen Falle, wo die Mutter noch nicht besonders verblutet ist, die Gelegenheit wahrzunehmen, sich einzuüben auf die kombinierte Wendung, vornehmlich aber auf die Extraktionstechnik, wird weiter unten abgehandelt. Eine Weite der Zervix, um die ganze Hand sofort einzuführen, findet man außerdem häufig vor bei Mehrgebärenden. Dabei entstehen die Risse nicht, sondern beim schnellen Durchziehen des umfangreicheren Kopfes.

Der Champetier hingegen soll nach Durchbohrung der Plazenta eingelegt und dann aufgespritzt zurückgetrieben oder gezogen werden. Demnach findet auch hier eine enorme Blutumlaufstörung in der zerfetzten Plazenta mit entsprechend vernichtender Wirkung auf das Leben des Kindes statt.

Zweitens, vergegenwärtigen wir uns den Fall einer randständigen Plazenta, wo nur ein Lappen den Muttermund überbrückt. Der Arzt kann unbedenklich aufspritzen bis Kindskopfgröße. Nun kommt es aber zum Teil darauf an, welchen Ballon er benutzt. Der Braun wird durch Wehen oder leichten Zug an der engsten Zervixstelle stets eingeschnürt — er ist ja elastisch und dehnbar —, so daß er seine Kugelform, die dem Kindskopfdurchmesser ursprünglich entsprach, nicht mehr bewahrt und in den seitlichen Durchmessern abnimmt. Dann erweitert er nicht mehr als bei Wendung auf einen Fuß, Steiß und Oberschenkel zusammen. Also, wo bleibt der objektive Vorteil?

Der ganz volle Champetier würde eine ideale Erweiterung ergeben. Aber in unserem angenommenen Fall würde bis zum Durchtritt unberechenbare Zeit verstreichen. Solchen Luxus gestattet dem Praktiker seine Tätigkeit nicht, wenn er sich nicht auf Mendes Standpunkt stellen will, daß er nun fortgehen dürfe. Also spritzt der Praktiker, welcher anwesend bleiben will, den Ballon nicht ganz auf, um durch Zuganwendung Zeit zu gewinnen, und — wir sind wieder auf dem alten Fleck. Bei nachheriger Wendung würde für das Kind bezüglich der anatomisch-physiologischen Verhältnisse nichts gewonnen sein.

Aber nun tritt ein neues Moment in Erscheinung. Der Anhänger der sofortigen Wendung ist verpflichtet, den Kopf sehr vorsichtig zu entwickeln, „er soll den Mut haben, das Kind sterben zu lassen.“ Zwar wird auch derjenige Arzt, welcher die Metreuryse der Wendung vorausschickte, vorsichtig sein; aber immerhin wird er schneller arbeiten. „Er habe doch schon mit dem Kolpeurynter erweitert“, tröstet er sich. Mag also immerhin die Metreuryse keinen objektiven Vorteil vor der Dilatation durch Rumpf und Oberschenkel des Kindes haben, sicherlich wirkt sie günstig ein auf die Erhaltung des Kindeslebens durch (wenn auch irrige) Autosuggestion des Operateurs. Eine halbe, ja eine viertel Minute Zeitersparnis bei Kopfentwicklung muß in manchem Fall des Kindes Leben erhalten. In einer Gesamtstatistik der Mortalität wird sich diese Tatsache immerhin nur durch einige Prozente bemerkbar machen, weil noch zu viele andere Dinge über Leben und Tod entscheiden. Während so dem Kinde günstigere Bedingungen geboten werden in einem Maße, daß dies in den Uebersichten deutlich hervortreten kann, darf man nicht erwarten, daß für die Mütter ein häufigerer, tödlicher Ausgang infolge solchen Handelns erkennbar wird. Theoretisch würde man das zwar erwarten müssen, jedoch die praktischen Verhältnisse geben es nicht zu. Zunächst wissen wir gar nicht genau, wie langsam wir im einzelnen Fall entwickeln müssen. Prinzipiell muß nach sofortiger Wendung sehr langsam, also durchschnittlich zu langsam entwickelt werden. Schon deswegen wird eine halbe Minute schnelleren Arbeitens oft nicht schaden. Der Kindskopf ist meist noch kleiner und weicher als normal. Mehrgebärende vertragen schon einen Puff. Bei Erstgebärenden hängt viel von der verschiedenen Dehnfähigkeit der Gewebe ab. Außerdem ist zum Glück nicht jeder Riß tödlich, besonders wenn ein Geübter schnell und sicher tamponiert, in den Statistiken erscheinen diese Risse nicht. Schließlich veröffentlicht ein Einzelner nur kleine Zahlenreihen, wobei der Zufall sein Spiel treibt. Man vergleiche nur einmal, wie verschieden die Prozentsätze geretteter Kinder angegeben werden in Statistiken über Metreuryse. Da finden sich leicht Differenzen von 18 %. Hingegen Beschädigungen der Mütter würden sich ziffermäßig nicht finden lassen, weil, wie gesagt, die Zahlenreihen zu klein sind, und in geübter Hand ein Zervix-Riß meist glücklich verlaufen wird. Die Frauen aber, welche in gleicher Lage auf die Hilfe eines Ungeübten ohne genügende Assistenz eventuell bei schlechter Beleuchtung angewiesen sind, dürften den Riß nicht ganz selten mit dem Leben bezahlen. Solche Fälle kommen aber nicht in die Statistiken. Wer mit mir der Ansicht ist, daß die Metreuryse nicht mehr erweitert als Rumpf und Schenkel, der muß auch den Schluß ziehen, daß sie der Mutter Gefahr bringen kann, weil sie dem Arzt die Gefahr verschleiert und ihn dadurch zu falschem Handeln veranlassen kann, zumal der lockende Preis eines geretteten Kindeslebens greifbar nahe winkt.

Alles soeben Ausgeführte sind Hypothesen, kann der Gegner sagen, erst Tatsachen beweisen und die fehlen. Ganz recht! Den Wert dieser Erwägungen mag ein jeder selbst einschätzen, ich will nur dazu die Anregung geben. Meine Empfehlung direkter Wendung will ich weiter unten auf Tatsachen stützen, trotzdem ich zugebe, daß die Metreuryse einige Kinder mehr rettet. Aber der Praktiker erkauft diesen Gewinn hier und da mit dem Tode einer Frau, was mir als ein zu teurer Preis erscheint und sicher auch allen denjenigen Aerzten, die schon einmal bedrückt nach Hause gegangen sind, fort von dem Todenbette einer Frau, die nach stundenlangen Qualen in den Händen des Arztes verblutete.

Endlich bei einer randständigen Plazenta liegen dieselben Verhältnisse vor, nur daß mitunter nach Metreuryse auch die Zange benutzt werden kann, wodurch bei genügend langsamem Vorgehen Kind wie Mutter Vorteile haben können.

Das Gesamtergebnis unserer Betrachtungen ist demnach bisher, daß in der Theorie die Metreuryse für das Kind das bessere Verfahren sei. Statistisch bewiesen ist das aber bisher nicht. Das Lager der Kolpeurynter-Anhänger ist in zwei Parteien gespalten, von denen jede das Instrument der anderen gering schätzt. Wir müssen demnach sehen, ob vielleicht in der Prognose für die Mutter ein ausschlaggebendes Moment zu finden ist.

Mende führt zwar zum Preise des Braun seine hohe Zahl lebender Kinder ins Gefecht; aber in einem gewissen Widerspruch dazu empfiehlt er bei jeder Blutung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ohne Rücksicht auf den Termin, sofort die Frühgeburt einzuleiten. Auch er ist demnach bereit, die Kinder zu Gunsten der Mutter zu opfern. Im Prinzip schließe ich mich ihm völlig an. Zwar zeigte in meinen Fällen bei einer einzelnen nicht bedrohlichen Blutung der weitere Verlauf, daß es sich dann nur um randständige Plazenten gehandelt hatte. Bei der Geburt trat wieder eine Blutung auf, die bei meinem Eintreffen schon wieder stand. Die Geburt verlief ohne Eingriff, und diese Kinder, welche bei Frühgeburt nach Mende geopfert worden wären, wurden natürlich lebend und vor allem lebensfähig geboren. Bei den wirklich schweren Blutungen konnte ich auch stets, wie schon früher bemerkt, sofort wenden. Daß dies kein Zufall sein kann, ergibt die Ueberlegung, welche Folgen zentraler oder marginaler Sitz der Plazenta, und kräftige oder schwache Wehen in ihren wechselseitigen Beziehungen ausüben müssen. Da aber nicht umgekehrt gefolgert werden darf, daß eine schwache Blutung stets nur tiefsitzende Plazenta beweise, und ferner überhaupt nicht die verschiedenen Anheftungen der Plazenta in erster Linie, sondern mehr noch das zeitige oder späte Eingreifen des Arztes und seiner Assistenz Leben oder Tod bedeuten, so soll man auch nicht sich auf die Geringfügigkeit einer Blutung allein verlassen, sondern lieber sicher gehen im Zweifelsfall, also durch ein Verfahren, welches gleichzeitig die Blutung stillt, die Frühgeburt einleiten. In diesen seltenen Fällen erscheint mir die Metreuryse daher das richtige Verfahren zu sein. Außerdem kann in solchem Fall der Arzt auch nach meiner Meinung ruhig einstweilen fortgehen, wenn eine Hebamme als Wache zurückbleibt. Denn die Zervix ist lang, ein schnelles Verstreichen ist nicht zu befürchten. Da auf das Leben des unentwickelten Kindes keinerlei Rücksicht genommen werden darf — man wollte ja die Mutter retten —, so genügt eine mäßige Ballonauftreibung, die später das Durchführen der Hand gestattet. Sollte der Arzt nicht gleich bei beginnender Austreibung da sein, brauchte die Hebamme nur nachzufüllen, so würde weitere Zeit gewonnen. Wie eng ein jeder den Kreis dieser Fälle begrenzen will, muß er selbst entscheiden. Nach meiner Auffassung könnte man allgemein sagen: ganz oder fast ganz erhaltene Zervix und Undurchgängigkeit für zwei Finger gehören in diese Rubrik. Mancher wird vielleicht noch mit einem Finger die kombinierte Wendung unternehmen.

Der Bossi wäre nicht erlaubt, da jeder dringende Anlaß zu sehr gewaltsamem Vorgehen fehlt. (Schluß folgt.)

REFERATE.

Bakteriologie.

Die Serodiagnose bei Syphilis.

Von Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

Wohl jedem Arzte ist aus eigener Erfahrung bekannt, eine wie große praktische Bedeutung die erste serologische Krankheitsdiagnose, die von Durham, Widal, Gruber, Bordet u. a. ausgearbeitete Widalreaktion für die Erkennung unserer gefährlichsten Seuche, des Ileotyphus, gewonnen hat. Zwar hat diese Reaktion nicht in allen Fällen das gewünschte Ergebnis gebracht und der anfangs übertriebene Enthusiasmus mußte durch kritische Nachuntersuchungen in mancher Richtung gedämpft werden, dennoch hat die Widalreaktion in praktischer Beziehung vollauf ihren Wert behalten und gerade durch die vielen Anfeindungen und Versuche, ihre spezifische Bedeutung zu erschüttern, sind ihre Grenzen erst recht erkannt und damit ihr Wert gesichert worden.

Im Juni 1896 veröffentlichte Widal seine ersten exakten Beobachtungen über die spezifische Agglutination bei Typhuskranken und gab damit den Anstoß zu einem allgemeinen Studium der Agglutinationsphänomene, ein Aehnliches geschah, als im Mai 1906 Wassermann, Neißer und Bruck in der D. M. W. 19 über eine „Serodiagnostische Reaktion bei Syphilis" berichteten.

Die Erforschung der Syphilis ist ja bekanntlich durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann in ein neues Stadium getreten; von allen Seiten wurde energischst gearbeitet und unser Wissen über das Wesen der Syphilis bedeutend gefördert; heute steht bei weitem die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkt, daß die Syphilis durch die „Pallida" bedingt wird, wenngleich dabei noch manches dunkel und unaufgeklärt bleibt — aber wie dem auch sei, bei dem zur Zeit praktisch wichtigsten Ergebnis der Syphilisstudien — der serologischen Syphilisdiagnose — hat die Schaudinnsche Entdeckung nur den äußeren Anlaß gegeben, die Untersuchungen selbst sind ganz unabhängig von der ätiologischen Bedeutung der Sp. pallida durchgeführt, ihr Wert oder Unwert bleibt auch ohne dieselbe bestehen.

Für das Verständnis der serologischen Syphilisdiagnose, wie sie heute geübt wird, ist folgendes zu beachten. Spritzt man einem Kaninchen unter den nötigen Kautelen wiederholt in bestimmten Zeiträumen Hammelblutkörperchen in die Blutbahn, so bildet das Kaninchen in seinem Blutserum einen Stoff, Hämolysin genannt, der imstande ist, im Reagenzglas Hammelblutkörperchen, welche in physiologischer Kochsalzlösung sich befinden, aufzulösen. Diese Blutauflösung kann man im Reagenzglas mit unbewaffnetem Auge erkennen, denn wenn in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmte rote Hammelblutkörperchen durch ein Hämolysin aufgelöst werden, so geben die Blutkörperchen ihren roten Farbstoff ab, die Lösung wird lackfarben und bleibt dauernd rot, während nicht gelöste, in Kochsalzlösung aufgeschwemmte Blutkörperchen mit dem in ihnen festgehaltenen roten Farbstoff allmählich zu Boden sinken, wodurch die nur als Suspension rot erscheinende Lösung sich klärt und farblos wird.

Die Blutauflösung im erwähnten Reagenzglasversuch tritt nur ein, wenn das wirksame Kaninchenserum frisch ist, denn für das Zustandekommen ist neben dem Hämolysin ein leicht vergänglicher Stoff des normalen Blutserums notwendig, der schon bei Erhitzen auf 56°, aber auch bei längerem Stehenlassen zerfällt. Diesen empfindlichen Körper, den wir chemisch nicht kennen und den wir nur aus seinem biologischen Verhalten diagnostizieren, nennen wir Komplement. Jeder Vorgang bei dem Versuch mit der Blutkörperchenaufschwemmung, welcher das Komplement vernichtet, hindert auch die Blutauflösung im Reagenzglas.

Wassermann und seine Mitarbeiter fanden nun, daß sich im Extrakt aus der Leber von syphilitischen Foeten ein Körper befindet, welcher mit Stoffen, die bis jetzt nur in den Körpersäften von syphiliskranken Menschen nachgewiesen werden konnten, eine Verbindung eingeht. Findet die Verbindung dieser beiden Stoffe in Gegenwart von Komplement statt, so wird dabei das Komplement verbraucht, und eine Blutauflösung unter Mithilfe desselben kann nicht mehr stattfinden. Komplement ist, wie erwähnt, ein Bestandteil des normalen Blutserums der verschiedensten Tiere, und man kann ein durch Komplementvernichtung unwirksam gemachtes blutauflösendes Kaninchenserum dadurch wieder wirksam machen, daß z. B. frisches Meerschweinchenserum zugesetzt wird.

Zur serologischen Syphilisdiagnose bedarf man nun folgender Lösungen: 1. Kaninchenserum, welches die Eigenschaft hat, Hammelblutkörperchen aufzulösen; 2. Extrakt aus der Leber eines syphilitischen Foetus; 3. Hammelblutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung; 4. Serum des syphilisverdächtigen Menschen. Aus diesen Lösungen wird vorher das vorhandene natürliche Komplement entfernt*), denn auf das Verhalten dieses Körpers kommt es bei der Reaktion besonders an, und er wird deshalb gesondert für sich durch Zusatz von frischem Meerschweinchenserum hinzugefügt. Man geht nun folgendermaßen vor: Bestimmte Mengen von a) Leberextrakt, b) Serum des syphilisverdächtigen Menschen und c) frisches Meerschweinchenserum werden zusammengegossen und bleiben einige Zeit stehen.

War das verdächtige Serum b) von einem Syphilitiker, so sind die obenerwähnten Stoffe vorhanden, welche mit Bestandteilen des Leberextraktes a) Verbindungen eingehen und dabei das Komplement des Meerschweinchenserums verbrauchen; bringe ich jetzt Hammelblutkörperchen und komplementfreies hämolytisches Kaninchenserum hinzu, so kann das Kaninchenserum die Hammelblutkörperchen nicht auflösen, denn dazu ist ja Komplement notwendig: die Blutkörperchen bleiben unaufgelöst, sinken zu Boden, die Lösung bleibt klar = Reaktion positiv. War das Serum b) von einem nichtsyphilitischen Menschen, so tritt keine Verbindung mit dem Leberextrakt a) ein; infolgedessen bleibt das Komplement des Meerschweinchenserums erhalten, und bringt man jetzt Hammelblutkörperchen und komplementfreies hämolysinhaltiges Kaninchenserum in die Lösung, so wirkt das Kaninchenserum in Gemeinschaft mit dem erhaltenen Komplement auflösend auf die Blutkörperchen, die ganze Lösung wird lackfarben, rot, klärt sich also nicht = Reaktion negativ.

Die serologische Syphilisdiagnose ist demnach schon in ihrer einfachen Ausführung mit einwandsfreien Materialien außerordentlich kompliziert; dazu kommt noch, daß die einzelnen zur Reaktion nötigen Stoffe durchaus nicht leicht zu gewinnen sind und einer ständigen, sorgfältigen Kontrolle bedürfen, damit keine Täuschungen unterlaufen. Die Untersuchung kann deswegen nur von Fachleuten in guteingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. Bisher sind in einwandsfreier Weise eine große Reihe serologischer Syphilisdiagnosen (etwa 1500) vorgenommen worden, mit dem gleichlautenden Resultate, daß es in ungefähr 85% gelingt, bei Syphilitikern der verschiedensten Stadien eine positive Reaktion zu erhalten, während bisher noch in keinem einzigen Falle von Nicht-Syphilis des Menschen eine positive Reaktion erzielt wurde. An kritischen, gegnerischen Nachuntersuchungen fehlt es natürlich auch nicht, aber diese haben bis jetzt, so weit sich überschauen läßt, nur zu Meinungsverschiedenheiten bez. der Deutung der Reaktion geführt, ohne den praktischen Wert derselben in Frage zu stellen.

Der Umstand, daß die serologische Untersuchung nur an bestimmten Orten ausgeführt werden kann, hat, für uns in Deutschland wenigstens, glücklicherweise keine Bedeutung, denn fast überall stehen den Aerzten bei uns Untersuchungsämter zur Verfügung, in denen unentgeltlich derartige Untersuchungen sachgemäß ausgeführt werden; es ist nur zu wünschen, daß diese Aemter von den Aerzten immer mehr in Anspruch genommen werden, denn dort können die verschiedenen Untersuchungen mit einer Genauigkeit und Sicherheit ausgeführt werden, wie sie der einzelne Arzt doch nur ausnahmsweise und mit vieler Mühe erzielen kann, und je mehr der praktische Arzt durch die Tätigkeit der Untersuchungsämter von rein diagnostischen Arbeiten entlastet wird, desto mehr kann er seine Arbeitskraft den für ihn viel näher liegenden und wichtigeren therapeutischen Maßnahmen zuwenden

Literatur.

Wassermann, Neißer, Bruck: Deutsche med. Wochenschr, Nr. 19, 1906.
Wassermann und Plaut: Deutsche Med., Nr. 44, 1906.
Neißer, Bruck, Schucht: Deutsche med. Wochenschr., Nr. 48, 1906.
Wassermann und Mein: Deutsche med. Wochenschr., Nr. 32, 1907.
Fischer und Mein: Deutsche med. Woche, Nr. 52, 1907.
L. Michaelis: Berl. klin. Wochenschr., Nr. 35, 1907.
J. Citron: Berlin. klin. Wochenschrift., Nr. 43, 1907.
Wassermann: Berl. klin. Wochenschr., Nr. 51, 1907.

Psychiatrie.

Die Therapie bei Geisteskranken.

Von Oberarzt Dr. **Joh. Bresler,** Lublinitz O.-S.

Spezifische Heilmittel für Geisteskrankheiten sind bisher ein frommer Wunsch der Irrenärzte geblieben. Die Behandlung im engeren Sinne ist hier Symptombekämpfung, die Erregung dasjenige Symptom, welches am meisten zu schaffen macht; denn bei seiner künstlichen Niederhaltung beschleicht uns immer wieder Zweifel, ob wir nicht der Selbsthilfe des Organismus entgegenarbeiten, gerade wie unter Umständen bei Fieber, Schweiß, Hyperämie, Entzündung. Auch drängt sich ab und zu der Gedanke dazwischen, daß es neben der äußeren Erregung, die dem kranken Organismus eine Notwendigkeit der Selbsthilfe sein kann und deren Beseitigung am Ende nur Schonung der Umgebung erreicht, noch eine innere gibt, nämlich diejenige der Hemmungsmechanismen im Nervensystem, eine Erregung, die still, stumm und klaglos verläuft, aber stärker sein kann, als die Reizung der Bewegung und des Sprechapparats, denn sie vermag zur Selbstvernichtung, in anderen Fällen zu Atrophie und Kontraktur zu führen. Läge dies wenigstens im Einzelfalle klar, so brauchte man sich über die Beschränkung auf symptomatische Behandlung nicht zu beklagen; aber auch davon sind wir weit entfernt. Es ist also zum Kopfzerbrechen und genauen Beobachten reichlich Gelegenheit gegeben. Und zu Selbsttäuschungen und Enttäuschungen wie in der übrigen Medizin auch. Daß sich dabei leicht therapeutischer Pessimismus einschleicht, ist erklärlich, aber das Vorwärtsstreben behielt glücklicherweise noch immer die Oberhand.

Ich will nun den Leser mit solchen allgemeinen Betrachtungen nicht länger verweilen, sondern an den Gegenstand selbst herantreten.

I.

Die gegenwärtige Irrenanstaltsbehandlung steht im Zeichen der Hydrotherapie, und zwar beanspruchen die prolongierten warmen Bäder das Hauptinteresse. Sie sind nichts Neues. In französischen Irrenanstalten waren sie vor der Mitte des vorigen Jahrhunderts im Gebrauch. Warum sie damals nicht weitere Verbreitung, ja sogar wieder Einschränkung erfuhren, hat seine guten Gründe: 1. erfordert Einrichtung und Betrieb ziemlich viel Geld, 2. ist nichts schwieriger als eine richtige Indikationsstellung, und wer in diesen Bädern ein Allheilmittel für Psychosen sucht, wird bald davon wieder abkommen. Gleichwohl bedeutete ihre Einführung in Deutschland vor ca. 15 Jahren einen unzweifelhaften Fortschritt, und da heute der Irrenpflege mehr Mittel zur Verfügung stehen, auch die Kenntnis der für diese Bäderbehandlung geeigneten Zustände doch eine bessere ist, so wird diese für immer den wichtigsten Bestandteil der Irrenanstaltstherapie bilden. Man kann sich heute eine Irrenanstalt ohne Einrichtung für prolongierte Bäder ebenso wenig denken wie ein chirurgisches Krankenhaus ohne guten Operationssaal.

Lassen wir zunächst die mehr pflegemäßige Verwendung der prolongierten warmen Bäder bei chronisch erregten, reißenden, unsauberen Geisteskranken beiseite, bei denen es nur auf Erzielung eines hygienischen Zustandes ankommt. Zur Herbeiführung von Beruhigung und Schlaf, zur Beseitigung oder Linderung von Spannung und Hemmung ist das prolongierte warme Bad bei den verschiedensten Zuständen nützlich. Schwierigkeiten bieten sich der Anwendung eigentlich nur, wenn wie bei vereinzelten Melancholischen und halluzinatorisch Verwirrten eine illusionäre, schreckhafte Deutung der Prozedur und des Wassers stattfindet, und bei sehr erregten Epileptikern, bei denen jede Berührung eine neue Explosion auslöst. Doch braucht erstmaliges Mißlingen nicht von späteren Versuchen abzuhalten. Zuweilen macht eine voraufgängige Hyoszin-Morphium-Injektion den Kranken für die Behandlung traktabler.

---

*) Durch Erhitzen auf 56°, wobei alle übrigen in Betracht kommenden Stoffe erhalten bleiben.

Wie lange ein prolongiertes Bad währen soll, muß die Beobachtung der Wirkung im einzelnen Falle lehren; bei dem einen Kranken wird ein $^1/_2$- bis einstündiges Bad den erwünschten Erfolg haben, bei anderen werden bis sechs Stunden erforderlich sein. Die Temperatur soll 35 ° C betragen. Ob gegenüber der Wirkung eines auf sechs bis acht Stunden sich erstreckenden Bades bei funktionellen, d. h. ausgleichbaren Verhältnissen im Gehirn und in seiner Zirkulation, nicht schließlich der Krankheitsprozeß sich das Uebergewicht zu verschaffen vermag, scheint der Erwägung wert, um so mehr, als das dem letzteren eigene natürliche Schwanken der Erregung in Rechnung zu ziehen ist.

Die Wirkung des warmen Bades auf das Zentralnervensystem wird auf Grund physikalischer Untersuchungen, die ich als bekannt voraussetze, auf eine Verminderung der Gehirnhyperämie zurückgeführt. Danach wird im Bade nach einiger Zeit auftretende Rötung des Kopfes und Gesichts als Moment gelten müssen, wo das Bad abzubrechen ist. Diese Hyperämie etwa durch Eisblase und kalte Kompressen zu beseitigen, erscheint nicht begründet; besonders bei Paralytikern und Senilen ist darauf zu achten.

Es kommt sicherlich aber als nützlicher Effekt auch die durch Umspülung des Körpers bewirkte Ablenkung bei vielen Kranken in Betracht. Jedenfalls ist die Einwirkung durch prolongierte Bäder auf Geisteskranke der Beruhigung durch Medikamente vorzuziehen.

Die Veränderungen der einzelnen Nervenfunktionen unter dem Einfluß des warmen Bades waren Busch und Plaut an der psychiatrischen Klinik in München experimentell zu erforschen bemüht. Sie untersuchten Blutdruck, Pulszahl, Temperatur, grobe Kraft und den Ablauf der psychischen Vorgänge (Wahlreaktionen, Assoziationen, Addieren, Auffassung von Gesichtsreizen) bei normalen Personen unter der Einwirkung zweistündiger Bäder von 33 ° an. „Die Versuchspersonen badeten im ganzen in sechs Versuchsreihen von zwanzig und zehn Tagen jeden zweiten Tag zwei Stunden. Vor und nach dem Bade wurden die Versuche angestellt; der Blutdruck wurde einmal vor dem Bade, dann nach $^1/_4$stündiger Einwirkung desselben und gegen Schluß im Bade gemessen. Auf den Badetag folgte ein Normaltag, an welchem eine zweistündige Ruhezeit das Bad vertrat, sonst wurde in ganz gleicher Weise gearbeitet. Eine Aenderung der Resultate nach dem Bade gegenüber dem Ergebnis vor demselben verglichen mit der Differenz vor und nach der Ruhezeit konnte also mit größter Wahrscheinlichkeit auf einen Einfluß des Bades bezogen werden. Während Puls und Temperatur außer einer unbedeutenden Neigung zum Ansteigen keine Badewirkung erkennen ließen, sank der Blutdruck (gemessen mit dem Gärtnerschen Tonometer) beträchtlich. Nach zwei Stunden war er bei den drei Versuchspersonen um 27, 16 und 15 mm geringer als vor dem Bade, einen noch tieferen Stand aber nahm er nach $^1/_4$stündigem Bade ein und zwar um 2 bezw. 7 mm. Am Ergographen stiegen die Leistungen einer Versuchsperson sowohl nach der Ruhe als nach dem Bade etwas an, bei der zweiten sanken sie im letzteren Falle, doch war auch hier der Ausfall an den verschiedenen Tagen wechselnd, bald wurde nach dem Bade mehr, bald weniger geleistet und die Abnahme der Zahl, nicht der Höhe der Einzelleistungen auch an den Tagen, die eine ungünstige Wirkung des Bades andeuteten, sprach gegen das Bestehen einer Ermüdung des Muskels. Hier sei noch bemerkt, daß das Gewicht der Versuchspersonen keine Abnahme erfuhr, es blieb im Verlauf der Versuchsreihe unverändert oder zeigte eine Zunahme von $^1/_2$, 1 und 3 Pfund. Gering waren die Veränderungen der Assoziationen und nicht zu einem Schlusse zu verwerten; nicht ungünstig, d. h. nicht im Sinne einer Ermüdung beeinflußt, zeigten sich die Wahlreaktionen. Die Gesamtarbeit des Addierens, es wurde zweimal fünf Minuten gerechnet, mit einer dazwischen liegenden Pause von fünf Minuten, nahm durch das Bad verglichen mit der Wirkung der Ruhe etwas zu, die Pausenwirkung dagegen beträchtlich ab. Da die in der Pausenwirkung ausgedrückte Erholungsfähigkeit der Ermüdbarkeit parallel zu gehen pflegt, darf also eine Herabsetzung der letzteren durch das Bad gefolgert werden. Als Gesichtsreize für die Auffassungsversuche dienten Täfelchen mit neun Buchstaben, die durch einen vorbeipendelnden Spalt kurze Zeit sichtbar wurden. Es fand sich auch hier ähnliches wie bei den Additionsversuchen. Die Auffassung war nicht vermindert, sondern nach dem Bade meist etwas gebessert. Objektive Zeichen der Ermüdung ließen sich also auf keinem der untersuchten Gebiete nachweisen. Bei alledem war das Gefühl der Müdigkeit nach dem Bade durchweg ein beträchtliches und hielt mehrere Stunden an. . . So weit vorläufige Resultate einen Schluß gestatten. ist es der, daß anscheinend das Bad nur Müdigkeit, nicht Ermüdung hervorruft". . . Der Einfluß des warmen Bades beschränkt sich demnach auf die Gemeinempfindungen und Gefühle, während nach medikamentösen Schlaf- und Beruhigungsmitteln deutlich objektive Ermüdungserscheinungen und Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit, also eine schädigende Wirksamkeit konstatiert worden ist.

Das Wasserbett, d. h. das über Tage und Wochen ausgedehnte, auch nachts nicht unterbrochene Bad (Dauerbad) zielt mehr auf Pflege. Hygiene und Entfernung der Möglichkeit zu Dekubitus und der Gelegenheit zu Schmieren, Zerstören, Zerreißen ab. Praktisch ist die Frage des Wasserbettes in Irrenanstalten bereits gelöst, da es an den meisten eingeführt ist und mit Erfolg angewandt wird. Gegenüber Bedenken über das Anpassungsvermögen des Körpers an diese Lebensweise können wir uns auf die Analogie mit dem Wasserbett der Dermatologen berufen, wie es z. B. im Jahre 1883 in dem Wiener klinischen Jahrbuch beschrieben wurde. Kaposi hat Kranke mit Pemphigus foliazeus, Karies der Wirbelsäule bis drei Jahre Tag und Nacht, ohne Unterbrechung, mit Erfolg und ohne Störung der Ernährung und der Organfunktionen im Wasserbett behandelt. Bei Geisteskranken mit unversehrter Hautdecke wird also noch weniger zu riskieren sein. Uebrigens kommen für das Wasserbett nur ganz schwierige Ausnahmefälle in Betracht.

Als neuester Fortschritt in der Anstaltshydrotherapie ist die Aufstellung der Badewannen für prolongierte Bäder im Freien zu verzeichnen. In der Leipziger städtischen Heilanstalt Dösen und in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen hat man im letzten Sommer angefangen, Kranke die Bäder im Garten nehmen zu lassen.

Recht viele Kranke eignen sich zur Behandlung mit feuchtwarmer Packung, und wo die Einrichtung der prolongierten Bäder nicht ausreicht, empfiehlt sich sehr deren Anwendung. Bei solchen Kranken, bei denen diese Prozedur nur unter Gewalt und mit zwangsmäßiger Befestigung der Umwicklung möglich wäre, ist jedoch davon Abstand zu nehmen. Länger als zwei Stunden soll die Packung nicht ausgedehnt werden; Ueberwachung des Pulses, Verhütung von Kopfkongestion ist natürlich nötig.

II.

Die medikamentöse Behandlung der psychischen Erregungszustände soll zwar nach Möglichkeit eingeschränkt werden. sie ist aber ebenso wenig entbehrlich wie etwa die Narkose in der Chirurgie. Es gibt eben — das läßt sich nicht wegleugnen — Situationen, in denen es heißt: handeln, in denen man nicht die vielleicht beruhigende Wirkung des prolongierten Bades unter Festhaltung des Kranken durch kräftige Pflegerhände — wenn man über solche in genügender Zahl verfügt! — abwarten kann, indem man eine Stunde lang oder noch länger zusieht, wie der Kranke mit dem Personal auf Tod und Leben ringt. Der Arzt ist auch für Verletzungen und Unfälle, die in solcher Situation passieren, mitverantwortlich. Da ist nun die Skopolamin-Morphin-Injektion am Platze; man gibt 0,001 Skopolamin (0,01 : 10,0) und Morph. muriat. 0,025; manchmal genügt auch 0,0005 Skopolamin und Morph. muriat. 0,020. Der Kranke verfällt nach ca. zehn Minuten in einen drei- bis fünfstündigen narkotischen Schlaf mit ruhigem Puls und ruhiger, gleichmäßiger Atmung. Die Beruhigung dauert nach dem Erwachen gewöhnlich längere Zeit fort oder die Erregung ist geringer geworden. Man kann diese Injektion bis dreimal in 24 Stunden wiederholen. Sie ist namentlich bei furibunden Erregungszuständen Epileptischer zu empfehlen, dann überhaupt bei allen Gelegenheiten, wo ein Abwarten — etwa bis zur Fertigstellung eines Bades, einer Packung etc. — Gefahr für die Umgebung bedingen würde. Für den praktischen Arzt, der zu einem furibunden Geisteskranken gerufen wird, ist die Skopolamin-Morphin-Narkose jedenfalls das sicherste und bequemste Mittel, Rat zu schaffen. Es kann auch vorkommen, daß eine Chloroformnarkose die einzige Rettung ist.

Zum Gebrauch in der Praxis empfiehlt sich sehr die Verwendung der von der Firma Riedel unter dem gesetzlich geschützten Namen „Skopomorphin“ in den Handel gebrachten Lösung von Skopolamin und Morphin in zugeschmolzenen und sterilisierten Ampullen (Skopolamin. hydrobrom. „Riedel“ 0,0012, Morphin. hydrochlor. 0,03, Aquae dest. ad 2 ccm). Eine Injektion von $^3/_4$ des Inhalts einer Ampulle dürfte bei sonst kräftigen Patienten kaum je erfolglos sein. Herz und Gefäßsystem ist natürlich zu berücksichtigen; bei senilen Erregten wird $^1/_3$ bis $^1/_2$ Tube genügen.

Die Zahl der per os einbringbaren Schlaf- und Beruhigungsmittel ist eine beträchtliche und wächst von Jahr zu Jahr. Die Arzneimittelindustrie sucht immer Vollkommeneres zu bieten. Gar manches Schlafmittel ist bereits wieder in Vergessenheit geraten; andere wie Chloralhydrat, Paraldehyd und Trional haben ihren Platz behauptet, namentlich Paraldehyd hat sich als ein auch bei länger fortgesetzter Darreichung harmloses Mittel immer mehr erwiesen. Trional sollte nur fallweise, nicht mehrere Tage hintereinander, gegeben werden, da recht schnell Vergiftungserscheinungen auftreten, dasselbe gilt vom Chloralhydrat. Alkohol sollte man aus prinzipiellen sozialhygienischen Gründen nie als Schlafmittel ärztlich verordnen, obgleich er allabendlich von Millionen Menschen zur Herbeiführung oder bis zum Eintritt der nötigen „Bettschwere“ genossen wird.

Das Veronal, welches sich einige Jahre trotz mehrfach beobachteter übler Neben- und Nachwirkungen und trotz seines hohen Preises im Gebrauch zu halten vermochte, wird seit einiger Zeit durch die nicht unerheblich billigere, dem Veronal chemisch genau identische Diäthylbarbitursäure „Höchst“*) in den Hintergrund gedrängt. Man gibt 0,5 bis 1,5 Acid. diaethylbarbituric. in warmer Milch gelöst. Die Autoren, welche über Acid. diaethylbarbituric. berichten, haben unangenehme Nebenerscheinungen nicht beobachtet. Trotz wochenlanger unausgesetzter Darreichung traten in nur ganz vereinzelten Fällen Exantheme auf. (Fortsetzung folgt.)

---

*) Diäthylbarbitursäure statt Veronal. Von Dr. H. Schmidt, Irrenanstalt Dalldorf Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. 1907, Nr. 29. Referat s. diese Nummer, pag. 70.

Balneologie.

Referent: Dr. **Max Hirsch**, Bad Kudowa.

Der Schlesische Bädertag, der durch die Erörterung medizinischer und verwaltungstechnischer Fragen eine große Bedeutung für die schlesischen Bäder gewonnen hat, tagte zum 36. Male am 17. Dezember 1907 in Breslau.

Die medizinischen Themata waren zumeist therapeutischen Inhalts. Der Vortrag von Beerwald-Altheide: „Zur Behandlung der Chlorose“ gab neue eigenartige Gesichtspunkte zum Ausdruck, die zum größten Teil die Zustimmung der Zuhörer fanden, z. T. aber nicht unwidersprochen blieben. Unbestritten blieb die Angabe, Chlorotische nach Möglichkeit mit warmen Prozeduren zu behandeln, namentlich mit warmen Waschungen, aber heiße Bäder als zu anstrengend zu unterlassen. Ebenso daß trotz der Anerkennung des therapeutischen Effekts von Eisen und Arsen doch die physikalischen und diätetischen Heilmethoden den medikamentösen überlegen seien. Die Angabe, kohlensaure Wässer kalt trinken zu lassen, wurde in der Diskussion von Hirsch-Kudowa bestritten, weil der Ueberschuß der Kohlensäure, die durch die Anwärmung zum großen Teil entfernt würde, sowie die Kälte den Magen belästigen könnten. Desgleichen wurde von demselben die Entziehung von Flüssigkeit nicht in allen Fällen empfohlen, sondern nur bei den pastösen, nicht aber bei den mageren Patienten. Determeyer-Salzbrunn betonte zu diesem Vortrag das häufige Zusammentreffen der Chlorose mit der habituellen Obstipation, die vielleicht als Ursache der Blutarmut in vielen Fällen anzusehen sei. Aus diesem Grunde sollte auch mehr darauf gesehen werden, daß die weibliche Jugend dazu erzogen würde, sich an regelmäßige Stuhlentleerung zu gewöhnen.

Jacob-Kudowa kam in seinem Vortrage: „Irrtümer und Grundlagen der physikalischen Behandlung Herzkranker“ auf alte Prioritätsfragen zurück und betonte noch einmal, was man ihm doch endlich zugestehen soll, daß er der erste gewesen sei, der mit dem Vorurteile, daß Herzkranke nicht baden dürften, gebrochen habe, und daß Herzkranke zuerst in Kudowa auf seine Veranlassung kohlensaure Bäder genommen hätten. Dann unterzog er die gymnastischen Uebungen in der Herztherapie einer scharfen Kritik. Er hielt sie nicht für geeignete Behandlungsmethoden, da sie das Herz belasteten, das doch einer Schonung, einer Entlastung bedürfe, also des Einflusses, den man mit kohlensauren Bädern am besten erzielen könne.

Ebenso scharf war die Kritik, die Jacob-Kudowa in seinem zweiten Vortrage: „Was bedeutet das Wannenstrombad überhaupt und besonders für die schlesischen Bäder?“ Er spricht dem Wannenstrombad jede physiologische Wirkung ab und empfiehlt seine Einführung nicht.

Die diätetische Therapie war nur durch den Vortrag von Hirsch-Kudowa vertreten, der „Die Ernährung der Herzkranken in den Bädern“ besprach. Zunächst gab er seinem Bedauern über die Tatsache Ausdruck, daß man der Ernährung des Herzkranken nicht genug Aufmerksamkeit schenkte, wiewohl man durch rationelle Diät dem Herzkranken viel nützen könnte. Von den Herzkranken, die in die Bäder reisen, sind die meisten mit chronischem Leiden behaftet. Vortragender zieht eine scharfe Grenze, soweit sie sich bei Innehaltung der Individualisierung ziehen läßt, zwischen Herzkranken mit erhaltener und mit gestörter Kompensation. Bei den ersteren sollte man die Toleranzgrenze für Nahrung und Getränke festsetzen und sie danach ernähren, ohne ihnen zuviel unnütze Beschränkungen aufzuerlegen, da sie durch ihre Krankheit schon genug Beschwerden hätten. Hinsichtlich der Genußmittel empfiehlt er nicht allzugroße Strenge Vor allem warnt er vor dem kritiklosen Verbot von Alkohol und seinem gewöhnlichen Ersatz durch kohlensaure Wässer, die im allgemeinen schädlicher sind als der Alkohol, da sie den Magen auftreiben und dadurch auf das Herz drücken. An Stelle des gewöhnlichen Kaffees empfiehlt er den koffeinfreien Kaffee, der den Geschmack des gewöhnlichen Kaffees habe, aber frei von dem schädlichen Koffein sei. Bei den Herzkranken mit gestörter Kompensation ist die Ernährung sorgfältig auszuwählen und darauf zu achten, daß der Kranke genügend Nahrung erhält. Die Aufforderung an die Aerzte, der Diät in der Behandlung der Herzkranken eine größere Aufmerksamkeit zu schenken, wird hoffentlich ebenso auf fruchtbaren Boden fallen, wie seine Bitte an die Badeverwaltungen, die Aerzte in diesem Bestreben, wo es geht, nach Kräften zu unterstützen.

Witte-Kudowa schilderte „Warme, beruhigende und aufregende Bäder“ und betonte vor allem den Hauptgrundsatz der Therapie, individuell vorzugehen, den Indifferenzpunkt für die Bäder in jedem einzelnen Falle festzusetzen und sich bei Schwerkranken von diesem Punkt nicht zu sehr zu entfernen. Dann hält er es auch für wichtig, im Anfange der Kur die Bäder nicht zu lange auszudehnen.

Siebelt-Flinsberg machte den Unterschied zwischen „Künstlichen und natürlichen Kohlensäurebädern“ zum Gegenstand seiner Besprechung. Er hebt hervor, daß die natürlichen Bäder den Vorzug hätten, ihre Kohlensäure langsam und regelmäßig abzugeben. Das sei in den künstlichen Bädern bisher nicht gelungen. Die besten künstlichen Kohlensäurebäder sind die, welche aus Wasser und Kohlensäure unter starkem Druck hergestellt würden; die aus Chemikalien hergestellten enthielten Salze im Bade, deren Wert und Wirkung nicht immer festzustellen sei.

Für Badeverwaltungen dürfte der Vortrag von Hirsch-Kudowa: „Die Luftbäder und ihre Bedeutung für die Kurorte“ von großem Interesse sein, zumal ihre Anlage, wie Vortr. ausführte, einfach und mit geringen Kosten verbunden sei, während sie sich einer großen Beliebtheit erfreuen und einen guten Heilfaktor in den Bädern bildeten. Ihren physiologischen und therapeutischen Wirkungen sucht Vortr. gerecht zu werden, ohne sich jedoch auf den Standpunkt der Fanatiker zu stellen.

Klose-Altheide sprach „Ueber Winterkurorte in den schlesischen Bädern“. Zunächst zeigt er, daß trotz der Widersprüche sich doch eine Reihe von schlesischen Badeorten mit Winterkuren befasse. Grundbedingung sei freilich das Vorhandensein gut eingerichteter Kurhäuser oder Sanatorien. Wo diese aber vorhanden wären, sollte man mit der Einführung der Winterkuren nicht zu lange zögern, da das Klima Schlesiens Winterkuren ebenso gestatte, wie das anderer Bezirke.

Ein wichtiges Kapitel aus dem Gebiet der Wohnungshygiene, das nicht oft genug auf die Tagesordnung kommen kann, umfaßte der Vortrag von Beerwald-Altheide: „Ueber Betten im Badeorte“. Er rügte den Mißbrauch, der sich auch in Norddeutschland immer mehr einbürgere, die Bettdecken nicht vollständig mit Wäsche einzuschlagen. Es sei doch nicht angenehm und hygienisch doch nicht unbedenklich, daß die Hände auf einer Decke lägen, die von Wäsche nur etwas bedeckt sei und auf der den Tag vorher andere Hände gelegen hätten. Dann betont er, daß es ihm aufgefallen sei, daß in Badeorten die Betten oft zu kalt waren, namentlich unter dem Laken. Das würde von vielen Kranken unangenehm empfunden. In der Diskussion betont Jacob-Kudowa, daß die Kälte davon herrühre, daß die Bettwäsche nicht genug getrocknet zur Verwendung gelangte. Determeyer-Salzbrunn verwirft bei dieser Gelegenheit die Unsitte, eigene Betten in die Badeorte mitzuschleppen, weil dadurch Infektionskrankheiten eingeschleppt werden können. Betten gehörten zu jedem Zimmer und müßten in jedem Falle von den Logierhausbesitzern geliefert werden.

Die beiden Vorträge von Wagner (Chemiker in Salzbrunn) verdienen das Interesse der Kurorte. Zunächst sprach er „Ueber selbstregistrierende meteorologische Apparate“ und betonte den Wert meteorologischer Beobachtungen für die Kurorte. Besser als die übliche dreimalige Ablesung seien die selbstregistrierenden Apparate, weil diese alle Zeitpunkte berücksichtigten und keine Intervalle ließen. Redner erklärte das Prinzip des Thermographen, Barographen, Hygrographen, Pluviographen und zeigte sodann einige Sonnenscheinautographen sowie Instrumente zur Aufzeichnung von Windgeschwindigkeit, Windrichtung und Winddruck.

In seinem zweiten Vortrag bespricht Redner den Wert der „balneologischen Laboratorien“, die in erster Reihe dazu bestimmt sind, die Lebensäußerungen der Quellen zu beobachten, ihre Zusammensetzung zu kontrollieren und ihre Wirkung auf den menschlichen Organismus zu studieren. Daneben kommen noch andere Ziele in Betracht, wie hygienische Arbeiten etc. Er empfiehlt, balneologische Beobachtungen anzustellen, und gibt zu diesem Zwecke verschiedene Winke, wie sich auch in kleinen Badeorten eine exakte Quellenbeobachtung ermöglichen lasse. Das Interesse der Quellenbeobachtung sei nicht nur ein wissenschaftliches, sondern auch ein praktisches, da man durch sie jederzeit über den Wert der Mineralquellen orientiert sei. Redner hofft, daß die Quellenbeobachtungen von selbst dazu führen würden, in allen Kurorten balneologische Laboratorien zu gründen.

Siebelt-Flinsberg bespricht den „Wert und die Geschäftsführung der Gesundheitskommissionen“, welche eine große Bedeutung für die Badeorte gewinnen können, da sie die hygienischen und sanitären Verhältnisse in den Badeorten zu regeln haben. Trotz mancher Widersprüche haben sich die Gesundheitskommissionen gut eingeführt. Vor allem müsse die Geschäftsführung eine ruhige und sachliche sein, um auch die Bevölkerung sich an die Neuerung gewöhnen zu lassen. In der Diskussion wird der Wert der Gesundheitskommissionen allgemein anerkannt. Regierungsmedizinalrat Telke-Breslau empfiehlt, die Kommunen zu den Beratungen der Gesundheitskommissionen mehr heranzuziehen, damit ihre Bedeutung populärer werde.

Einige andere Themata entbehren vollständig des medizinischen Interesses. Zum Schluß erfolgt durch Nitsche-Salzbrunn die Einladung der Balneologischen Gesellschaft an den Schlesischen Bädertag, an ihrem vom 5. bis 9. März 1908 in Breslau tagenden Kongreß teilzunehmen, besonders an der Enthüllung des Denkmals von Hermann Brehmer, der lange Jahre dem schlesischen Bädertage angehört hatte.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Die Chorea minor, der Veitstanz (Sydenhamsche Chorea, Chorea infektiosa.** Von F. Siegert. Würzburger Abhandlungen, 1907, VIII, Heft 2.

2. **Ein Beitrag zur Frage der Bazillenträger bei Diphtherie.** Von Hasenknopf und Rothe. Jahrb. f. Kinderheilk., 1907, Bd. 66, Heft 4.

3. **Dauerresultate bei operativer und konservativer Behandlung der Peritonitis tuberkulosa im Kindesalter.** Von H. Schmid. Ibidem.

1. Siegert erblickt das Wesen der Chorea in einer Infektion mit toxischer Schädigung des Zentralnervensystems; eine einheitliche bakteriologische Aetiologie könne es daher nicht geben, da alle septischen Infektionen zu toxischer Schädigung des Zentralnervensystems führen können (Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken). Die im Anschluß an ein psychisches Trauma sich entwickelnden Fälle verweist er in das Gebiet der Pseudochorea hysterica.

Die Therapie muß in erster Linie auf eine Stärkung des allgemeinen Körperzustandes ausgehen, in zweiter Linie die bestehenden Reizzustände zu mildern versuchen. Zur Erreichung dieser Ziele empfiehlt Verf. unter allen Umständen absolute Bettruhe von Anfang an, auch in leichtesten Fällen. Ferner neben Narkotizis besonders warme Bäder oder protrahierte Kohlensäurebäder. Reizlose und reichliche Ernährung bei Einschränkung der Milch- und Eiweißmengen und in schweren Fällen die übliche Arsentherapie eventuell mit Brom kombiniert ergänzen den Behandlungsplan.

Salizylpräparate sind nur bei begleitender Arthritis rheumatika am Platz, Antipyrin ist in einigen Fällen von Wert, während die elektrische Behandlung wie auch suggestive Therapie bei der echten Chorea zwecklos ist.

2. Daß man durch systematische Immunisierung mittels prophylaktischer Diphtherieheilseruminjektionen in geschlossenen Anstalten der schwersten Epidemien Herr zu werden vermag, ist eine vielfach praktisch erprobte Tatsache. Die interessante Mitteilung der Verff. beweist, daß auch andere Wege zu diesem Ziele führen können, die man sonst vielfach ohne Erfolg beschritten hatte, nämlich die frühzeitige, auf Grund der klinischen und bakteriologischen Diagnose erfolgte und bis zum Verschwinden der Diphtheriebazillen fortgesetzte Isolierung der bazillentragenden Kranken bezw. Genesenden, besonders da, wo Kinder der Ansteckung durch die Genesenden ausgesetzt sind. Von besonderem Interesse ist auch die Tatsache, daß Diphtheriebazillen sich bei keinem der 177 gesund gebliebenen Kadetten nachweisen ließen.

Die von den Verff. angewandte Methode dürfte nach des Ref. Ansicht speziell nur da möglich sein, wo die Epidemie mit einigen sporadischen Einzelfällen einsetzt, und wo man wirklich in der Lage ist, eine Isolierung der von der Erkrankung Genesenen so lange streng durchzuführen, bis die Bazillen geschwunden sind. Im vorliegenden Falle war dieser Zeitpunkt erst nach mehr als drei Monaten erreicht; auch erhellt aus den Beobachtungen der Verff., daß ein negativer Ausfall der Kultur nicht ohne weiteres verwertbar ist, da mehrmals die Kultur am nächstfolgenden Tage, einmal sogar nach 14 Tagen wieder positiv ausfiel. Es wird also im allgemeinen die prophylaktische Impfung aller gefährdeten Kinder mit Diphtherieheilserum die einfachere und sichrere Methode bleiben, namentlich überall da, wo die äußeren Verhältnisse eine bakteriologische Kontrolle in dem Umfang, wie sie von den Verff. geübt wurde, nicht gestatten. Daß gesunde Bazillenträger von den Verff. nicht gefunden wurden, ist wohl durch die frühzeitigen Isolierungsmaßregeln zu erklären; daß solche aber vorkommen und bei der Verbreitung von Epidemien eine erhebliche Rolle spielen können, dürfte wohl nicht in Frage stehen.

3. Die sorgfältige Studie berichtet über 42 Fälle. Die Mitteilungen über die Heilungserfolge sind um so wertvoller, als die Heilungsdauer in 18 Fällen länger als vier Jahre betrug, 10 mal sogar 10 Jahre überschritt.

Ueber die Frage der operativen oder konservativen Therapie spricht sich Verf. folgendermaßen aus:

„Von den 19 Fällen, in denen die Laparotomie ausgeführt wurde, sind 11 Patienten drei Jahre und länger geheilt (57,8%), ein Fall weniger als zwei Jahre (5,3%); die Adresse eines Patienten war nicht zu erlangen (5,3%), 6 Patienten sind gestorben (31,6%). — Von den 22 nicht operierten sind 12 Patienten dauernd (länger als drei Jahre) geheilt (54,6%), einer weniger als zwei Jahre (4,5%), einer mit unbekannter Adresse (4,5%), 8 endeten letal (36,4%). Will man diese Zahlen vergleichen untereinander, so müssen noch folgende Punkte berücksichtigt werden. Unter den 11 geheilten Operierten gehören 8 dem leichtesten ersten Stadium der Krankheit an. Daß dieses für die Operation die günstigsten Chancen bietet, wird von allen Autoren anerkannt und darf nicht wundern, wenn man bedenkt, daß diese Fälle überhaupt prognostisch die günstigsten sind. Von den sechs gestorbenen Laparotomierten gehören zwei zu dieser Form. Ferner muß betont werden, daß vier unter den sechs Gestorbenen an Komplikationen zu Grunde gingen (Miliartuberkulose, Meningitis, Ileus, perforiertes Ulkus). Andererseits ist beim Vergleich mit den Zahlen der konservativ behandelten Fälle zu berücksichtigen, daß unter diesen mehr schwere Fälle sind wie unter den operierten und besonders solche, die nicht operiert wurden, weil ihr Zustand es nicht mehr erlaubte."

Die Resultate des Verf. lassen erkennen, daß eine allgemein gültige Indikationsstellung zur Operation zur Zeit sich nicht formulieren läßt, daß aber die Prognose der früher vielfach so ernst angesehenen Affektion heute als gar nicht so ungünstig gelten darf — selbst wenn man, wie Ref., für einige der internen Heilungsfälle die Diagnose als nicht ganz sicher festgestellt erachten sollte.

Orthopädische Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Paul Zander**, Berlin.

1. **Die Transplantation betreffend.** Von H. Lanz. Zentralblatt f. Chirurgie, 1908, Nr. 1.

2. **Zur Faszien- und Hautnaht.** Von Paul Sick. Ibidem, Nr. 2.

3. **Zur Diskussion über die orthopädische Fußgelenksresektion.** Von A. Tietze. Ibidem, Nr. 1.

4. **Zur Technik der Exstirpation von Kniegelenksmenisken.** Von M. Herz. Ibidem, Nr. 2.

5. **Ueber Skapularkrachen.** Von Lotheißen. Med. Klinik, 1908, Nr. 2.

6. **Spätläsion des Ulnaris.** Von Brassert. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 53.

7. **Skoliosen-Schulen.** Von Müller. Therapie d. Gegenwart, Dez. 1907.

1. Um die Stellen, von denen bei der Thierschschen Transplantation die Läppchen genommen werden, zum rascheren Verheilen zu bringen, hat Lenz verschiedene Versuche gemacht (durch Ueberpflanzung von Bruchsäcken, durch Verheilung unter dem trockenen Schorf), die aber alle zu keinem Resultat führten. Die von ihm jetzt angegebene Methode der „Skarifikation" beruht darauf, daß in einen langen Thierschschen Hautlappen durch einen mit vielen kleinen Messern versehenen Stempel, deren Distanz verstellbar ist, kleine seitliche Einschnitte gemacht werden können. Dadurch kann der Lappen nach Art einer Ziehharmonika ausgezogen werden. Die eine Hälfte genügt alsdann zum Decken der zu transplantierenden Stelle, die andere zum Verschluß der Abrasionsstelle.

2. Bei der Fasziennaht legt Sick die beiden Ränder übereinander, für die Hautnaht empfiehlt er die Michelsche Klammernaht.

3. Tietze hat bei Fußgelenkstuberkulose in ähnlicher Weise wie Brodnitz und Kausch in letzter Zeit es getan haben, die Wladimirow-Mikuliczsche Operation modifiziert. Er hat ein Viereck von Weichteilen und Knochenmassen entfernt, von letzteren den unteren Teil des Unterschenkels, vom Fuß den Talus, den oberen Teil des Kalkaneus und die obere Fläche der Fußwurzelknochen. Der Fuß wurde in leichter Spitzfußstellung gestellt, so daß — nachdem eine knöcherne Vereinigung stattgefunden hatte — der Patient mit entsprechend erhöhtem Schuh auf der erhaltenen Fußsohle auftreten konnte. In einem Falle trat wegen Verletzung der Dorsalis pedis Gangrän ein, die zu einer Amputation nötigte.

4. Herz hat zur Entfernung des luxierten Kniegelenksmeniskus einen seitlichen, horizontalen Schnitt angewandt, der 1 bis 1 1/4 cm distal von der Gelenklinie und parallel mit ihr geführt wird und 6 bis 8 cm lang ist. Der Schnitt ermöglicht eine leichte Exstirpation des Meniskus und gibt eine genaue Uebersicht ohne Verletzung der Bänder. Nach vier Tagen beginnt H. mit Bewegungen.

5. Als Ursache für das „Skapularkrachen" gibt Lotheißen abnorme Knochenvorsprünge an der Skapula und an den Rippen sowie Veränderungen an der Muskulatur und endlich subskapulare Schleimbeutelhygrome an. Manchmal ist auch kein bestimmter Grund nachzuweisen. L. hat einen Fall operiert, in dem der Grund im umgebogenen oberen Skapularrand zu finden war. Wichtig ist besonders für die Unfallbegutachtung, ob das Skapularkrachen einseitig oder auf beiden Seiten vorkommt. Hierbei können auch Röntgenuntersuchungen über abnorm geheilte Rippen- oder Skapularfrakturen Aufschluß geben. Therapeutisch kommt außer fester Bandagierung der Skapula an die Rippen bei Knochenverdickungen und event. auch bei Hygromen die operative Entfernung in Betracht.

6. Brassert beschreibt einen Fall von Spätläsion des Nervus ulnaris. Pat. hatte im Jahre 1875 Scharlach durchgemacht, an den sich eine schwere eitrige Ellbogenentzündung anschloß, von welcher arthritische Veränderungen im Gelenk stammen. Infolge dieser Gelenkveränderung muß der Nervenstamm gedrückt oder sonstwie in seiner Lage beeinträchtigt sein.

7. Müller hat in seinem Institut in Kolberg eine Skoliosenschule eingerichtet, in der neben der orthopädischen Behandlung auch Unterricht erteilt wird. Er plädiert für weitere Ausgestaltung derartiger Internate, da nur dadurch die Skoliosenbehandlung nutzbringend sein kann. Im Falle dies nicht durchzuführen ist, ist er für ambulante Skoliosenschulen, in denen die Kinder den Vormittag mit orthopädischer Behandlung und Unterricht, den Nachmittag mit Spielen und Sportübungen verbringen.

Krankenpflege.

Referent: Dr. **W. B. Müller**, Berlin.

1. **Die Pflichten der Aerzte für die Entwicklung der deutschen Krankenpflege.** Von Agnes Karll. Zeitschr. für Krankenpfl., 1907, Nr. 11.

2. **Der Beruf der Krankenpflege und seine ethischen Anforderungen.** Von Max Berg. Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 11.

3. **Krankenpflege des Roten Kreuzes in der Schweiz.** Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 11.

1. Verfasserin wendet sich in dem vorliegenden Artikel zunächst gegen die zu leichtsinnige Untersuchung der Aerzte, welche die Tauglichkeit von Kandidatinnen für berufliche Krankenpflege begutachten müssen, indem sie behauptet, daß die Untersuchung bisher zu lax gehandhabt worden sei und dadurch unendlich vielen

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Pflegerinnen, die sich aus körperlichen Gründen nicht eigneten, großes Leid widerfahren sei. Es sollen gedruckte Formulare ausgestellt werden, deren Fragen der untersuchende Arzt beantworten soll. Dadurch hofft Verf. auf eine genauere Untersuchung und Zurückweisung der nicht ganz gesunden und kräftigen Frauen. Ferner erläutert sie, daß die Pflegerinnen sehr rasch verbraucht wurden infolge der Ueberlastung und zu starken Anstrengung. Ferner habe man die Berufskrankenpflegerinnen ihren Beruf zu jung, mit 18 Jahren schon, anfangen lassen. Es wird den Aerzten der Vorwurf gemacht, daß sie die Pflegerinnen zu wenig belehrt hätten aus Furcht, sie könnten zu viel lernen und dem Arzt schaden. (Diese Behauptung erscheint mir doch recht naiv, denn welcher Arzt wird wohl die Konkurrenz einer Pflegerin fürchten! Ref.) Es wird weiter den Aerzten der Vorwurf gemacht, daß sie nicht genügend bei der Vorbereitung des Gesetzes der Prüfung der Krankenpflegerinnen für die Sache eingetreten sind, da die Zeit von einem Jahr zum Erlernen des Vorgeschriebenen zu kurz sei. Ferner sollen die Oberinnen einen größeren Einfluß erhalten, und ihre Stellung soll gebessert werden. Verf. ermahnt zum Schluß nochmals die Aerzte, mitzuwirken an einer Reform der Ausbildung beruflicher Krankenpflegerinnen.

2. Es gibt ein Talent zur Krankenpflege, und zwar beruht dasselbe hauptsächlich auf einer meist unbewußten Beobachtungsgabe für die Vorgänge, die sich an dem Kranken abspielen. Dies Talent kann von Natur aus vorhanden oder erworben und durch Uebung entwickelt sein. Die Pflegerin muß den Kranken genau beobachten und sich alles merken, was sich in der Zeit, wo der Arzt den Kranken nicht gesehen hat, im Befinden des Kranken geändert resp. gezeigt hat, um den Arzt bei seinem Besuche davon in Kenntnis zu setzen. Ferner muß sie sich Geistesgegenwart aneignen, die durch ihre Beobachtungsgabe gebildet und entwickelt wird. Zu dem kommt die Selbstbeherrschung als nächste Tugend, welche namentlich bei chronisch unheilbaren Kranken in Betracht kommt. Ein ruhiges, sicheres und energisches Auftreten muß die Krankenpflegerin ebenso wie angeborenes Taktgefühl bei der Pflege chronisch Kranker, nervöser Personen an den Tag legen, und namentlich bei der Behandlung neurasthenischer oder hysterischer Kranker kommt es viel darauf an, daß sie den richtigen Ton im Umgange mit diesen Personen findet. Weiter muß sie nicht vergessen, daß es sich bei Nervenkranken nicht um eingebildete Leiden, sondern um wirkliche Krankheiten handelt, und sie muß vor allen Dingen Mitgefühl und Mitleid mit ihnen zeigen. Dies gilt auch für die Fälle, wo es sich um die Pflege von Geschlechtskranken handelt, denen das Publikum immer noch mit unverständlichen Vorurteilen begegnet, indem solche Kranke als entehrte, mit Schuld und Makel behaftete Personen angesehen werden. Dies darf eine Pflegerin nicht, sie muß immer nur den Kranken sehen, nicht erwägen, ob die Krankheit irgend welchen Rückschluß auf die Moral des betr. Patienten zuläßt. Sie muß durch objektiven Standpunkt mitwirken an dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und nicht durch ihr falsches moralisches Empfinden die Kranken abstoßen, was nur bewirken kann, daß dieselben den Arzt gar nicht oder zu spät aufsuchen, und doch liegt es im Interesse aller, daß der Geschlechtskranke so zeitig wie möglich in gute ärztliche Behandlung gelangt, da muß die Krankenpflegerin aufklärend im Publikum wirken und den Kranken die richtigen Wege weisen, die sie zu betreten haben. Die Krankenpflegerin muß stets in jeder Krankheit ein Unglück, das unser Mitleid erregen muß, und nicht eine Schande oder Unehre erblicken. Ferner soll die Krankenpflegerin nicht auf Dankbarkeit und Erkenntlichkeit von Seiten des Kranken rechnen, sondern ihren höchsten Lohn im Bewußtsein treuer Pflichterfüllung suchen und finden, dann würden ihr Enttäuschungen und Kränkungen erspart bleiben. Ferner soll die Pflegerin kein Urteil über den Verlauf und die Therapie des betr. Leidens fällen, da soll sie ungeheuer zurückhaltend und vorsichtig sein und bei den drängenden Fragen der Kranken und Angehörigen diese auf den Arzt verweisen. Aber dennoch kann sie über das Leiden sprechen, nur mit der nötigen Vorsicht, denn die meisten Kranken sprechen sehr gern über sich und ihren Zustand. Vor allem soll sie dem Kranken nicht unnötig widersprechen.

3. Es werden vom Roten Kreuz ununterbrochen Kurse zur Ausbildung von Hilfskräften für den Krankendienst abgehalten. Praktische Aerzte unterstützt von ausgebildeten Pflegerinnen halten diese Kurse ab, welche 40 Unterrichtsstunden umfassen. Ferner ist zum Zwecke der Ausbildung von Berufspflegerinnen eine Rote-Kreuz-Pflegerinnenschule in Bern errichtet, welche 1899 begründet wurde. Sie ist in zwei großen Gebäuden untergebracht, in dem einen sind Wohnräume, Eß-, Schlaf- und Unterrichtszimmer, in dem anderen Hause ist eine mit allem modernen Komfort eingerichtete Privatklinik untergebracht. Diese Klinik liegt auf einer Anhöhe außerhalb der Stadt. Mehrere Aerzte wirken als Lehrer. Die Zöglinge werden eingeteilt in Ordentliche und Externe, die ersteren verpflichten sich, einen Kursus von zwei Jahren durchzumachen, nach Ablauf dessen sie das Diplom einer Rote-Kreuzpflegerin erhalten. Die Externen absolvieren nur einen halbjährigen Kurs, nach Verlauf dessen ihnen ein Abgangszeugnis ausgestellt wird, das aber absolut nicht einem Diplom gleichkommt. Die Ausbildung in der vorzüglich eingerichteten Anstalt hat schon eine große Menge von Pflegerinnen geliefert, und die Erfolge zeigen, daß alle Einrichtungen vollkommen und zweckentsprechend getroffen sind. Eine nähere Erörterung des Ganges der Ausbildung wird in dem weiteren Abschnitt der interessanten Abhandlung gegeben, die man im Original nachlesen muß, da sie für ein kurzes Referat nicht geeignet ist. Einige Abbildungen des Operationssaales der Klinik, eines Schulzimmers und des Hauses, in welchem die Klinik untergebracht ist, veranschaulichen die schöne und moderne, dem Zwecke genau angepaßte Einrichtung dieses an sich mustergültigen Unternehmens, das alljährlich einen sehr starken Zulauf an Schülerinnen wie Kranken aufzuweisen hat.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Neuere Arzneimittel.

Cellotropin, ein neueres Tuberkulose-Heilmittel.

Fabrik: Chemisches Laboratorium Herpf, Sachsen-Meiningen. C. Vilmar. Originalpackung 10 g = 2,50 M.; 25 g = 5 M.; 50 g = 9 M.

Cellotropin — das Monobenzoylarbutin, ein weißes, kristallinisches, leicht aromatisch-bitterlich schmeckendes Pulver, das in indifferenten Flüssigkeiten nicht löslich ist — ist ursprünglich als „verbesserter“ Arbutinersatz angewandt worden bei Blasen- und Nierenleiden, bei Diabetes etc. Zufällige Beobachtungen an Kranken dieser Art, deren Leiden mit Tuberkulose oder Skrophulose kompliziert war, haben dann dem Präparate die Bahn als Tuberkuloseheilmittel gewiesen, weil diese zufälligen Beobachtungen lehrten, daß bei tuberkulösen Komplikationen sich das Allgemeinbefinden bei Cellotropingebrauch in einem ganz unverkennbaren Grade zum Besseren wandte, weil tuberkulöse Anschwellungen plötzlich sich rückzubilden begannen, und weil schließlich gelegentliche wiederholte mikroskopische Untersuchungen eine ersichtliche Abnahme der Tuberkelbazillen erkennen ließen.

Dr. med Kopp-Berlin, der in einer Abhandlung in der Medizinischen Rundschau Nr. 21, 1904, über elf Fälle von mit Cellotropin behandelter Tuberkulose berichtet, kommt zu folgender Schlußäußerung:

1. Cellotropin hat in Dosen bis zu 5 g pro die keinerlei giftige Wirkung auf den gesunden oder kranken menschlichen Organismus.

2. Es hat einen leicht bitteren Geschmack, der jedoch durchaus nicht unangenehm ist; das Mittel ist leicht zu nehmen.

3. Die Verdauungsorgane erleiden keinerlei Schädigung durch wochenlang fortgesetzte Darreichung von Cellotropin.

4. Das Mittel wirkt auf die Lungentuberkulose eine spezifische Heilwirkung aus, die sich vor allem in einer direkten Einwirkung auf die Tuberkelbazillen äußert, und zwar in der Weise, daß die Bazillen allmählich abnehmen an Zahl und schließlich ganz verschwinden. Wahrscheinlich beruht diese Wirkung darauf, daß das Cellotropin in den Drüsen die Enzyme und dadurch indirekt auch die Alexine vermehrt.

Pub

5. Die spezifische Wirkung tritt meistens schon nach Verlauf von einigen Wochen, spätestens nach einem Vierteljahr auf.

6. Sie ist um so mehr zu erwarten, je widerstandsfähiger der Körper an sich und je weniger die Krankheit bereits fortgeschritten ist.

Auf jeden Fall ist soviel gewiß, daß das Cellotropin eine interessante und wichtige Bereicherung unserer Therapie der Phthise darstellt; es sind recht zahlreiche Nachuntersuchungen dringend erwünscht.

Als nicht ganz ohne Interesse möchte ich noch erwähnen, daß ich Cellotropin auch in einem Falle von Lupus erythematosus gegeben habe, jedoch ohne jeden sichtbaren Erfolg.

Dr. Wilh. Meithner, der das Cellotropin über Jahresfrist anwandte, kommt noch zu folgenden ergänzenden Angaben (Med. Woche Jahrg. 1906, Nr. 8 und 9):

Die günstige Einwirkung des Cellotropin wird um so früher ersichtlich, je milder die die Erkrankung begleitenden Symptome sich darbieten. Afebrile Spitzenkatarrhe mit geringen Dämpfungsherden können in wenigen Monaten der Heilung zugeführt werden. Fieberlos verlaufende Infektionen liegen der Einwirkung weit günstiger als solche, bei denen Fiebererscheinungen schon bestehen.

Aber auch schon mit Fiebererscheinungen komplizierte Tuberkulosen sind dem günstigen Einflusse des Cellotropin unterworfen, wenngleich erst in längerer Frist.

Akut verlaufende Infektionen, die rasch zu Gewebszerfall und Kavernenbildung führen, beeinflußt Cellotropin anscheinend nicht.

Die Cellotropinwirkung beruht sicher nicht auf primärer Appetenzsteigerung und ebensowenig auf schleimlösender oder expektorierender Wirkung.

Somit scheint die Cellotropinwirkung ausschließlich oder vorwiegend auf einem für die Tuberkelbazillen deletären Einflusse zu beruhen, entsprechend auch den Ergebnissen des Tierexperimentes (Aufrecht-Berlin).

P. Höckendorf, Großlichterfelde.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Natrium perboricum.** Von Prof. Dr. Arthur Hartmann, Berlin. Deutsche med. W., 1907, Nr. 38.
2. **Veronal.** Von Dr. Albrecht, Treptow a. R. Die Heilkunde, XI. Jahrg., 10. Heft, Oktober 1907.
3. **Diaethylbarbitursäure statt Veronal.** Von Dr. H. Schmidt, Irrenanstalt Dalldorf. Sonderabdruck aus „Psychiatrisch- Neurologische Wochenschr.“, IX. Jahrg., Nr. 29.
4. **Ueber Argyrol und seine Unverträglichkeit mit einigen anderen Mitteln.** Von Dr. Demandre, Dijon. Répert. de Pharm., 1907, p. 482.
5. **Alsol-Creme.** Von Dr. Neu. Pester med.-chirurg. Presse, 1907, Nr. 38.
6. **Maqui-Beeren.** Von E. M. Holmes. Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 95.
7. **Pharmazeutische Prüfungsergebnisse.** Von O. Kuhn. Medizinische Klinik, 1907, Nr. 48.
8. **Levathin.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 97.
9. **Tee Purin.** Von O. Kuhn. Ibidem.

1. Natrium perboricum (Fabrik: E. Merck, Darmstadt) ist nach Prof. Dr. Arthur Hartmann, dirig. Arzt der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke am Rudolf Virchow-Krankenhause in Berlin, ein hervorragendes Desinfektions- und Heilmittel bei katarrhalischen, eitrigen und ulzerösen Schleimhauterkrankungen, das die bisher zur Verfügung stehenden Mittel an Wirksamkeit übertrifft. Hartmann hat das Präparat bei Mittelohreiterung, bei katarrhalischen und insbesondere ulzerösen Prozessen in der Nase, im Pharynx und im Kehlkopf zur Anwendung gebracht. „Natrium perboricum medizinale“ vereinigt die Wirkungen des Wasserstoffhyperoxydes mit derjenigen des Natriumborates. Bei der Erwärmung der wässerigen Lösung und bei der Berührung mit organischen Substanzen tritt Zersetzung ein, aktiver Sauerstoff wird frei, und Natrium borazikum bleibt übrig. Das Präparat ist nach Merckscher Angabe „vollständig haltbar“. Auch bei Schnupfen wurde durch die Perboratnasendusche oder durch Einblasen von Perboratnasenpulver schnell Heilung herbeigeführt. Ein sekundär syphilitisches Geschwür auf der hinteren Pharynxwand und tertiär syphilitische Ulzerationen wurden schnell gereinigt. Bei Larynxkatarrhen wurde Perborat erfolgreich mit dem Pulverbläser eingeblasen, doch reizen größere Mengen bei Larynxphthise zu sehr. Hartmann hat für die Anwendung des Perborats einen zweckmäßigen Pulverbläser angegeben, der durch das Medizinische Warenhaus in Berlin, Karlstraße 31, zu beziehen ist. Durch diesen wird eine sehr feine Zerstäubung erreicht und die Einblasung kann mit einer Hand bewirkt werden, ohne daß die Ausströmungsöffnung wesentlich aus ihrer Lage gerät.

2. Veronal (Fabrik.: Elberfelder Farbenfabriken und E. Merck) wird rein als Pulver, am besten in heißem Tee oder warmer Milch gelöst, oder in Tablettenform zu 0,5 gegeben. Dieses Schlafmittel wurde von Dr. Albrecht in der Provinzialheilanstalt Treptow a. Rega bei 200 Geisteskranken methodisch zu 0,5 bis 1 g bei geeigneten Zuständen angewandt. Albrecht kommt zu folgenden Schlußsätzen: „Das Veronal hat infolge mangelnder Kontraindikationen ein erheblich breiteres Anwendungsgebiet als das Chloralhydrat und bringt auch bei längerem Gebrauch nicht dieselben Gefahren gesundheitlicher Schädigungen mit sich wie das Chloralhydrat, das Sulfonal oder Trional. Vor dem Paraldehyd zeichnet es sich durch relative Geschmacklosigkeit und auch durch die Sicherheit der Wirkung aus. — Zu wünschen wäre im Interesse einer umfangreichen Verwendung des Veronals, daß der im Verhältnis zu den genannten Mitteln erheblich höhere Preis sich bald ermäßigte. Ich glaube dasselbe nach meinen Erfahrungen durchaus empfehlen zu können, wenn es auch bei ihm wie bei allen narkotischen Mitteln Grundsatz bleiben muß, ihre Anwendung möglichst zu beschränken und mit den einzelnen Mitteln zu wechseln.“

3. Da das wortgeschützte Veronal wegen seines hohen Preises sich nicht eingebürgert hat, haben andere Firmen dieselbe Substanz unter ihrem wissenschaftlichen Namen in den Handel gebracht, z. B. die Höchster Farbwerke die „Diaethylbarbitursäure“, die Firma Sieber in Attisholz bei Soloturn das „Malonal“. Während von Mering dieses Schlafmittel für nicht unbedenklich hält und die unangenehmen Nebenwirkungen auf Verunreinigungen schiebt — ein auch nur spurenweise verunreinigter Diaethylmalonharnstoff (dies ist Veronal!) wirke schon stärker bezw. giftiger —, behauptet Dobrschansky, daß er keine schädliche oder auch nur ungleichmäßige Wirkung gesehen habe. Auf Grund der zahlreichen Berichte über unangenehme Nebenwirkung des Original-Veronals, wofür Verf. eine Reihe von Autoren anführt, und auf Grund der Beobachtungen in Dalldorf selbst, glaubt er, daß an der „absoluten Reinheit“ des Veronals Zweifel entstehen müssen. Jedenfalls werde in Dalldorf das Original-Veronal nicht mehr verwendet. Verf. hat nun Versuche mit Diaethylbarbitursäure gemacht und spricht sich sehr anerkennend darüber aus. Nach einem Verbrauch von 3 kg auf seiner Station hat er bisher weder unangenehme Nebenerscheinungen noch ungleichmäßige Wirkungen gesehen. Nur bei einem Paralytiker, der 13 Tage lang allabendlich 1,0 Diaethylbarbitursäure bekommen hatte, wurde ein schwach rosagefärbtes Exanthem beobachtet, das aber nach Aussetzen des Schlafmittels sofort wieder verschwand. Demgegenüber haben aber viele Kranke die Diaethylbarbitursäure auch bei längerer Anwendung gut vertragen, z. B. einige, die 82,0 g in 106 Tagen (bei gelegentlichem Aussetzen des Mittels) ohne irgendwelche Störung genommen haben.

Jedoch ist die Diaethylbarbitursäure bei der Behandlung von Geistesstörungen kein unfehlbares Mittel, so daß bei stärkeren Erregungszuständen das Hyoszin in sein altes Recht treten muß. Doch soll die Verbindung der Diaethylbarbitursäure mit Paraldehyd gute Dienste leisten. Die Höchstdosen, die Verf. anwandte, waren 1,5 des Mittels.

Wegen der Preisdifferenz gegenüber dem Original-Veronal dürfte sich das neue Schlafmittel besser einführen als das Meringsche Präparat.

4. Nach Versuchen Demandres zersetzen andere Salze wie

die Chlorhydrate des Morphiums, Heroins, Chinins, Cinchonins, Sparteins u. a. rasch und vollständig das Argyrol. Dies hat zum Glück für die Praxis keine große Bedeutung, da Argyrol kaum mit den genannten Substanzen zusammen verordnet wird.

5. Für die Behandlung von Hautkrankheiten wird von Dr. Neu die von der chemischen Fabrik Athenstaedt & Redeker, Hemelingen, hergestellte Alsol-Creme empfohlen, die $^1/_2$% Alumin. acetico-tartaric. in einer neutralen Salbenmasse enthält. Sie besitzt angenehmen Geruch, ist von weißer Farbe, erweicht bei Körpertemperatur, ist leicht von der Haut zu entfernen und beschmutzt die Wäsche nicht. Sie soll sich bei akuten und chronischen Hautentzündungen gut bewährt haben.

6. Unter dem Namen Maqui-Beeren werden, wie E. M. Holmes berichtet, in London die kleinen Früchte von Aristotelia Maqui angeboten, die seit ca. 20 Jahren von Chile nach Frankreich eingeführt werden und dort zum Färben des Weines dienen. Sie gelten in Chile als eßbar und werden mit den Weintrauben bei der Weinbereitung, aber auch zum Färben von Konditorwaren, Eis etc. verwendet. Von den Indianern wird der aus den Früchten hergestellte Wein als Fiebermittel angewandt, während aus den Blättern der Pflanze ein Gurgelwasser hergestellt wird. Die eingeführten Früchte sehen dem schwarzen Pfeffer ähnlich und geben, auf weißem Papier zerrieben, einen purpurroten, dem Farbstoffe des Burgunderweines ähnlichen Fleck.

7. In der „Medizinischen Klinik", 1907, Nr. 48, referiert O. Kuhn über „Pharmazeutische Prüfungsergebnisse", die im pharmazeutischen Institut der Universität Berlin vorgenommen wurden und denen wir folgendes entnehmen:

Die Chemische Fabrik Dr. R. Reiß, Berlin, führte im Jahre 1905 unter dem Namen Lenicet ein schwerlösliches basisches Aluminiumazetat in fester Form ein, als dessen Vorzug eben dieser feste Aggregatzustand und der durch die Schwerlöslichkeit bedingte allmähliche Zerfall in die Komponenten hervorgehoben wurde. Durch die Untersuchungen von Zernik sind diese Angaben bestätigt. Zu Beginn dieses Jahres haben nun die Chemischen Werke Fritz Friedländer, G. m. b. H., Berlin, ähnliche Präparate in den Handel gebracht: Eston, nach Angabe der Darsteller ein schwerlösliches Aluminium-$^2/_3$-Azetat, Subeston, Aluminium-$^1/_3$-Azetat und Formeston, schwerlösliches basisches Aluminiumformiat-Azetat, die in gleicher Weise wie Lenicet angewandt werden sollen. Aus den Untersuchungen Zerniks geht aber hervor, daß die drei Präparate nicht so fein sind und einen Gehalt von rund 11% Aluminiumsulfat haben.

Unter dem Namen Formidin wurde von der Firma Parke, Davis & Co., Detroit, ein Jodoformersatzmittel in den Handel gebracht, das nach den Angaben der Darsteller ein „Methylendisalizylsäurejodid" darstellen und rund 47% Jod enthalten sollte. Zernik fand jedoch nur ca. 36,5% Jod. Auch konnte von einer behaupteten Abspaltung von Formaldehyd nichts gefunden werden.

Unter dem Namen Epileptol führte Dr. med. Rosenberg, Berlin, ein Mittel ein, dem er gegenüber anderen Präparaten, die gegen Epilepsie angewendet werden, erhebliche Vorzüge zuschreibt, und das Ausbleiben von Nebenerscheinungen nachrühmt. Die Dosis beträgt zwei- bis dreimal täglich 15 bis 55 Tropfen. 100 g des Epileptols kosten 7 M. Nach den Angaben des Erfinders ist das Mittel „wahrscheinlich ein Kondensationsprodukt der Amidoameisensäure". Ein solches ist aber in der chemischen Literatur nicht bekannt. Außerdem wies Zernik nach, daß das Epileptol ein geringe Mengen von Hexamethylentetramin enthaltendes Gemisch von Formamid mit einer Verbindung von Formamid und Formaldehyd sei.

Zu warnen ist ferner vor einem von J. Uten, Lüttich, vertriebenen Epilepsiemittel, Antiépileptique Uten, das eine grün gefärbte, mit einer indifferenten bitteren Tinktur versetzte 16%ige Bromkalilösung darstellt. Der Preis einer Flasche von 475 g beträgt 3 Frcs.!

Dasselbe gilt von den Epilepsiepillen von Fr. Jeckel, Glarus.

Ein in die neue Geheimmittelliste aufgenommenes Mittel ist das in Braunschweig hergestellte Fulgural, das „als ein bewährtes Mittel gegen sämtliche Unreinigkeiten des Blutes, Krankheiten des Stoffwechsels, Vollblütigkeit, Fettsucht, sowie sämtliche Beschwerden der Verdauungsorgane" von seinen Verfertigern angepriesen wird. Preis pro Flasche 3,75 M. Nach Kochs besteht die braune Flüssigkeit aus einem 10% Alkohol enthaltenden, mit Zucker versetzten, weinigen Auszug verschiedener pflanzlicher und anderer emodinhaltiger (also abführender) nicht stark wirkender Drogen mit Zusatz von 10% Bittersalz.

Großmanns Kraft- und Nähr-Emulsion, als ein beliebtes Hausmittel von höchst konzentrierter Nährkraft angepriesen, enthält eine versüßte und mit Pfefferminzöl aromatisierte Lebertran-Emulsion, der außerdem ca. 0,1% Kalziumhypophosphit zugesetzt ist.

Vom Paracelsus-Laboratorium, Berlin, wird die Paracelsus-Schlafbinde als ein Mittel gegen Schlaflosigkeit vertrieben. Kochs schildert in der Apothekerzeitung dieses Präparat in folgender Weise: „Eine solche Binde ist aus Seidenstoff gefertigt und besitzt die ungefähre Form einer Bartbinde, an deren Enden sich zwei Seidenschnüre mit runden Quasten befinden. Das einzig Bemerkenswerte an dieser Binde ist ein angenehmer Geruch nach ätherischen Oelen, welcher von einer Imprägnierung mit geringen Mengen von Riechstoffen, wie Ol. pini pumil. und Kumarin herrührt; narkotische Stoffe irgendwelcher Art waren nicht nachweisbar. Laut Gebrauchsanweisung soll die vorher angefeuchtete Binde meist über die Augen oder um den Hals bezw. um die Genickgegend gelegt werden. Das eine Quästchen ist zur Verschließung des Gehörgangs in denselben einzuführen, während die Schnur mit dem anderen Quästchen hinter das Ohr gezogen wird. Kommentar überflüssig!"

8. In den Wissenschaftlichen Mitteilungen der Apothekerzeitung 1907, Nr. 97 berichtet Dr. Zernik über ein von der Firma Dr. Arthur Erhard, G. m. b. H., Berlin W., als Entfettungsmittel in den Handel gebrachtes Präparat, das den Namen Levathin trägt. Nach den Untersuchungen im Pharmazeutischen Institut der Universität Berlin stellt das Levathin ein gelbgefärbtes Gemisch aus rund 75% Tartarus depuratus mit 15% Tartarus natronatus und 10% Rohrzucker dar.

9. An gleicher Stelle wird von O. Kuhn über einen von Frau Dr. Bock, Berlin, in den Handel gebrachten Tee Purin berichtet, dessen Anpreisung in folgender Form geschieht: „Tee Purin wirkt überaus blutreinigend, ohne den Magen zu schwächen und verleiht, täglich genossen, schlanke, graziöse Formen. Glänzend bewährt gegen Korpulenz und zur Erlangung einer eleganten Taille." Der Tee soll auch gegen gichtische und rheumatische Anfälle mit Erfolg verwendet werden. Er besteht aus Fruct Juniperi, Kort. Frangul., Herb. Equiset., Fol. Jugland., Herb. Absinth., Herb. Violae tricol. und Herb. Millefol.

Die aufdringliche Reklame, mit der beide Mittel in den Handel gebracht werden, spricht ebenso wie ihre Zusammensetzung für ihre Wertlosigkeit bezügl. der angepriesenen Heilwirkung.

Technische Neuerscheinungen.

Xeranatbolusgaze.

Von Cohn und Aufrecht wurde vor zwei Jahren die Bolus als wirksames Wundantiseptikum angegeben, und man hat bisher gute Erfolge von ihrer Verwendung bei eiternden Wunden und dergleichen gesehen. Man hat nun auch versucht, Gazen mit Bolus zu imprägnieren. Zu diesem Zwecke gab Cohn folgende Art der Imprägnierung an: Man glüht die feingepulverte weiße Bolus und mischt sie mit einer auf heißem Wege hergestellten ammoniakalischen Seife, welcher Mischung man 0,5 % Salizylsäure und 1 % Liquor Aluminii acetici zusetzt. Mit dieser Mischung tränkt man sterile hydrophile Gaze und trocknet sie. Aufrecht hat nun die Xeranatbolusgaze angegeben, welche eine äußerst günstige Wirkung entfaltet. Cohn stellte mit dieser ebenfalls eingehende Versuche an und erhielt sehr befriedigende Resultate. Er empfiehlt diese Gaze bei allen Wunden, welche irgendwie infiziert sind oder bei denen der Verdacht auf Infektion besteht, ferner bei den Ver-

Pub

letzungen im Felde, bei Panaritien, Furunkeln, Carbunkeln, Abszessen, Fisteln und allen nicht per primam heilenden Wunden. Die Gaze wirkt stark antiseptisch, austrocknend, desodorisierend und aufsaugend. Auch bei Katarrhen der weiblichen Genitalien, Zervikalkatarrh etc. wirkt Tamponade mit dieser Gaze äußerst günstig ein. Jede reizende Wirkung fehlt derselben, man braucht also keine Sorge vor etwaigen üblen Folgen wie Ekzemen und Entzündungen zu hegen. So hält Cohn den Verband mit Xeranatbolusgaze für den praktischen Arzt, besonders den Landarzt für äußerst wertvoll und empfiehlt denselben angelegentlichst. Die Gaze ist bei Wiskemann & Co. in Kassel zu erhalten und stellt ein billiges Verbandmittel dar. Diese vielen Vorzüge werden derselben sicher eine baldige allgemeine Einführung in die Praxis sichern.

W. B. Müller, Berlin.

Eine neue Vaginalspritze.

D. R. G. M. 298339.

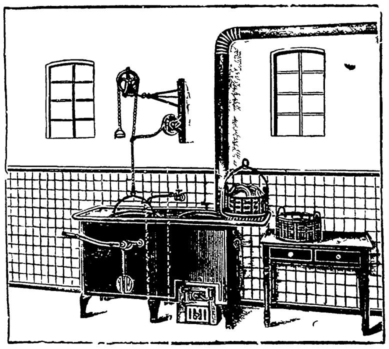
Dieser Apparat, von der Firma Franz Kubat, Eibau i. S. hergestellt, besteht aus einem Gummiball, welcher zur Aufnahme von Wasser dient, und einem Spülrohr, welches aus poliertem Hartgummi gearbeitet ist. Auf dem Rohre befinden sich sechs Rinnen, welche auf der Spitze zusammenlaufen. In der Mitte von diesen Rinnen befindet sich eine große Anzahl kleiner Löcher. Beim Gebrauch wird zuerst durch Zusammendrücken des Balles die Luft ausgetrieben und das Spülrohr vollständig bis zum Ball ins Wasser getaucht. Beim Zusammendrücken des Balles strömt aus den vielen Löchern das Wasser brauseartig von allen Seiten heraus. Da die Löcher sich tief in den Rinnen des Spülrohres befinden, bleibt ein gewisser Raum zwischen der Scheidenwand und den Löchern vorhanden. Daraus ergibt sich, daß das Wasser von allen Seiten gleichmäßig und brauseartig die Wände der Scheide bespülen kann. Da das Rohr aus poliertem Hartgummi gearbeitet ist, so sind Verletzungen der Scheide vollständig ausgeschlossen.

ALLGEMEINES.

In Nr. 50 des vorigen Jahrganges brachten wir eine Mitteilung über einen **Fall von Odolvergiftung.** Da uns daraufhin mehrere Anfragen zugegangen sind, möchten wir betonen, daß es sich in diesem Falle um eine geisteskranke Dame handelte, die ihr Fläschchen Odol unverdünnt austrank und infolgedessen Schädigungen erlitt, und daß dieser Fall nur zu dem Zwecke mitgeteilt wurde, um den psychiatrischen Kollegen zu empfehlen, das Odol den Patienten nicht mehr unverdünnt zu überlassen. Selbstredend ist ein derartig vereinzelter Fall bei nicht ordnungsgemäßem Gebrauche eines Präparates absolut nicht geeignet, Rückschlüsse auf die Qualität und Brauchbarkeit desselben zu ziehen.

Einen wichtigen Fortschritt moderner Therapie bedeutet unstreitig die allgemeine Anwendung des Fucols und seiner Verbindungen anstelle der Lebertran-Präparate. Fucol ist nicht allein leichter zu nehmen und billig, sondern wirkt entschieden energischer und schneller. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten M. 2,— in den Apotheken. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz Berlin S. 14 — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.



Neu!

D. R. G. M. und D. R. P. angemeldet.

Geschirrspülmaschinen

für Hand- und Maschinenbetrieb.

Einfachste und betriebssicherste Maschine ohne jeden Mechanismus, trotzdem starke Wasserbewegung bei feststehendem Geschirrkorb.

Kein Schneckengetriebe an der Maschine

Keine Wasservergeudung durch sogen. Abspritzvorrichtungen.

Geringe Anschaffungskosten. Grosse Leistungsfähigkeit.

Prospekte auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

Tüchtige Wiederverkäufer gesucht.

Rastatter Hofherdfabrik Stierlin & Vetter,

Rastatt 16 (Baden).

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.

Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.

Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.

Tuben à 1,20 M für Erwachsene und 0,80 M. für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 2. Februar 1908. Nr. 5.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie.

Von k. k. Reg.-Rat Prof. Dr. **Julius Glax**, Abbazia.

Mit der Sichtung der in diesem Jahre (1907) auf dem Gebiete der Balneotherapie erschienenen Arbeiten beschäftigt, finde ich in der Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie einen Aufsatz von Max Hirsch über die Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie. Diese Arbeit, welche den Inhalt eines Vortrages wiedergibt, welchen der Autor auf dem 35. schlesischen Bädertag zu Breslau am 12. Dezember 1906 gehalten hat, bezweckt die eminente Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie hervorzuheben und Vorschläge zu machen für die Durchführung einer individuellen diätetischen Küche an den Kurorten. Diese Bestrebungen des Verfassers sind gewiß recht lobenswert und zeitgemäß, doch irrt M. Hirsch, wenn er glaubt, der Ausdruck „Balneodiätetik" wäre insolange gänzlich zu vermeiden, als in den Lehrbüchern der Balneotherapie nicht mit „Balneodiätetik" ausschließlich die Diät während der Badekuren bezeichnet werde. Nachdem M. Hirsch speziell auch mein Lehrbuch der Balneotherapie anführt und behauptet, daß ich unter „Balneodiätetik" die Lehre von der Anwendung der Bade- und Brunnenkuren, von der Behandlung krankhafter Zustände durch klimatische Einflüsse und schließlich die Lehre von dem hygienischen und psychischen Einfluß der durch den Besuch der Kurorte geänderten Lebensverhältnisse verstehe, so sehe ich mich veranlaßt, dieser irrtümlichen Ansicht entgegenzutreten. Wäre M. Hirschs Behauptung richtig, dann hätte er gewiß recht, wenn er vorschlägt, das Wort „Balneodiätetik" durch „Balneotherapie" zu ersetzen. Tatsächlich steht aber in meinem Lehrbuche Bd. I, S. 409 zu lesen: „Die Balneodiätetik ist die Lehre von der therapeutischen Verwertung des Einflusses, welchen die geänderten Lebensverhältnisse im allgemeinen und jene der Diät im besonderen auf Kranke ausübt, die an einen Kurort verpflanzt werden."

Der Begriff „Diätetik" ist ein umfassenderer als der Begriff „Diät" und es wäre meiner Ansicht nach ein Fehler, wollten wir mit „Balneodiätetik" nur die Ernährung, also die Diät während der Badekuren, bezeichnen. Wir können auch von einer geistigen Diät, von einer Diätetik der Seele (v. Feuchtersleben), sprechen, und gerade die psychische Diät, die Entlastung von Arbeit und häuslichen Sorgen, die angenehmen Eindrücke der Reise und der neuen Umgebung spielen oft bei Badekuren eine ebenso wichtige Rolle als die auf das Essen und Trinken bezüglichen Vorschriften. Wir wissen, wie eine heitere, angenehme Stimmung die Eßlust und den Stoffwechsel zu beeinflussen vermögen und daß selbst die Magensaftsekretion und die Diurese durch Kummer vermindert, durch freudige Erregung gesteigert werden.

Zur Diätetik im engeren Sinne gehören allerdings auch die Trinkkuren und zwar hängt die Wirkung der Mineralwässer nicht nur von ihrer chemischen Zusammensetzung, sondern auch von der Quantität und der Temperatur des genossenen Wassers ab. Ich will auf dieses Thema hier nicht näher eingehen, nur das eine sei bemerkt, daß bis nun auf die physiologische Wirkung der Temperatur und der Quantität des getrunkenen Wassers viel zu wenig Rücksicht genommen wurde. Die einseitige Beurteilung der Mineralwasserwirkung auf Grundlage der chemischen Analyse hat zu einer Reihe von unhaltbaren diätetischen Vorschriften geführt, wie z. B. zu dem Verbot, Früchte zu essen oder Tee zu trinken während des Gebrauches einer Eisenquelle. Tatsächlich schließen die Brunnenkuren an und für sich gar kein Nahrungsmittel aus, sondern nur der jeweilige Krankheitsprozeß kann die Veranlassung geben, bestimmte Speisen zu verbieten. Es ist deshalb auch ganz widersinnig, wenn an manchen Kurorten in den Restaurants eine sogenannte „kurgemäße" Küche verabreicht wird, welche sich vorwiegend dadurch auszeichnet, daß sie durch ihre Einförmigkeit und Geschmacklosigkeit jede Eßlust im Keime erstickt. Dagegen scheint mir die Einführung einer individuellen diätetischen Küche nach ärztlichen Prinzipien in den Kurhäusern, d. h. in den Hotels und Pensionen eines Kurortes, wie M. Hirsch vorschlägt, aus technischen und finanziellen Gründen unmöglich. Viele Kranke können gewiß ihr Auskommen damit finden, daß sie sich nach den genauen Vorschriften ihres Arztes in einem guten Speisehause ihr Menu selbst zusammenstellen, Schwerkranke bedürfen aber unbedingt eines Sanatoriums. Die Fortschritte auf dem Gebiete der Balneodiätetik führen zu der unabweislichen Forderung, daß an jedem Kurorte Sanatorien entstehen müssen, in welchen eine streng individuelle Behandlung durchführbar ist, denn die Bedeutung der Kurorte liegt darin, daß sie es gestatten, unter Verwertung ihrer natürlichen Heilmittel chronische Erkrankungen unter günstigeren Umständen als in der Heimat der Patienten zu behandeln.

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Schluß.)

Sehen wir nun von dieser kleinen Minderzahl der Blutungen ab und analysieren die Verhältnisse der Fälle, wo bei dringender Lebensgefahr sofortige Wendung in irgend einer Form als Konkurrenzverfahren möglich ist. Zunächst ist bei zwei sonst gleichwertigen Operationsmethoden diejenige die bessere, welche kein Instrument — vornehmlich kein zerbrechliches — erfordert.

Bezüglich der durch das Operationsverfahren selbst bedingten Gefahren des Fiebers und der Blutung dürfte zum mindesten die Wagschale nicht zu Ungunsten der Wendung sinken. Sehen wir ab von denjenigen Fällen, die mehr vorbeugend mit Metreuryse behandelt werden — denn Abwarten mit Tamponade und spätere Wendung kann ich nicht mehr als ein berechtigtes Verfahren seit intrauteriner Ballonbenutzung anerkennen —, so ist der in Eilfällen (z. B. wenn kein kochendes Wasser vorhanden) notdürftig sterilisierte Ballon mit seinem Liegenbleiben durch Stunden mindestens bedenklicher, zumal wenn der außerhalb der Eihäute anzubringende Braun verwendet wird.*) Außerdem dauert überhaupt die Operation länger, was auch nicht gleichgültig ist. Bekanntlich steht heute die Frage des schnellen Operierens, um damit Sepsis zu vermeiden, wieder bei den Tagungen der Gynäkologen in erster Linie. Die Blutungsgefahren sind bei beiden Methoden gleich, wenn man die Folgen einer möglichen Selbsttäuschung über erreichte Dehnung durch Metreuryse mit ins Auge faßt, während ein Zervix-Riß bei direkter Wendung, wenn der Arzt nur pflichtgemäß (siehe unten) handelt, so leicht nicht zu besorgen ist.

Nun kommt derjenige Punkt, welcher — wie ich glaube — am meisten dazu beiträgt, die Metreuryse zu empfehlen, nämlich die Möglichkeit, die gefürchtete kombinierte Wendung zu vermeiden.

Ist also die Technik der Wendung, bezugsweise der kombinierten Wendung so schwer und umgekehrt die der Metreuryse so leicht, daß man erwarten darf, ungeübte Aerzte werden mit der letzteren bessere Erfolge erreichen? Ich glaube das nicht unter der Voraussetzung, daß die Verfasser von Lehrbüchern etwas mehr von der Art und Weise annehmen wollten, in welcher Lejars in seinen „Dringlichen Operationen“ dem Arzte Mut macht.

Das Kapitel „Plazenta prävia“ ist reich an düsterer Tragik, davon weiß jeder erfahrene Praktiker zu sagen; um so mehr wäre es aber Pflicht, dem Anfänger klar zu machen, daß er fast immer die Mutter retten kann, wenn er sie noch in leidlichem Zustande findet. Wenn er also meint, die Zervix sei nicht vorbereitet genug zur Durchführung der ganzen Hand, und er demnach zur kombinierten Wendung schreiten muß, so halte er fest, daß die Befolgung von vier einfachen Regeln ihm sicheren Erfolg schaffen müsse.

Zunächst prüfe er genau den Zustand des Muttermundes, ist dieser nicht ganz scharfrandig, ist nur der geringste Teil der Zervix noch erhalten, so sei er später doppelt langsam bei der Kopfentwickelung.

Ferner sei er überzeugt, daß die Scheu vor einer „kombinierten Wendung“ ganz unberechtigt ist. Sie muß gelingen, sei unbesorgt, und wenn du noch so „kurze Finger“ hast. Die Blase stand ja noch, als du eindrangst, die Frucht ist daher leicht beweglich und oft noch klein; weshalb solltest du den Kopf nicht wegdrücken können? Ein Hindernis ist ja nicht da. Mit der anderen äußeren Hand drückst du den Steiß herum, bis dir ein Fuß zwischen die Finger gerät. Er folgt ohne Schwierigkeit durch die Zervix. Und selbst mit einem Finger gelingt es, den Fuß herabzuziehen, indem man die Symphyse als Gegenstütze benutzt. Ich habe allerdings nur in einem Fall so zu wenden brauchen, war da aber überrascht von der Leichtigkeit. Die Blutung wird durch den Gegendruck des nur langsam abfließenden Fruchtwassers sowie durch die operierenden Finger in Schranken gehalten. Durch den in dieser kurzen Zeit stattfindenden Blutverlust stirbt die Frau nicht. Während des Einlegens eines Kolpeurynters würde ebenso viel Blut verloren gehen! Also dabei wäre gar kein Vorteil! Die Schwierigkeit der „kombinierten Wendung“ besteht meist in der Einbildung.

Die Hauptgefahr kann der Frau erwachsen, wenn die Wendung gelungen ist. Kaum ist der Operateur die Angst vor der Wendung nun glücklich los geworden, da kommt schon der lockende Gedanke: wie schön wäre es, wenn nun auch noch das Kind gerettet würde! Wer noch nicht die Katastrophe einer Rißblutung erlebt hat, wird zu leicht der schmeichelnden Hoffnung Raum geben: es wird schon gelingen! Und Schröders ernste Mahnung, das Kind ruhig sterben zu lassen, wird dann vernachlässigt. Wir Menschen können immer nur das nächste Dringende erfüllen! Göthe definiert sehr schön die Pflicht als die Forderung des Tages. Nun, hier ist der Arzt gerufen, um eine Frau zu retten. Er darf gar nicht riskieren, vielleicht noch ein Kindesleben zu erhalten, wenn er sich nicht gegen seine eigentliche Pflicht versündigen will. Gelingt die Rettung nebenbei, sehr schön! Wie aber, wenn er um eines zweifelhaften Gewinnes wegen die Mutter opfert? Hat er nicht pflichtvergessen gehandelt? Solch ein unglücklicher Ausgang bleibt ihm zeitlebens eine fatale Erinnerung. Mir passierte einmal nach langem Schwanken zwischen Wendung und Perforation bei einer Frau, die schon vier lebende Kinder hatte, eine Uterusruptur, nachdem ich mich endlich zur Wendung entschlossen hatte. Die Mutter kam zum Glück durch. Nach einem Vierteljahr starb das Kind. Da hatte ich noch einmal einen Anlaß, darüber nachzudenken, wie falsch Sentimentalität in einem ernsten Falle ist. Im Falle solchen Schwankens soll man nicht riskieren, schon vorhandenen Kindern die Mutter zu rauben und ihnen eine Stiefmutter zu geben, oder um ein Kindesleben vielleicht zu retten, diejenige zu töten, auf deren Dasein das Neugeborene auf viele Jahre angewiesen sein sollte, während das Ehepaar vom Arzt bestimmt erwartete, daß er sein Möglichstes tun würde, um die Frau zu retten. Wie man bei der eigenen Frau handeln würde im gegebenen Falle, so handele man bei der fremden! Da weiß man immer sofort, was man tun soll. So pflege ich nun seit Jahren mir in zweifelhaften, schweren Lagen die Sache vorzustellen.

Der vierte Rat ist folgender: Blutet es nach Extraktion und Plazentarlösung, so halte man sich nicht lange mit Reiben, gar nicht mit Heißwasserinjektion und Ergotineinspritzung auf, sondern führe sofort die Hand in die Gebärmutter, um Blutgerinnsel zu entfernen und durch den Reiz eine kräftige Zusammenziehung zu bewirken. Blutet es nun noch, so tamponiere man alsbald, bedenkend, daß auch die Tampongaze noch durchtränkt werden muß, ehe die Blutung still steht, und die Frau so schon eine Menge Blut verloren hat! Lieber nehme man einen Riß an als Atonie.

Nach diesen langen allgemeinen Auseinandersetzungen will ich die weiteren Differenzpunkte zwischen den beiden Operationsmethoden erörtern im Anschluß an den Bericht, was ich in eigenen Fällen an tödlichen Ausgängen erlebt habe. Von acht Fällen von Plazenta zentralis auf dem Lande habe ich vier verloren, in der Stadt von dreizehn, wobei ich freie Hand hatte, keinen. Die Plazenta lateralis-Fälle sind sämtlich durchgekommen. Der vierzehnte Fall wird wegen seiner Besonderheit nachher für sich verhandelt.

Fall 1. Die Frau starb aus unbekanntem Grunde plötzlich während der Untersuchung. Nach festgestelltem Tode rücksichtslose Herausbeförderung des Kindes; dasselbe wurde zum Leben gebracht.

Fall 2. Die Frau preßte nach gelungener Wendung trotz Anschreiens, nicht zu pressen, so heftig, daß mit einem Ruck das Kind hervorschoß. Ein Blutstrom folgte; Tod binnen Minuten. Ob die Frau den Kolpeurynter wohl nicht herausgepreßt hätte? Das Kind lebte.

---

*) Prof. Zweifel empfiehlt die Ballons unter Glyzerin aufzubewahren, damit würden zugleich erreicht größere Haltbarkeit, Keimfreiheit und demnach stete Bereitschaft behufs Verwendung.

Fall 3. Die betreffende Frau starb sieben Stunden nach der Entbindung. „Geblutet hatte es nicht mehr“, schrieb die Hebamme. Bei der Operation verlor die Frau auch kein Blut mehr, aber in einem einsam gelegenen Hause wohnend hatte sie fünf Stunden bereits geblutet, ehe der Arzt endlich eintraf. Kind tot.

Hier möchte ich einen Punkt in Betracht ziehen, den Kollege Mende zur Empfehlung der Metreuryse hervorhebt. Er läßt sehr Verblutete nach Einlegen des Ballons sich erst einige Stunden erholen. Es wäre aber nichts im Wege, nach vollbrachter Wendung dies auch so zu machen. Ob es aber nötig ist? Man muß da zwischen zwei Blutungsarten unterscheiden. Die eine besteht nur in einem einzigen gewaltigen Blutsturz. Kommt da alsbald der Arzt, so kann unbedenklich unter Beobachtung des nötigen Zeitaufwandes der Wendung die Extraktion folgen. Selbst wenn die Frau nur einen kaum fühlbaren Puls beim Eintreffen des Arztes hatte, wird sie meist durchkommen, weil der in den Geweben aufgespeicherte Saft und das noch in den Gliedern vorhandene Blut einen Ersatz bieten werden, um das durch Getränke, Klystiere, Infusion in die Adern gebrachte Wasser genügend zu sättigen und es zu einem wirklich Leben unterhaltenden Mittel zu machen. Dazu dürfte doch längstens eine Stunde genügen. Ganz anders bei gleichen Pulsverhältnissen ist aber die Lage derjenigen Frau, welche nach dem ersten Anfall nicht baldige Hilfe erhält. Wird das zunächst herangezogene Reserveblut durch neue Verluste ihr geraubt, so hilft ihr keine Ruhe, kein Salzwasser, Kaffee oder Aether; das ist alles kein Blut und wird auch keines mehr. Anscheinend war die Lage beider Frauen gleich, in Wirklichkeit ganz verschieden. Unter meinen übrigen Patientinnen waren zwei völlig pulslos, mehrere sehr schwach. Sie sind aber sämtlich gerettet, obwohl ich Hilfsmaßregeln erst nach beendeter Entbindung traf; sie waren eben nicht bis zum „Weißbluten“ ausgepumpt.

Fall 4. Schwere, langdauernde Verblutung. Ohnmacht bei Einführung der Hand. Ließ die Frau wegen fortdauernder Ohnmacht aus dem Bett nehmen, senkrecht mit Kopf nach unten halten. Wendete so mit durchgedrängter Hand. Kind tot. Mutter starb nach acht Tagen am Kindbettfieber. Sie hatte in den letzten zwei Jahren zwei Entbindungen im Krankenhause durchgemacht und jedesmal lange gefiebert. Restierende Keime flammten wohl auf und töteten die Geschwächte. Wie hätte man in diesem Fall die Metreuryse überhaupt ausführen können? Daß diese Frau zufällig später dem Kindbettfieber erlag, ist für unsere Betrachtungen jedenfalls belanglos. Nur die sofortige Wendung konnte lebenrettend sein.! Gerade in den dringendsten Fällen läßt die Metreuryse im Stich. Im Gegensatz zu den Fällen, wo man sofort entweder wenden oder den Ballon einlegen mußte, habe ich nun den einzigen Fall zu besprechen, wo die enge Zervix mir kein sofortiges Operieren gestattete, also entweder die frühere Methode des Abwartens mit oder ohne Tamponade Geltung hatte, oder die neuere Metreuryse. Es handelte sich um eine schwächliche 39jährige Primipara, welche lange in kinderloser Ehe gelebt hatte. Die Blutungen begannen in der 34. Schwangerschaftswoche, waren nur gering, dauerten aber an, und die Zervix blieb unverändert. Da die Frau brennende Sehnsucht nach einem Kinde hatte, so sollte Rücksicht auf die Erhaltung des Kindeslebens genommen werden. Schließlich nach vierzehntägigem Warten trat Fieber auf. Nun mußte unter ungünstigen Umständen eilig operiert werden, und die Frau starb, wobei man — wie Fritsch treffend bemerkt — kaum sagen konnte, was die entscheidende Todesursache war: Schwache Konstitution, die bisherigen Blutverluste, der neue bei der Operation, das Chloroform oder das Fieber. Der Fall ist ein Beispiel dafür, daß erstens jede Rücksichtnahme auf das Kind falsch ist, zweitens das frühere abwartende Verfahren mit oder ohne Tamponade unberechtigt ist. Zeitige, ganz gefahrlose Metreuryse unter Opferung des Kindes hätte die Frau gerettet.

Betrachten wir zum Schluß einmal, welche Folgerungen sich ziehen lassen aus der Tatsache, daß der Arzt einzelne Kreißende pulslos, schon so gut wie verblutet, vorfindet. Wenn ich mir da die eilige, notdürftige Sterilisierung des Kolpeurynters, die Möglichkeit des Zerreißens des alten, abgelagerten Ballons, die Technik der Einführung, den Zeitverlust bei der Aufspritzung vorstelle, außerdem noch den möglichen Mangel an jeglicher sachgemäßer Assistenz, wenn der Arzt eher zur Stelle ist als die Hebamme, in Betracht ziehe, so komme ich zum Ergebnis, daß nur die sofortige Wendung das Verfahren der Wahl sein kann. Wenn man, wie es meist in diesen Fällen möglich sein wird, die ganze Hand durchführt, so benutze man die behufs Untersuchung eingeführte auch gleich zur Operation. Die Lehrbuchvorschriften von richtiger Hand und richtigem Fuß haben in diesen Fällen gar keinen Wert. Die Wendung wird immer schnell gelingen, wenn man — sei es am Bauch, sei es am Rücken entlang — nur zum Fundus sich hinaufarbeitet, ohne sich mit Betasten der begegnenden Gliedmaßen in dem unteren Teil der Gebärmutter aufzuhalten. Dort oben ist man stets sicher, ein Bein, einen Schenkel oder Fuß zu packen, ganz gleichgültig, welchen Beines, und die Umdrehung leicht zu vollbringen. Dies ist das technisch richtige Vorgehen, manchmal nach Lage der Umstände das allein mögliche und sicher stets dasjenige, welches die Blutung im Handumdrehen stillt. Behufs kombinierter Wendung müßte man eventuell die falsche Hand schnell mit der richtigen vertauschen.

Ich sagte oben, daß ich mit Tatsachen beweisen werde, die Wendung sei besser für den Praktiker, nun hier sind sie — die sehr ernsten Fälle und deren Behandlung.

Wer zugibt, daß in gerade ganz dringenden Fällen die Wendung vor der Metreuryse Vorteile hat, während sonst die Partie gleich steht, der muß daraus die Schlußfolgerung ziehen, daß der praktische Arzt auch in den mittelschweren Fällen nur die direkte Wendung ausführen darf, um sich einzuüben auf die sehr schweren. Das ist seine Pflicht gegen die Mütter überhaupt, gerade so wie im Einzelfall das Sterbenlassen des Kindes zugunsten der Erhaltung der Frau.

Welcher Anhänger der Metreuryse dies bezweifelt, den bitte ich, drei Dinge zu überlegen. Die Pflicht, einen gegebenen Fall zu benützen, um sich für den nächsten einzuüben, wird in den unserigen verschleiert durch die weiten, trennenden Zeiträume. Denken wir uns einmal auf die einander folgenden Wochentage verteilt erst sechs mittelschwere und dann einen sehr bösen Fall. Wer wird den letzten — in Wirklichkeit fast allein gefahrvollen — am besten operieren? Zweifellos der, welcher schon sechsmal die direkte Wendungsmethode eingeübt hat.

Ferner: Man denke sich beauftragt, für ein geliebtes Wesen in verzweifelter Lage einen Arzt zu holen und hätte die Wahl zwischen einem Arzte, der grundsätzlich wendet und einem, der sonst Metreuryse anwendet; wen würde man holen?

Drittens: Sollte ein Verteidiger des Kolpeurynters sich zutrauen, daß er — plötzlich zur Wendung gezwungen — ebenso ruhig, geschickt, zur rechten Zeit schnell, dann wieder langsam, also gleichsam automatisch richtig handeln werde, weil er die Regeln genau im Kopfe habe und auch an Schreckensszenen gewöhnt sei, dann bitte ich ihn, sich zu erinnern, wie es ihm geht, wenn er irgend etwas Neues, in medizinischen Blättern Gelesenes probiert. Ist es scheinbar noch so einfach, merkwürdig bleibt es, welche Hindernisse sich das erste und zweite Mal in den Weg stellen, von denen in den Büchern nichts stand!

Endlich muß betreffs der Statistiken noch ein Wort gesagt werden. Da Neues stets Begeisterung erzeugt (man braucht nur an die Zeitungsartikel vor zehn Jahren zu erinnern, worin es hieß: „. . . ein Fall von Metreuryse — Mutter und Kind gerettet“), so ist nicht zu zweifeln, da die Statistiken diesen Zeitraum einbegreifen, daß gar manche Metreuryse gemacht ist, wo der Wendungsanhänger gar nichts getan oder nur den Eihautstich vorgenommen hätte. Gerade bei der Lektüre von Mendes Abhandlung ist mir dies gegensätzliche Verhalten klar geworden. Die Metreurysestatistik bereichert sich auf billige Weise mit manchem guten Fall. Damit soll natürlich den Aerzten, die nur auf einen Verdacht einer Gefahr hin den Kolpeurynter einlegen, kein Vorwurf gemacht werden. Selbstverständlich handelten sie richtig, wenn sie unter allen Umständen die Frauen sichern wollten. Nur um die Bedeutung

Pub

beiderseitiger Statistiken zu kennzeichnen, muß ich darauf hinweisen. Umgekehrt aber, und das ist schlimmer, weil mehr täuschend, geht es mit den tödlichen Ausgängen. Von diesen erscheint mancher nicht bei den Kolpeurynterstatistiken, während er aufgenommen wird bei den Wendungsergebnissen. Das geht ohne jede böse Absicht zu, denn gerade in verzweifeltsten Fällen wird auch der Metreuryseanhänger sofort wenden — weil schon Oeffnung war. Aber weil er sein Lieblingsverfahren nicht anwendete, berichtet er später nicht darüber in seiner Uebersicht über Erfolge der Metreuryse bei Plazenta praevia. Der Anhänger direkter Wendung umgekehrt muß sie aufnehmen in seine Statistik. So erscheinen mir in doppelter Hinsicht die Ziffernreihen bedenklich zu Gunsten der Metreuryse beeinflußt zu sein. Zeigen sie trotzdem bisher kein ausschlaggebendes Uebergewicht, so hat der Praktiker die Pflicht, sich nach Möglichkeit auf diejenige Operationsmethode einzuüben, welche auch den gefährlichen Fällen gewachsen ist.

Also das Endergebnis meiner Betrachtungen ist:

1. Ein abwartendes Verfahren bei nicht sich öffnender Zervix unter drohenden Umständen ist nicht mehr erlaubt. Die Tamponade darf nur zum einmaligen Notbehelf dienen. Solche Fälle sind alsbald mit Metreuryse zu behandeln.

2. Sämtliche übrigen Fälle — von der randständigen Form abgesehen, — wo die Zervixweite die sofortige Wendung in irgend einer Form gestattet, sind derselben zu überweisen.

3. Der Gebrauch des metallenen Dilatators ist zu vermeiden; jedoch ist es gestattet, gestützt auf Bossis eigene, gute Ergebnisse, dies eingreifendere Verfahren zu verwenden als Mittel in der Not, z. B. bei reichlich enger Zervix und Platzen eines Ballons in großer Entfernung vom Wohnort des Arztes, oder um die Wendung statt mit einem mit zwei Fingern zu ermöglichen.

Ich bin am Ende. Wenn es mir gelungen sein sollte, alleinstehenden Praktikern einige Winke zu geben, wie sie in dringenden Lagen, nur auf sich allein angewiesen, einer notleidenden Frau noch Hilfe bringen können, würde ich mich freuen. Mag der eine je nach Studiengang, Temperament, Bau der Hand, Geschicklichkeit, persönlichen Erfahrungen sich lieber dem Kolpeurynter anvertrauen, gut, wenn er nur überhaupt sich zur dringlichen Geburtshilfe entschließt.

Will ein anderer sein Besteck außerdem noch mit einem Dilatator und zwei doppelten Muzeux bereichern, so kann er nach meiner Ueberzeugung noch ausgiebiger helfen. Die Hauptsache ist auf jeden Fall, die Hände nicht in den Schoß zu legen, wenn der Tod über dem Bett einer Mutter schwebt, während die Wissenschaft nun schon Wege zur Rettung gefunden hat. Denn:

„Ein Muttergrab ist doppelt tief
Und dreifach hart der Mutter Tod!"

Die Arteriosklerose und ihre Behandlung mit Asklerosol *).

Von Dr. **P. Münz**, Bad Kissingen.

Während man noch bis vor kurzer Zeit die Gefäßverkalkung als eine Alterserscheinung, als einen physiologischen Vorgang ansah, der durch das höhere Alter und die um diese Zeit eintretenden Involutionszustände bedingt sei, gilt es heute als feststehend, daß die Arteriosklerose als eine wirkliche Krankheit, als eine Alterationserscheinung der Blutgefäße aufzufassen ist, die wir gar nicht so selten bereits in ganz jungen Jahren antreffen. Die Frage freilich, welche inneren Umstände bei dem Zustandekommen der sklerotischen Gefäßveränderungen maßgebend sind, erscheint trotz ausgiebiger Forschungen noch nicht genügend geklärt. Von manchen Autoren werden als die eigentliche Ursache der Arteriosklerose toxische Einflüsse des Alkohols, des Tabaks und der Infektionskrankheiten geltend gemacht, indem gewisse schädliche Stoffe, auch organischer Art, welche in der Blutbahn kreisen, die Arterienwand reizen und in einen entzündlichen Zustand versetzen, der zur Arteriosklerose führt; andere denken auch an den deletären Einfluß chemischer Reize bei einer an Extraktivstoffen und Produkten der regressiven Metamorphose überreichen Nahrung. Es ist aber mehr als wahrscheinlich, daß toxische Einflüsse bei dem Zustandekommen der Arteriosklerose keine allzu große, unmittelbare Rolle spielen. Die in letzter Zeit vertretene Ansicht, daß es sich bei der Gefäßverkalkung um eine Stoffwechselerkrankung handele, eine Ansicht, die, nebenbei gesagt, nicht einmal den Reiz der Neuheit besitzt, ist noch weniger geeignet, jene mannigfach gestalteten und verwickelten Vorgänge bei dem sklerotischen Krankheitsbilde auch nur annähernd zu erklären. Sicherlich ist es nicht der gestörte Stoffwechsel allein, der die Veränderungen in den Gefäßwänden hervorruft. Es müssen noch andere Momente in den Zirkulationsverhältnissen selbst vorliegen, welche zu Läsionen der Gefäßwände und zur Ablagerung von Kalksalzen in denselben führen. Diese Lücke in der wissenschaftlichen Erklärung von dem Wesen der Arteriosklerose sucht die histomechanische Theorie von Thoma, welche teilweise in Rokitansky und Traube ihre Vorgänger fand und sich heute wohl der meisten Anerkennung erfreut, in einleuchtender Weise auszufüllen. Nach dieser Theorie hat die durch äußere Umstände erhöhte Arbeitsleistung des Herzens und der Gefäße eine größere Inanspruchnahme und Abnutzung der Gefäßwände zur Folge, eine Abnutzung, welche ihrereits zu einer Schwächung und einem Elastizitätsverluste der Media führt. Damit geht eine Erweiterung des Gefäßlumens und eine Stromverlangsamung Hand in Hand. Um das Mißverhältnis zwischen Blutmenge und Gefäßweite auszugleichen, tritt gewissermaßen als kompensatorischer Vorgang eine Hypertrophie der Muskularis und im weiteren Verlaufe eine Neubildung von Rundzellen und Bindegewebe in der Intima auf, welche späterhin der Verfettung und anderen regressiven Prozessen verfällt. Freilich scheint uns hier die Thomasche Theorie in Stich zu lassen; sie sagt uns nicht, wodurch in den Gefäßwänden sich Kalksalze, die oft zu förmlichen Kalkplatten auswachsen und dem Gefäßrohre die starre, oft knochenharte Beschaffenheit verleihen, ablagern. Um diesen Vorgang, der doch stets in einem späteren Stadium der Erkrankung auftritt, zu erklären, müssen wir uns denken, daß die Läsionen der Gefäßwände, vielleicht auch die Verlangsamung der Blutwelle die Vorbedingung für die Ausscheidung von Blutsalzen und ihre Ablagerung in den Gefäßen bildet.

Ist nun die Arteriosklerose als eine wirkliche Krankheit aufzufassen, so liegt es uns auch ob, sie in jedem Falle einer aufmerksamen Behandlung zu unterziehen. Wenn es auch nicht gelingen dürfte, die einmal eingetretenen Gewebsveränderungen der Gefäße zu beseitigen, so vermag eine rationelle Behandlung doch dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses Einhalt zu gebieten und den Verlauf aufzuhalten; damit ist aber schon sehr viel, ja alles gewonnen. Es genügt nicht, daß wir die mit der Arteriosklerose auftretenden Beschwerden wie Schmerzen, Herzangst, Atemnot, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit symptomatisch bekämpfen, wir müssen vor allem, um die Behandlung wirksam zu gestalten, den Gesamtprozeß günstig zu beeinflussen suchen. Und da gibt uns die Thomasche Theorie und die von mir angenommene Ergänzung eine Handhabe für die Gesichtspunkte unserer Behandlung. Außer physikalisch-diätetischen Maßnahmen, auf die der Schwerpunkt der Behandlung zu legen ist, und der peinlichen Ausschaltung aller jener Momente, die als Ursachen der Arteriosklerose angeschuldigt werden und eine erhöhte Arbeitsleistung des Herzens und der Gefäße nach sich ziehen, werden wir versuchen, die gestörten Blutverhältnisse selbst, in denen ja vorwiegend der Anlaß zu den folgeschweren Gefäßveränderungen, zu der Ablagerung von Kalksalzen gegeben ist, zum Angriffspunkte der Behandlung zu machen.

Um nun die Blutverhältnisse zu korrigieren und so der Ausscheidung der Kalksalze entgegenzutreten, bedient man sich vielfach der zuerst von Trunecek im Jahre 1901 angegebenen Methode, dem Blute bestimmte

---

*) Vergl. auch meine jüngst erschienene Schrift: „Die Arterienverkalkung, ihr Wesen und ihre Behandlung". (Besprechung s. diese Nr. pag. 87.)

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Blutsalze zuzuführen, welche als „anorganisches Serum“ subkutan zur Verwendung gelangten und jetzt der bequemeren und schmerzloseren Handhabung wegen in Form von Tabletten als Antisklerosin gereicht werden. Dieses Medikament enthält die wichtigsten der im Blute enthaltenen Salze, Natr. chlorat., Natr. carbon., Natr. sulf., Natr. phosphor., Magn. phosph. unter Weglassung der im Trunecekschen Serum enthaltenen giftigen Kaliumsalze und unter Hinzufügung des dort fehlenden Kalz. glyzerin. phosph. Um die Berechtigung dieser Heilmethode einzusehen, müssen wir uns vor Augen halten, daß die normale Blutflüssigkeit eine Reihe von anorganischen Salzen, vor allem von Kochsalz, Natriumkarbonat und Alkaliphosphaten in bestimmten Mengenverhältnissen enthält, welche dem Blute einen bestimmten Grad von Alkaleszenz verleihen. Dank diesen alkalischen Eigenschaften vermag das Blut nicht nur die in ihm kreisenden Nährstoffe, welche zum Aufbau des Organismus dienen, sondern auch wertlose und überschüssige Umsatzprodukte, welche durch die Nieren ausgeschieden werden, in Lösung zu halten. Trunecek ging nun von der Ansicht aus, daß bei einer Verarmung der Blutflüssigkeit an den normalen Salzen, ein Vorkommnis, das bei den zur Arteriosklerose disponierten Individuen so häufig anzutreffen ist, und bei der damit einhergehenden Abnahme der Alkaleszenz die im Blute vorhandenen Kalkphosphate, die sich sonst in Lösung befinden, gefällt werden, sich in die Gefäßwände ablagern und hier die Entwicklung der Krankheit fördern. Durch Einführung der wichtigsten normalen Blutsalze in den Organismus soll dieser Fehler ausgeglichen werden. Freilich reicht diese Erklärung von Trunecek nicht aus, um den Heileffekt der von ihm empfohlenen Therapie in befriedigender Weise zu erklären; denn der Prozeß der Verkalkung tritt erst im späteren Verlaufe der Erkrankung auf und ist gewissermaßen als das Endstadium derselben zu bezeichnen. Wir müssen uns vielmehr denken, daß vorher andere Momente, wie sie nach der Thomaschen Theorie gegeben sind, die Gefäße in einen Reizzustand versetzen und daß dann erst auf Grundlage dieser Alteration der Gefäßwandungen eine Ablagerung von ausfallenden Kalksalzen in ihnen erfolgt; bei ganz gesunden glattwandigen Gefäßen und bei ganz normaler Blutgeschwindigkeit wird es selbst bei einer Abnahme der Blutalkaleszenz zu keiner Ablagerung von Kalksalzen kommen. Die medikamentöse Anwendung der Blutsalze kann darum dem Fortschritt des sklerotischen Prozesses nur dann mit Erfolg entgegentreten, wenn gleichzeitig eine Ausschaltung aller jener Momente einhergeht, die zu einer Alteration der Gefäßwände führen; wir müssen den Gesamtorganismus kräftigen, die Herztätigkeit regulieren, vor allem den Blutdruck herabsetzen. L. Levy und Teissier, welche mit dem Mittel gute Erfahrungen gemacht haben, suchen deshalb die Wirkung der Mineralsalze auf eine Erweiterung der Gefäße und eine Herabsetzung des Blutdruckes zurückzuführen; Merklen findet sie in einer Stärkung des Nervensystems, in einer Besserung der bei Arteriosklerose stets vorhandenen „Asthenie des Nervensystems“. Scheffler macht ebenfalls als das wirksame Prinzip eine „Remineralisation“ des Organismus geltend, der bei Arteriosklerose einen großen Mangel an Mineralbestandteilen aufweist.

Die Erfolge, die mit der Anwendung der Mineralsalze in allen Stadien der Erkrankung erzielt wurden, und über die uns außer den genannten Autoren Goldschmidt, v. Zgorski, Gordon, Zanoni, Hotys, M. Fränkel, Richardson und viele andere berichten, sind überaus günstige, und dieser Therapie kann, zumal da schädliche Nebenwirkungen aus der Verwendung derselben nicht resultieren, nur das Wort geredet werden. Auch Senator gibt auf Grund seiner Erfahrungen zu, daß die vorsichtige Zufuhr von Antisklerosin bei Arteriosklerose „nichts schaden und vielleicht nützen kann“.

Wenn freilich die Gegner des Antisklerosins demselben vorwerfen, daß es nicht der Zusammensetzung des Blutes völlig entspreche, so vergessen sie, daß einerseits die Mineralbestandteile des Blutes recht schwankende sind und daß anderseits das Blut, selbst in krankhaften Zuständen, also auch bei der Arteriosklerose, nicht aller Salze bar ist; das Antisklerosin braucht darum nicht alle Blutsalze genau in ihrer Zusammensetzung zu enthalten, da es ja nur durch Zufuhr der wichtigsten und vielleicht fehlenden Mineralsalze die Alkaleszenz des Blutes erhöhen will.

Ich selbst habe, von der Tatsache ausgehend, daß der Rakoczy in Bad Kissingen, wo alljährlich viele hunderte Arteriosklerotiker Heilung ihrer Beschwerden suchen, eine Reihe der im Antisklerosin wirksamen Mineralbestandteile in geeigneten Mischungen enthält, aus den Salzen dieses Brunnens unter Hinzufügung einiger wichtiger, noch fehlender Blutsalze ein Präparat herstellen lassen, das ich Asklerosol benannte; seine Zusammensetzung stützt sich auf das anorganische Serum von Trunecek, ohne dessen Kaliumsulfat und das bei dem Antisklerosin vorhandene Kalz. glyzerin. phosphor. zu enthalten.

Das Asklerosol, in Tablettenform von dem Besitzer der Boxbergerschen Apotheke in Bad Kissingen, Dr. Kraft, nach meinen Angaben angefertigt, faßt in jeder Tablette die Salze von 90 g Rakoczy und besitzt außer seiner antisklerotischen Wirkung den Vorzug, daß es gleichzeitig als mildes Purgiermittel wirkt, ein Vorzug, der bei Arteriosklerose nicht zu unterschätzen ist. Das Asklerosol gelangt entweder in reiner Form zur Darstellung oder unter Zusatz des bei Arteriosklerose so beliebten Jods, von Sajodin und neuerdings von Jodglidine, das sich als leicht resorbierbar erweist und Nebenerscheinungen nicht hervorruft. Asklerosol und Jod ergänzen sich in ihren Wirkungen. Wirkt das Jod blutdruckerniedrigend, vermindert es die Zähflüssigkeit des Blutes, so verhindert Asklerosol selbst eine Ablagerung von Kalksalzen in den Gefäßen. Drei Tabletten Asklerosol entsprechen etwa 20 g des Trunecekschen Serums. Der Körper behält von den im Asklerosol in Ueberschüssen gebotenen Salzen diejenige Menge zurück, die er gerade benötigt, um den Mangel auszugleichen. Ich habe das Asklerosol bei einer großen Anzahl von Patienten — etwa 200 — sowohl in den Anfangsstadien wie bei vorgeschrittenen Prozessen, bei Asthma kardiale, Angina pektoris, Gehirn- und Nierensklerose, in Anwendung gebracht und kann konstatieren, daß die Erfolge sehr befriedigende waren, jedenfalls befriedigender als bei dem Gebrauche eines anderen Medikamentes; bei längerem Gebrauch läßt die Spannung und Härte des Pulses etwas nach, das Allgemeinbefinden wird besser und die gerade hervortretenden Beschwerden wie Schwindelgefühl, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, Schmerzen, Atemnot, Beklemmungsgefühl werden gemildert. Dieser Erfolg muß deshalb einzig und allein auf das Konto des Asklerosols gesetzt werden, weil die Besserung erst von jener Zeit datierte, wo das Asklerosol genommen wurde. Die Patienten empfanden so sehr die günstigen Wirkungen des Asklerosols, daß sie das Mittel gern nahmen und nach längerer Unterbrechung desselben, wenn Beschwerden sich wieder einstellten, wiederum zu ihm griffen. Asklerosol wird täglich in Gaben von zwei bis sieben Tabletten, am besten in lauwarmem Wasser gebraucht. Schädliche Nebenerscheinungen habe ich selbst bei Verabfolgung großer Dosen nie beobachten können. Es spricht also nichts gegen, wohl aber vieles für die therapeutische Verwendung des Asklerosols in der Behandlung der Arteriosklerose.

REFERATE.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff,** Berlin.

1. **Zur perkutanen Jodbehandlung.** Von Zimmermann. Ophthalmol. Klinik, XI. Jahrg., Nr. 22, S. 673.

2. **Ueber das gegenseitige Verhältnis von Hemeralopie und Keratomalazie.** Von A. Schiele. Wochenschr. f. Therapie und Hygiene des Auges, XI, Nr. 13, S. 101.

3. **Ueber den Wert der subkonjunktivalen Injektionen und ihre Theorie.** Von Th. Ballaban. Wien. klin. Wochenschr., Nr. 51, S. 1603.

4. **Eine Verletzung des Auges durch Essig.** Von R. Krämer, Ebenda, Nr. 51, S. 1607.

1. Zimmermann empfiehlt für Augenerkrankungen, welche eine Jodbehandlung erfordern und die interne Verabreichung von Jodpräparaten oder die subkutane von Jodipin nicht gestatten, das Jothion als 25%ige Salbe für Erwachsene, als 10 bis 25%ige für Kinder mit einer Salbengrundlage von amerikanischem Vaselin oder Vaselin und Lanolin zu gleichen Teilen. Wenn diese Salbe in die Haut eingerieben wird, gelingt der Nachweis von Jod in den Ausscheidungen noch nach einer Woche. Besonders gute Erfahrungen wurden bei der Behandlung skrofulöser Augenleiden jugendlicher Individuen gewonnen, wo Jothion monatelang gebraucht wurde, so daß Verf. in diesen Einreibungen auch einen Ersatz für Lebertran sieht.

2. Da wir der Keratomalazie des Säuglings meistens machtlos gegenuberstehen, verdient der Vorschlag Schieles Beachtung, der von der Beobachtung ausgeht, daß in Rußland zur Zeit der großen Fasten sich Hemeralopie und Keratomalazie häufen und die erstere durch Lebertran rasch geheilt wird. Die Keratomalazie der Säuglinge konnte auf Fälle zurückgeführt werden, wo die Kinder während der großen Fasten gar keine Milch erhielten oder von an Hemeralopie leidenden Müttern gesäugt wurden. In solchen Fällen führte die Verabreichung von Lebertran an die Mutter zur Heilung der Kornealaffektion beim Säuglinge.

3. Ballaban hebt hervor, daß das Tierexperiment und die klinische Erfahrung übereinstimmend zu dem Schlusse führen, daß subkonjunktivale Kochsalzinjektionen in allen Fällen, in welchen die entzündliche Reaktion im Auge stark genug ist, zwecklos, wenn nicht schädlich sind, daß sie aber alle schleichenden und chronischen Erkrankungen des Augeninnern (Iridozyklitis, Glaskörpertrübungen etc.) günstig beeinflussen. Die Frage der Wirksamkeit der subkonjunktivalen Injektionen bei Netzhautablösung läßt sich noch nicht abschließend beantworten.

4. Krämers Beobachtung bildet eine Mahnung, bei der Applikation von Essiglösungen in der Umgebung der Augen die größte Vorsicht walten zu lassen:

Einem Patienten war wegen einer schweren Ohnmacht von seiner Frau das Gesicht mit Essig gewaschen worden (wahrscheinlich eine ca. 9%ige Essigsäurelösung); die Konjunktiva bulbi wurde leicht verätzt, und es bildete sich eine erst innerhalb fünf Monaten heilende Erosion der Kornea!

Ohrenheilkunde.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ein Fall von Siebbeineiterung in Folge von Tamponade nach Bellocque.** Von Rudolf Goldman, Komotau.

2. **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums.** Von Dr. G. Lennhoff in Berlin. Münch. Med. Wochenschr., Nr. 53.

3. **Die Gesundheitspflege des Mundes.** Von Dr. Kenneth W. Goadby, Dozent für Bakteriologie an der National-Heilanstalt für Mundkrankheiten und an der Londoner Schule für tropische Medizin. Wiener med. Presse, Nr. 52.

4. **Die Korrektur der Schiefnase.** Von Dr. Jacques Joseph in Berlin. Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 49.

5. **Wann ist die Radikaloperation der Nebenhöhlen der Nase notwendig?** Von San.-Rat Dr. W. Lublinski in Berlin. Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 49.

6. **Ueber die Physiologie der Tonsillen und die Indikation zu ihrer Abtragung.** Von Dr. E. Barth in Berlin. Deutsche Med. Wochenschr., Nr. 49.

1. Bei einer Patientin, die seit drei Tagen mit Intervallen Nasenblutungen hatte, die mit vorderer Tamponade vergeblich behandelt war, machte Verf. die Bellocquesche Tamponade, die er bei der erschöpften Patientin 80 Stunden liegen ließ. Danach trat ein akutes Empyem des Siebbeins und eine Otit. med. auf, die glatt unter konservativer Therapie abheilten. Goldmann macht daher (mit Schmidt, Schech u. a.) darauf aufmerksam, daß man den Tampon nicht länger als 24 Stunden liegen lassen solle.

Referent kann dem für die Bellocquesche Tamponade im allgemeinen nur zustimmen, zumal hier meistens nicht antiseptische Watte od. dgl. genommen wird. Bei der vorderen Tamponade dürfte in einer großen Reihe von Fällen die frühzeitige Entfernung der Tamponade nicht zu empfehlen sein.

Im übrigen haben in dem Fall des Verfassers so viele Versuche zur Stillung der Blutung stattgefunden, daß für die Siebbeineiterung auch andere Ursachen als die Bellocquesche Tamponade möglich sind. Wie aber auch immer, bei lebenbedrohenden Blutungen wird man lieber eine Komplikation in den Kauf nehmen als das entmutigende Eintreten einer neuen Blutung.

2. Lennhoff empfiehlt aufs neue zur Tamponade der Nase behufs Blutstillung seinen Zugstreifentampon.

Die Methode Lennhoffs wird dem Praktiker in vielen Fällen gute Dienste leisten, da sie relativ einfach ist und eine Verstärkung des inneren Druckes besonders an den hinteren Abschnitten des Tampons auch nachträglich gestattet. Der spezialärztlich Erfahrene wird sich allerdings meist anders helfen können.

3. Daß trotz unserer beständig fortschreitenden Hygiene auf dem Gebiete der Zahnpflege noch die unglaublichsten Mißstände herrschen, wird dem Verfasser jeder aufmerksame Arzt gern bestätigen. Es ist aber trotzdem verdienstvoll, daß Verf. wiederum nachdrücklichst auf manche durch Karies, Gingivitis und Stomatitis verursachten Schädigungen des Organismus hinweist und Wege angibt, wie sich eine allgemeine zahnärztliche Versorgung etwa erreichen ließe. Scheinen diese Wege auch nicht alle gangbar, wenigstens nicht bei uns, so dürfte doch viel, noch viel mehr für die Mundpflege zu sorgen sein, als es bisher geschieht.

4. Es ist ein unbestreitbares Verdienst von Joseph, die Kosmetik der Nase wieder in den Vordergrund des Interesses gerückt und Methoden angegeben zu haben, — anfangs durch äußere, später durch interne (subkutane) Operation — eine wesentliche Formverbesserung der Nase zu erzielen.

Ueber die Berechtigung zu solchen Operationen kann kein Zweifel herrschen. Einmal haben schon seit undenklichen Zeiten die Menschen alle möglichen Torturen ertragen, um ein vermeintliches Schönheitsideal zu erreichen, anderseits kommen in der Tat, wie Joseph schon in seiner ersten diesbezüglichen Publikation betont, schwerste psychische Störungen vor, die durch solchen äußeren Defekt verursacht sind und nach dessen Beseitigung schwinden.

Verf. gibt hier zwei neue Methoden an, die Schiefstellung des knorpeligen bezw. des knöchernen Nasenteils zu beseitigen. Theoretisch erscheinen dieselben sehr einleuchtend und, nach der Erfahrung des Referenten bei ähnlichen Eingriffen, unschwer durchführbar.

Doch scheint mir ganz allgemein, daß in einer nicht geringen Anzahl der Fälle eine einfache Injektion von Hartparaffin, die ja heute ganz gefahrlos gemacht werden kann, ausreichen würde, um ein kosmetisches Resultat zu erreichen, das manchem operativ erreichten nicht nur nicht nachsteht, sondern es übertrifft. Nichtsdestoweniger sind die von Joseph abgebildeten Erfolge sehr hübsche. In diesen Fällen wäre ohne Operation kein Erfolg möglich gewesen.

5. Eine glatte Antwort auf diese aufgeworfene Frage gibt Verf. nicht — kann er auch nicht geben. Je nach der Ausbildung seiner Technik, seiner Selbstkritik, seinem Temperament stellt jeder Operateur eine verschiedene Indikation. Nur darin stimmen, wie Lublinski betont, alle Autoren überein, daß bei akuten Empyemen eine lokale Therapie neben der allgemeinen (Bettruhe, Schwitzbett, heiße Umschläge, Aspirin) in den Hintergrund zu treten hat. Aber auch sonst redet Verf. einer mehr konservativen Behandlung das Wort. Er begnügt sich gern mit kleineren Eingriffen, indem er dem Eiter Abfluß verschafft und durch endonasale Behandlung Heilung zu erzielen sucht.

Lublinski vertritt hier einen Standpunkt, den Referent in verschiedenen Publikationen nachdrücklich betont hat. Es sind in der Tat in sehr vielen Fällen, die radikal operiert werden sollten, auch durch endonasale Eingriffe Dauererfolge erzielt worden.

Nur die Eröffnung des Antrum von der Alveole halte ich aus prinzipiellen Gründen für unzweckmäßig, wenn sie auch jahrelang die bevorzugte Operation war. Nur eine Ausnahme scheint mir zulässig, wenn nämlich der kranke Zahn in die Kieferhöhle hineinragte.

Aber auch dann ist es nach meiner Erfahrung das „zweckmäßigste, nach wenigen Ausspülungen die Mundöffnung zugehen zu lassen und von der Nase aus weiter zu behandeln. In der Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 42 und 43, habe ich das ausführlich begründet.

Die Radikaloperationen hält Lublinski im Prinzip wohl nur bei lebenbedrohenden Komplikationen und bei dauerndem intensivem Schmerz für angezeigt. Stets versucht er mit weniger eingreifenden Methoden zum Ziel zu gelangen, und man kann nur wünschen, daß dieser Standpunkt, soweit nicht die Behandlung dadurch eine endlose wird, mehr beachtet würde, als es unter dem Eindruck der großen technischen Erfolge auf diesem Spezialgebiete längere Zeit der Fall war.

6. Verf. versucht ein gegenwärtig vielfach strittiges Gebiet der Lösung näher zu bringen. Während der eine jede Hypertrophie der Tonsillen und des adenoiden Gewebes entfernen will, hält der andere jeden Eingriff für kontraindiziert. Das Richtige liegt hier wohl, wie so oft, in der Mitte. Barth sucht einen klaren Blick über die physiologische Bedeutung der Tonsillen zu gewinnen und hat eine große Reihe von Tatsachen zu diesem Zwecke zusammengetragen. Einzelheiten müssen im Original gelesen werden. Im Prinzip erklärt Barth „die Tonsillen für Schutzapparate in demselben Sinne wie die Lymphdrüsen, ihre Zellenemigration befähigt sie noch zu besonderen Schutzleistungen“. Daß aber für die Abtragung hypertrophischer Tonsillen (Adenoiden) die durch sie bedingten örtlichen Störungen allein maßgebend sind, kann nicht zugegeben werden. Vielmehr kommt es daneben in erster Linie auf Allgemeinstörungen an, Entwicklungshemmungen, Beeinträchtigung des Gehörs und dergl. Dies meint wohl Verf. auch selber, da er es an anderer Stelle seiner interessanten Arbeit andeutet.

Ebensowenig kann sich Referent mit einer radikalen Entfernung der Tonsillen befreunden. Barth widerspricht sich eigentlich selbst, wenn er einerseits Tonsillengewebe für sehr wichtig erklärt, anderseits es für einen Fehler hält, wenn man „nur den Teil fortnimmt, welcher gerade bequem gefaßt werden kann“. Mir erscheint es völlig ausreichend, wenn nur die stark über den Gaumenbogen prominierenden Teile abgetragen werden. Bleiben dann etwa noch Störungen zurück, so hilft dem ein kleines Schlitzmesserchen völlig ab.

Wie man die Rachentonsille operiert, dürfte wohl gleichgültig sein, wenn man nur Barths Forderung erfüllt, daß man die Schleimhaut sorgfältig erhält. Wenn man aber operiert, dann dürfte exakteste Entfernung des adenoiden Gewebes am Platze sein, da Reste sehr leicht wieder zu erheblichen Störungen führen und die ganze Operation diskreditieren. Barth glaubt ferner, daß „manche der sogenannten Rezidive auf unvollständiger Operation beruhen“. Dem ist voll und ganz beizupflichten. Referent konnte ein Rezidiv nach sicher sorgfältiger Operation fast nie oder nie feststellen.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Assistent an der Universitätspoliklinik für Lungenkranke, Berlin.

1. **Tuberkulinbehandlung, insbesondere Perlsuchttherapie nach Karl Spengler.** Von Moriz Wolf. Wien. med. Woch., 1907, Nr. 52.

2. **Behandlung der Tuberkulose mit Marmorekserum und Neutuberkulin.** Von Max Elsässer. Deutsch. med. Woch., 1907, Nr. 51.

3. **Zur Diagnose der Pleuritis diaphragmatika.** Von Sehwald. Deutsch. med. Woch., 1907, Nr. 52.

1. Bei der Behandlung der Tuberkulose werden von den meisten Kliniken die verschiedenen Tuberkuline verwandt, wobei der eine diesem, der andere jenem den Vorzug gibt.

Moriz Wolf spricht in seinem Artikel über die günstigen Erfolge, die er mit Perlsuchttuberkulin gehabt hat. Er injizierte nach Spenglers Angabe zuerst kleinste Mengen, später schnell steigend große Quantitäten, indem er gleichzeitig reichlich Jodpräparate gab. Verf. gibt an, daß er dieser Therapie vor jeder anderen, auch vor dem Aufenthalt im Hochgebirge bei weitem den Vorzug gebe. Haemoptöen seien kaum zu befürchten, auch bei Neurasthenikern und Hysterischen könne die Therapie angewandt werden. Bei Pseudoasthma sei Vorsicht am Platze. — Bei Tuberkulin-Jodbehandlung sah Verf. außerdem eine ganze Reihe subjektiver Beschwerden wie Herzklopfen, Kardialgien, Erbrechen etc. etc. verschwinden. — Bei Kindern wurden mit Erfolg perkutane Tuberkulineinreibungen gemacht.

2. Max Elsässer hatte mit dem Marmorekserum bei Lungentuberkulose keine besonders günstigen Wirkungen gesehen, ebensowenig bei den meisten chirurgischen Fällen; daß es bei einigen chirurgischen dennoch günstig gewirkt hat, führt Verf. auf das im Marmorekserum enthaltene Streptokokkenantitoxin zurück. — Dagegen sah er viele günstige Erfolge durch Behandlung mit Neutuberkulin sowohl bei Lungen- wie Drüsen- und Knochentuberkulose, auch bei häuslicher Behandlung und guter Pflege außerhalb der Heilstätten. Gute Ausblicke gewährt die Neutuberkulinbehandlung auch dadurch, daß durch sie die Volksheilstätten entlastet werden können, und bei kürzerer Behandlungsdauer einer größeren Anzahl Patienten Aufnahme gewähren können; ferner dadurch, daß man in Kinderstationen durch Neutuberkulinkuren dem Ausbruch späterer Lungentuberkulose vorbeugen könne.

3. Ueber einen interessanten Fall von Pleuritis diaphragmatika berichtet Sehwald. Er beobachtete Verminderung der Zwerchfellsbewegungen, dadurch Dyspnoe, ja Orthopnoe, einseitigen Hochstand des Zwerchfells der kranken Seite, zuweilen Obstipation und Ikterus, heftige Schmerzen bei jeder Zwerchfellsbewegung, Schmerzen und Husten beim Durchtritt eines Bissens durch das Foramen oesophageum, ferner noch Reiben im Bereich des Zwerchfells und Peritonitis.

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Arznei und Appetit.** Von W. Sternberg. Therapie der Gegenwart, 1907, Nr. 12.

2. **Zur Fibrolysinbehandlung perigastritischer Verwachsungen.** Von C. Michael. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 50.

3. **Beiträge zur Oelbehandlung der Ulzera und Stenosen des Pylorus.** Von Bloch. Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1907, Band 13, Heft 6.

4. **Heilung von Peritonitis tuberkulosa durch Sonnenbestrahlung.** Von Scheimpflug. Wiener klin. Wochenschr., 1907, pag. 1645.

5. **Ein Beitrag zur Spontanruptur der steinhaltigen Gallenblase in die Bauchhöhle.** Von Fink. Prag. med. Wochenschr., 1907, Nr. 50.

6. **Zur Frage der Magensaftsekretion bei Rektalernährung.** Von C. Michael. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 45.

1. Verf. nimmt kritisch Stellung zu der in der Tat von vielen Aerzten geübten Unsitte, die Appetitlosigkeit, das unbequemste Symptom bei unseren Bestrebungen, den Kräftezustand unserer Kranken zu heben, die Rekonvaleszenz zu beschleunigen und sie zu heilen, ausschließlich auf arzneilichem Wege beheben zu wollen. Er ist der Meinung, daß, da jede Arznei einen „Ungeschmack“ habe — Beweis: kein Kind nascht an einer Medizin —, ein Medikament auch nicht den Appetit heben könne. Er führt zwei Patienten an, die — der eine in privatärztlicher Behandlung, der andere in einem Krankenhaus — neben- und hintereinander mit einer großen Anzahl von Medikamenten versehen wurden und dabei ihren Appetit verloren bezw. nicht wiederbekamen. Die Sistierung der Mittel allein führte den Appetit herbei, und es komme lediglich auf die Zubereitung, den Komfort, die Schmackhaftigkeit der Nahrung an, um erfolgreich die Anorexie zu bekämpfen; aus diesem Grunde sei für die Ausbildung von Studierenden und Aerzten in der Diätetik, in der Krankenküche reichlich Sorge zu tragen. An einer anderen Stelle hat St. den

Gedanken vorgetragen, daß es an der Zeit sei, für diese Zwecke ein „diätetisches Institut“ zu begründen.

Diesen Ideen liegt zweifellos erstens eine große Menschenfreundlichkeit zu Grunde, zweitens auch eine gesunde Beurteilung bestehender Mißstände. Daß der praktische Arzt zu wenig von der Diätetik weiß und noch weniger kann, ist sicher richtig und sichert uns Spezialisten auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten einen Teil unserer Erfolge, wenn — wir mehr wissen und können. Es heißt aber wohl das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn man erstens die — rein somatisch betrachtet — Wirksamkeit aller Medikamente leugnet, ferner aber wäre es dem Praktiker nicht anzuraten, wenn er auf Grund einer solchen Ueberzeugung, wie sie St. deduziert, seinen Patienten „Stomachika“ vorenthalten wollte. Ob sie psychisch wirken, ob sie somatisch ihre Schuldigkeit tun, ist dem kranken Menschen absolut gleichgültig, und daß man Anorexie in ganz außerordentlich vielen Fällen mit Medikamenten — oder richtiger: auch mit Medikamenten — bessern und heilen kann, ist eine kaum wegzudisputierende Erfahrung der allertäglichsten Praxis. Zweierlei darf natürlich nicht Platz greifen: gedankenloses Rezeptverschreiben irgend eines Mittels, das einem gerade einfällt, und zweitens solche törichte Uebertreibungen, wie sie der Verf. mit Recht als an seinen Patienten von anderer Seite begangen geißelt.

2. Bekanntlich hat seit mehreren Jahren Mendel in Essen für die Anwendung von Thiosinamin — oder des sogenannten Fibrolysin, d. h. Thiosinamin. natriosalizylikum — in subkutanen Injektionen bei Narbensträngen nicht nur an der Oberfläche des Körpers, sondern auch im Innern des Organismus plädiert. Trotz doch nicht gerade seltener Gelegenheit, die durch Operationen an Magen und Darm mit nachfolgenden Adhäsionen, sowie im Gefolge spontaner Heilungsvorgänge, besonders nach ulzerativen Vorgängen, gegeben wurde, das Verfahren zu erproben, ist bisher noch wenig von Erfolgen mit diesem Verfahren in der Literatur die Rede gewesen. M. bereichert diese nun um zwei Fälle aus dem Berliner Augustahospital, bei denen perigastritische Verwachsungen, die in beiden Fällen als durch vorgehende Operationen erwiesen anzusehen sind, nach Ulkus ventrikuli bezw. eventuell duodeni, geheilt wurden, jedenfalls die Patienten beschwerdefrei entlassen werden konnten. Bei einem der beiden Kranken ist indes auffallend, daß bereits bei der dritten Injektion die Beschwerden aufhörten.

Die Einspritzungen wurden jeden zweiten Tag vorgenommen, intramuskulär, waren völlig schmerzfrei und störten das Allgemeinbefinden gar nicht oder unbedeutend. In einem dritten mitgeteilten Falle (Pylorusstenose auf organischer Basis) wurde kein Erfolg erzielt, eine operativ gesetzte Bauchhernie sogar vergrößert, so daß nach der sechsten Injektion abgebrochen wurde.

Die Erfahrungen bezüglich der Bewertung des Thiosinamin bez. Fibrolysin (Merck) — Dosis eine halbe bis eine ganze Ampulle — gehen noch so weit auseinander — vor einigen Jahren z. B. berichtete Baumstark aus dem gleichen Hospital über durchaus negative Erfolge —, daß angesichts der Ungefährlichkeit des Mittels weitere sorgfältige, unparteiische Berichte mit Freuden zu begrüßen wären.

3. Die von Akimow-Peretz im Jahre 1898 eingeführte Behandlung von Pylorusstenosen organischer wie spastischer Natur wurde durch Cohnheim modifiziert, indem er an Stelle der Mandelmich A.s reines Oel einführte, und zwar morgens nüchtern 100 bis 150 ccm mittels Schlundsonde in den leeren Magen und abends per os 50 ccm; in leichteren Fällen morgens Oel, mittags und abends Mandelmilch; in ganz leichten und in Besserung befindlichen schwereren nur Mandelölemulsion.

Seit Cohnheims Publikation sind nur wenige Veröffentlichungen über diese Behandlungsmethode erschienen, so daß B. aus C.s Poliklinik 19 weitere Fälle beibringt, um den Effekt der Oeltherapie aufs neue zu illustrieren.

B. wandte reines Oel nur in kleinen Dosen an; im übrigen Emulsion von süßen Mandeln nach folgendem Rezept: Ein Eßlöffel süße Mandeln wird mit einem viertel Liter heißen Wassers übergossen.

Oder: Tct. Belladonn. 5,0,
Ol. Amygd. dulz. 30,0,
Vitell. ov. un.,
Aqu. dest. ad 200,0,
f. emulsio, 3 mal täglich 1 Eßlöffel.

Die Resultate waren durchweg gute; insbesondere empfiehlt B. den Versuch der Oeltherapie vor eventueller Operation wegen Pylorusstenose — wegen der immer noch großen Todesziffer derselben — und rät die Fortsetzung der Kur nach der Operation zur Vermeidung eines Ulkus jejunale, dessen Bildung der hyperazide Magensaft dann nicht selten veranlaßt oder begünstigt.

4. Sch. beschreibt ausführlich den Fall eines Herrn, welcher an Lungentuberkulose, einer alten Lues und wahrscheinlich auch Malaria litt, außerdem organische, verschieden diagnostizierte Magenstörungen hatte und zu alledem eine, wie sich erst später herausstellte, Peritonitis tuberkulosa akquirierte. In einem Sanatorium machte Pat. im ganzen sieben, insgesamt über Jahre sich hinziehende Kuren durch, deren Hauptfaktor eine intensive Sonnenbestrahlung war. Ihr Effekt war eine vollkommene Heilung der Peritonitis mit allen subjektiven und objektiven (Ascites) Folgeerscheinungen. Verf. sieht diese Heilwirkung des Sonnenlichtes als eine „spezifische“ an.

5. Bei einem Patienten, welcher schon viele Cholelithiasisanfälle durchgemacht hatte, erfolgte bei einer brüsken Bewegung ein intensiver Schmerz in der Lebergegend, welcher aber — unter Erhöhung der Pulsfrequenz und mäßiger Temperatursteigerung — allmählich nach der Appendixgegend zu wanderte. Als peritoneale Reizerscheinungen hinzutraten: Operation. Leber sehr hochstehend; in der Gallenblasenwand eine große Perforationsöffnung, in der Vesika selbst ein Konkrement. Drainage der Gallenblase und Bauchhöhle; Heilung.

6. M. hat an einigen Kranken mit Ulkus ventrikuli und Folgeerscheinungen die von Umber aufgeworfene und bejahte Frage, ob — bei Ausschluß psychischer Mitwirkung — nach Einverleibung von Rektalklysmen mit Nährstoffen eine bemerkenswerte Sekretion von wirksamem Magensaft eintrete, nachgeprüft. Diese Frage ist insofern für die Praxis von nicht zu unterschätzender Bedeutung, als bekanntlich von der übergroßen Mehrzahl der Aerzte bei schwerem Ulkus ventrikuli, besonders bei Blutungen ex ulzere, nach mehrtägiger absoluter Karenzzeit zunächst rein rektal ernährt wird, und natürlich eine dabei auftretende Produktion von freier Salzsäure aus der Magenschleimhaut die Tendenz zur Heilung des Ulkus erheblich beeinträchtigen muß. Im Gegensatz zu Umber — der an Magengesunden experimentierte — hat Verf. nun — durchaus überzeugend — nachweisen können, daß eine eine halbe bis ganze Stunde nach Klysma vorgenommene Ausheberung des Magens keine praktisch bedeutsamen Mengen von Magensaft aufwies. Psychisch und somatisch bewährten sich die Einläufe stets gut.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** Berlin, leitender Arzt der städt. Säuglingsfürsorgestelle 5.

1. **Herstellung tadelloser Kindermilch.** Von Weber. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, Bd. I, Nr. 12.

2. **Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt-Gellisch-Stiftung.** Im Auftrage der leitenden Aerzte erstattet von Tugendreich. Verwaltungsber. des Magistrats zu Berlin für das Etatsjahr 1906, Nr. 16, S. 27.

3. **Ueber den Zusammenhang zwischen Konzeptionsziffer und Kindersterblichkeit in (großstädtischen) Arbeiterkreisen.** Zeitschr. f. soziale Medizin, Bd. 3, Heft 2.

1. Weber will nur die Frage erörtern, welche Forderungen in Bezug auf Freisein von Krankheitskeimen an die Kuhmilch zu stellen sind.

Auf zweierlei Weise können Krankheitskeime in die Milch gelangen, erstens solche von kranken Tieren selbst, zweitens Erreger von spezifisch menschlichen Krankheiten, die auf dem Wege vom Kuheuter bis zum Konsumenten auf irgendeine Weise in die Milch geraten.

Zur Verhütung des letzteren Vorganges (z. B. können Typhus, Diphtherie, Scharlach so übertragen werden) gibt es polizeiliche Vorschriften, die Ausschluß aller erkrankter oder mit Erkrankten in Berührung gekommener Personen vom Molkereibetrieb fordern.

Von Krankheiten der Milchtiere selbst spielt für die Uebertragung auf den Menschen eigentlich nur die Tuberkulose eine bedeutsame Rolle. Es ist kein Zweifel, daß die Tuberkulose des Rindes auf den Menschen übertragen werden kann. Dagegen kann nur die Abkochung der Milch schützen; die von Behring u. a. behauptete Schädlichkeit abgekochter Milch ist in keiner Weise erwiesen, wird vielmehr durch die tägliche Erfahrung widerlegt. Aber der Tuberkelbazillus findet sich auch in der Butter, und schon aus diesem Grunde ist zu fordern, daß die Milch, wenigstens die Kindermilch, von tuberkulosefreien Tieren stamme.

Für solche Anstalten, die „Kinder-, Säuglings- oder Vorzugsmilch“ liefern, verlangt Verf. eine fortlaufende Tuberkulinprüfung. Der Preis dieser Milch muß trotzdem so niedrig sein, daß sie auch wirklich der ganzen Bevölkerung zu gute kommen kann.

(Diese Forderung berührt den wunden Punkt der ganzen Kindermilchfrage. Es erscheint wenigstens für Berlin unmöglich, vom Privatunternehmer eine allen hygienischen Anforderungen entsprechende Milch zu billigem Preise zu erhalten. Hier könnte nur helfen, wenn die Gemeinde selbst die Produktion übernähme. Ref.)

2. In dem Berichte Tugendreichs sind zum ersten Male die Erfahrungen der Berliner städtischen Säuglingsfürsorgestellen nach zweijährigem Bestehen zusammengestellt. Es bestanden in den Berichtsjahren fünf Fürsorgestellen (jetzt sieben. Ref.). Die Institute gewähren in erster Linie bedürftigen stillenden Müttern Unterstützung in Geld oder Naturalien, zweitens aber auch bedürftigen Flaschenkindern gute Milch zu ermäßigtem oder erlassenem Preise.

Die Bedürftigkeit wird in jedem einzelnen Falle durch eigene Recherche festgestellt. Außer der Bedürftigkeit gilt als Aufnahmebedingung die Absicht der Mutter, ihr Kind in regelmäßigen Zwischenräumen dem Arzte vorzustellen. Ueber 12 000 Säuglinge, davon nahezu die Hälfte Brustkinder, wurden im Jahre insgesamt aufgenommen.

Für die Flaschenkinder waren im letzten Berichtsjahre über 310 000 l Vollmilch erforderlich.

Die Erfolge sind befriedigend. Die Propagierung des Stillens, die hygienische Belehrung und Unterweisung ist nicht ohne guten Einfluß geblieben.

Als wünschenswert hat sich eine straffere Zentralisierung aller gleichgerichteter Faktoren, insbesondere engere Fühlung mit der Armendirektion herausgestellt; für die unehelichen Kinder ist erhebliche Beschleunigung bei der Erstellung eines Vormunds und damit zusammenhängend bei der Entscheidung der Alimentierung dringend nötig. Schließlich sind die Fürsorgeärzte einig in dem Wunsche nach Angliederung kleiner Stationen, in die eiliger Aufnahme bedürftige Säuglinge untergebracht werden können.

3. Während Weber und Tugendreich den Einfluß der Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit sehr hoch bewerten, glaubt Hamburger vielmehr ein ausschlaggebendes Verhältnis zwischen Konzeptionsziffer und Kindersterblichkeit gefunden zu haben.

Verf. fragt: Ein wie großer Teil des Nachwuchses erreicht das erwerbsfähige Alter? und wieviele sind dies von der Gesamtsumme nicht nur der Geborenen, sondern der überhaupt Konzipierten? Zur Beantwortung dieser Frage stellte Verf. bei über 1000 Arbeiterehefrauen, deren Ehe länger als zehn Jahre bestand, die Zahl der lebenden und toten Kinder und der Fehlgeburten fest. Ueber 7000 Konzeptionen dienten seiner statistischen Untersuchung zur Grundlage.

Verf. findet nun, daß die Sterblichkeit bis zum 16. Lebensjahre nicht nur absolut, was ja selbstverständlich ist, sondern auch relativ mit der Zahl der Konzeptionen ansteigt. Während z. B. das einzige Kind in 75 % das 16. Lebensjahr vollendet, erreichten dies Ziel bei 10 Geschwistern nur 45 %.

Ganz logisch scheint — aber scheint auch nur — danach der Schluß des Verf., daß nur die Beschränkung der Konzeption die Säuglings- und Kindersterblichkeit wirksam bekämpfen könne.

Während die durchschnittliche Konzeptionsziffer sieben ist, genügte, um in Deutschland die Zahl der Ueberlebenden konstant zu halten, eine dreimalige Konzeption.

(Bei seinen Erhebungen hat Verf. die Frage des Stillens gar nicht berücksichtigt. Er glaubt mit einem Hinweis auf Boeckh den Einfluß des Stillens auf die Säuglings- und Kindersterblichkeit ablehnen zu können. Dieser Standpunkt widerspricht allen neueren Untersuchungen, und Ref. selbst hofft bald in der Lage zu sein, an seinem Material den entscheidenden Einfluß des Stillens auf die Kindersterblichkeit dartun zu können. Ref.)

Lichttherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, Oberarzt am Kgl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Röntgenbehandlung der Ischias.** Von Freund. Wiener klin. Wochenschr., 1907, Nr. 51.

2. **Das Problem der gleichmäßigen Röntgendurchstrahlung des Körpers zur Behandlung tiefliegender Prozesse.** Von Holzknecht. Wiener med. Wochenschr., 1907, Nr. 53.

3. **Die Dauerheilung der Schweißhände durch Röntgen.** Von Kromayer. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 50.

4. **Ultraviolette Strahlen.** Von Günther. „Die Umschau“, 1907, Nr. 53.

5. **Technik der Röntgenologie in der Praxis.** Von Levy-Dorn Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 1.

1. Freund hat bisher in vier Fällen von Ischias rheumatika mit Erfolg die Röntgentherapie angewandt, und zwar in Fällen, in welchen die sonst üblichen Behandlungsmethoden — wie gewöhnlich — versagt hatten. Es wurde mit ziemlich harten Röhren teils die Gegend der Synchondrosis sakroiliaka, teils die Gegend des Foramen ischiadikum majus bestrahlt. Die Fokus-Haut-Distanz betrug 23 cm, die Expositionsdauer sechs Minuten. Auffallend war die rasche Wirkung, die schon einen bis zwei Tage nach zwei bis drei offenbar ganz schwachen Bestrahlungen eintrat.

Die Resultate ermutigen jedenfalls zu weiteren Versuchen.

2. Holzknecht empfiehlt im wesentlichen vier schon bekannte Kunstgriffe zur Steigerung der Tiefenwirkung: 1. Große Fokushautdistanz, 2. Filtration des Lichtes, 3. Erzeugung besonders stark penetrierenden Lichtes, 4. Bestrahlung von vier Seiten her.

Er behauptet: „Homogene Durchstrahlung (gleiche Stärke der Lichtwirkung in der Tiefe wie an der Oberfläche) entsteht dann, wenn man einen 20 cm im Durchmesser haltenden Körper vom spezifischen Gewicht der Weichteile von vier Seiten her mit Röhrenstärke Walter 7 aus 2 m Entfernung durch Glasfilter (wie dick? Ref.) bestrahlt. Geht man noch weiter in einem oder allen Punkten, so erhält man im Zentrum des Körpers noch mehr als an der Oberfläche (Zentralbestrahlung).

Abgesehen davon, daß die Methode in praxi kaum durchführbar ist wegen der dann erforderlichen langen Expositionszeit, vergißt Holzknecht eins: die Radiosensibilität der Gewebe. Wir wissen, daß gewisse Organe (Hoden) und maligne Tumoren (Lymphome, Sarkome) besonders röntgenempfindlich sind; bei diesen genügt die bisher übliche Bestrahlung mit mittelharten bis harten Röhren, möglichst von verschiedener Seite her. Wo aber diese besondere Radiosensibilität fehlt, werden wir auch durch die stärksten Röntgenbestrahlungen nichts erreichen und höchstens Gefahr laufen, dabei gesunde innere Organe zu schädigen. Wissen wir doch, daß z. B. Kankroide der Haut, also der Strahlenwirkung gewiß leicht zugängliche Neubildungen, das eine Mal nach schwachen Bestrahlungen heilen, während sie das andere Mal auch bei kräftigster Bestrahlung nicht heilen, ja in manchen Fällen sich sogar verschlimmern.

3. Kromayer empfiehlt die Röntgentherapie bei Hyperhidrosis, und zwar um einen Dauererfolg zu erzielen, Bestrahlungen, die zu einer Dermatitis ersten Grades führen. Referent erreicht dasselbe mit kleineren Röntgenstrahlenmengen. Merkwürdig muß es jeden einigermaßen orientierten Röntgenologen anmuten, wenn

Kromayer die vom Referenten schon seit ca. drei Jahren geübte und u. a. schon im Juli 1905 publizierte Abschätzung der Oberflächenwirkung einer Röntgenröhre nach dem Produkt aus sekundärer Stromstärke und Spannung wie ein völliges Novum, als eine von ihm (Kromayer) angegebene physikalische Berechnung der Röntgenenergie bezeichnet.

4. Besprechung der physikalischen und chemischen Wirkung der ultravioletten Strahlen, der zu ihrer Erzeugung dienenden Lichtquellen, ihrer Verwendung zu Heilzwecken und zur Photographie. Gute Mikrophotogramme, sonst — nihil novi.

5. Ganz kurze Besprechung der üblichen Unterbrecher, Röntgenröhren, Blenden, Schutzmaßregeln und Verwendung der Strahlen zu diagnostischen Zwecken. Nichts neues.

Röntgentherapie.

Referenten: Dr. **Karl Försterling**, 1. Assistent bei Prof. Dr. Schlange, Hannover (Nr. 1 bis 4)
und
Spezialarzt Dr. **Paul Zander**, Berlin (Nr. 5 und 6).

1. **Behandlung der Nierentuberkulose mit Röntgenstrahlen.** Von Dr. Bircher. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 51.

2. **Bolus alba und Bismutum subnitrikum, eine für die röntgenologische Untersuchung des Magendarmkanals brauchbare Mischung.** Von Dr. Kaestle. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XI, S. 266.

3. **Ueber einen neuen Röntgentiefenmesser.** Von Dr. Robert Fürstenau. Ibidem, S. 281.

4. **Beitrag zur Röntgendiagnose des Sanduhrmagens.** Von Dr. Otto Jolasse. Ibidem, S. 312.

5. **Ein neuer grundlegender Fortschritt im Röntgen-Instrumentarium.** Von Otto. Ztschr. f. physik. u. diätet. Therapie, 1908, Januar.

6. **Orthodiagraphische Beobachtungen über Herzlagerung bei pathologischen Zuständen.** Von Dietlen. Munch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

1. Nach Erörterung der Prognose der Nierentuberkulose bei operativer und interner Therapie, wobei Verf. hervorhebt, daß ohne Operation eine Nierentuberkulose bei interner Medikation nur sehr selten zum Stillstand kommt, beschreibt er zwei Fälle dieser Erkrankung. — Im ersten, der beiderseitig war, wurde durch Röntgenbestrahlungen ein Verschwinden der Tuberkelbazillen und Gewichtszunahme erzielt. Nach ca. drei Jahren wurde die Therapie wegen im Urin wieder aufgetretener Tuberkelbazillen mit gleichem Erfolge wiederholt.

Im anderen Falle wurde bei einseitiger Nierentuberkulose die Nephrektomie abgelehnt und deshalb bestrahlt. Hier ist nach Bericht wohl eine an Heilung grenzende Besserung anzunehmen. Wie Verf. selbst angibt, sind diese Erfolge nicht beweisend; sie sind jedoch so beachtenswert, daß man bei jeder nicht operablen Nierentuberkulose stets eine Behandlung mit Röntgenstrahlen unternehmen sollte. Verf. bestrahlte vom Rücken her mit mittelharter Röhre. — Eine erhebliche Schädigung der Nieren ist hiervon kaum zu erwarten. Referent hat vor Jahren die freigelegte Kaninchenniere intensiv bestrahlt und niemals trotz häufiger Versuche eine nennenswerte Schädigung danach gesehen.

2. Wiederum eine Verbesserung in der Untersuchung des Trakt. intestinalis durch Röntgenstrahlen. Zur Entgiftung (? Ref.) resp. Suspension des Wismuts wird Bolus alba verwandt, und zwar im Verhältnis von 1 : 3 event. 1 : 5. Es sinkt dann das Wismut nicht so schnell zu Boden, gibt also mehr ein Schattenbild des ganzen Hohlorgans, nicht nur der unteren Grenze. — Bei den anderenorts (Rtgfortschr., Bd. XI, Heft 2, Hildebrandt) mitgeteilten Fällen von Wismutvergiftung ist diese Verbesserung, die auch die Menge des erforderlichen Wismuts herabsetzt, nicht unwichtig.

3. Vermittels einer Röntgenröhre mit zwei Antikathoden wird ein doppeltes Bild eines im Menschen befindlichen Fremdkörpers auf der Platte hervorgebracht. Aus der Entfernung der Schatten auf der Platte voneinander läßt sich die Entfernung des Fremdkörpers von der Platte berechnen, wenn man die Distanz der Antikathode von der Platte genau kennt; sie soll bei diesem Instrument stets 60 cm betragen. Hat man außerdem sich einen Fixpunkt durch Auflegen eines Bleistücks auf die Körperoberfläche gewählt und auf diesen den einen Zentralstrahl eingestellt, so kann man noch die seitliche Entfernung des Fremdkörpers von dem Fixpunkt bestimmen. Die ganze Berechnung geschieht durch den Tiefenmesser, ein tasterzirkelartiges Instrument mit zwei Skalen. — Es ist zweifellos ein brauchbares und relativ einfaches Instrument zur Lokalisation von Fremdkörpern. Fabrikanten sind Heinz Bauer & Co., Berlin W. 35.

4. J. beschreibt vier Fälle, die er genau röntgenologisch untersucht hat. Bei den drei ersten, die auch operiert sind, fand sich die Diagnose bestätigt. — Schon klinisch war der Verdacht auf Sanduhrmagen vorhanden; als typisch hebt er bei der Röntgenuntersuchung hervor, daß bei einer Wismutbreimahlzeit der Pylorus zuerst links vom Nabel zu liegen scheint. Bald zeigt sich jedoch ein feiner Schatten, der weiter nach unten, resp. rechts hinüberzieht und hier eine neue Ansammlung des schattengebenden Wismuts erkennen läßt. Gelegentlich dieser Untersuchungen fiel ihm auch eine abnorme Abweichung der Hg-Sondenspitze nach links auf (sie weicht normalerweise stets nach rechts ab), die seiner Ansicht nach meist bewirkt wird durch eine an der kleinen Kurvatur in der Nähe des Pylorus gelegene abnorme Resistenz (Ulkusnarbe oder Karzinom). — Als letzten führt er dann noch einen Fall an, bei dem die Wismutuntersuchung die beschriebenen Zeichen eines Sanduhrmagens zeigte, während die klinische Beobachtung durchaus normale Verhältnisse ergab. Die Röntgenuntersuchung konnte wegen Schwäche des Pat. nur einmal ausgeführt werden. Die bald folgende Sektion zeigte normalen Magen. Es muß sich demnach um abnorme spastische Zustände des Magens gehandelt haben. Verf. empfiehlt deshalb stets mehrmalige Röntgenuntersuchung bei Magenerkrankungen; außerdem muß der klinische Befund mit dem röntgenographischen übereinstimmen, falls man daraufhin operieren will.

5. Otto beschreibt einen neuen Unterbrecher, den die Sanitas-Gesellschaft baut, den Rotaxunterbrecher, der die Vorzüge des Wehnelt- sowie die des Quecksilber-Strahlunterbrechers haben soll, ohne ihre Nachteile zu besitzen.

6. Dietlen gibt in einer Reihe von Fällen den orthodiagraphischen Befund an, der sich zum Referat nicht eignet, aber bei dem interessanten Material zum Nachlesen im Original sehr zu empfehlen ist.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Sajodin.

Sammelreferat von Priv.-Doz. Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Lange Zeit beherrschte das Jodkalium die Therapie der tertiären Lues, der Arteriosklerose, des Asthmas und anderer Erkrankungen. So souverän dieses Arzneimittel in den meisten Fällen wirkt, so häufig sind die unerwünschten Nebenerscheinungen, so daß man oft genötigt ist, die Kur dieserhalb abzubrechen. Zwar glaubte man, im Jodnatrium einen Ersatz für das Kalisalz gefunden zu haben, allein die Jod-Nebenwirkungen blieben auch bei diesem Präparat nicht aus; denn die Heilwirkung ist eben durch Jodabspaltung im Organismus bedingt. In der Not griff man zu anderen Jodalkalien und -erdalkalien, besonders waren es Jodstrontium und Jodrubidium. Allein alle derartigen Jodsalze riefen Schnupfen, Akne, Verdauungsbeschwerden hervor, Symptome, die man kurz als Erscheinungen des „Jodismus“ bezeichnet. Gefährlich werden derartige Zufälle selten, da sie meist mit Aussetzen der Jodmedikation verschwinden, weil das Jod schnell aus dem Körper durch die Nieren entfernt wird. Ein anderer Uebelstand, der gerade hinreicht, dem Kranken nicht selten die

Sonderabdruck aus „Aerztliche Centralztg.", Wien, 1907. No. 33, 34, 35.

Die Influenza und ihre Bekämpfung

Von Dr. Leopold **Wiener**, em. Sekundärarzt
des Wiener k. k. Allgem. Krankenhauses.

Von allen uns bekannten Infektionskrankheiten schreitet keine in solcher Mächtigkeit über die Lande, in weiter Ausdehnung Mann, Weib, Kind und Greis unterschiedslos mit sich fortreißend, kein Alter, keine Rasse verschonend, in keiner Jahreszeit ruhend, wie die Influenza. Wenn sie auch erst im Jahre 1510 als Krankheitskomplex sicher festgestellt, in neuerer Zeit studiert wurde und im Jahre 1892 erst Pfeiffer der Nachweis eines spezifischen Infektionserregers in Gestalt feinster an den Enden abgerundeter Stäbchen gelungen ist, reicht doch die Geschichte der Erkrankung tief ins Altertum zurück, und Hippokrates beschreibt ebenso klar eine Grippenepidemie in der thessalischen Stadt Perinthos, wie Livius eine in Rom im Jahre 412 vor Christi Geburt. Seit altersher schreitet sie von Nordost gegen Südwest in großer „Gangbreite" vorwärts in den Bevölkerungszentren längere Zeit verbleibend und von hier aus sich radialwärts ausbreitend. In den letzten Dezennien beobachtet man ein stetiges Kürzerwerden der Epidemie-Intervalle und, wenn auch weitaus nicht alles Influenza ist, was für sie gehalten wird, so ist besonders in sporadischen Fällen die Grippe zweifellos in manchen Grosstädten ein ziemlich regelmäßiger Gast zumal in den „Uebergangsjahreszeiten" geworden.

Keine Infektionskrankheit setzt so plötzlich nach einem nur ein- bis zweitägigem oder oft ganz ohne Prodromalstadium mit hohem Fieber ein, keine Infektionserkrankung ist in ihrem Symptomenkomplex so vielgestaltig und keine so unberechenbar und oft bedrohlich in ihren Nachkrankheiten und Komplikationen wie die Influenza. Kaum ein lebenswichtiges Organ des menschlichen Körpers bleibt von ihr unberührt und durch das Prävalieren der einen oder der anderen Erscheinungsgruppe entstehen die oft anscheinend grundverschiedenen Erkrankungsformen auf gleicher Grundlage, welche der herrschenden Epidemie ihren Charakter, ihr Gepräge aufdrücken.

Das Fieber, das höchst selten fehlt und das Krankheitsbild beherrscht, erreicht nicht selten die Höhe von 40 und fällt nach vier bis höchstens sieben Tagen meist lytisch, seltener kritisch ab; oft aber sehen wir es schon nach ein bis zwei Tagen verschwinden, freilich, um zuweilen nach ein bis zwei Tagen wiederzukehren.

Die Gesamtdauer der Infektionskrankheit dürfte im Durchschnitt 1 bis $1^{1}/_{2}$ Wochen betragen. Unter lebhaften Kopf-, Kreuz- und disseminierten Muskelschmerzen, allgemeiner Prostration setzt sie plötzlich ein, um sehr bald auf den Respirationstrakt überzugreifen. Nach einer nicht selten von Konjunktivitis und Lichtscheu, Halslymphdrüsenschwellung und Stomatitis begleiteten vorbereitenden Coryza und einer Angina mit speckig grauem Beleg kann es zur Tracheitis, diffuser Bronchitis, bei Kindern sogar zu Bronchiolitis mit Dispnoe und suffukatorischen Zuständen kommen. Das Sputum ist zumeist anfangs zäh, glasig, später rein eitrig.

Nicht weniger ist der Zirkulationsapparat in Mitleidenschaft gezogen, und wiederholt ein Herabsinken des Pulses bis auf 40, Arythmie und Dikrotie desselben beobachtet worden. Diabetiker, Alkoholiker, Tuberkulöse, Fettleibige, Emphysematiker und mit Herzfehlern behaftete Individuen überraschen den Arzt unter Umständen bei Influenza mit bedrohlichen Herzschwächeerscheinungen und Präcordialangst.

Der Digestionstrakt reagiert mit Gastroenteritis, unter Umständen von kolikartigem, dissenterischem, typhösem Charakter auf die Schwere der Infektion.

Die Haut erleidet häufig die wunderlichsten Veränderungen. Neben Herpes labialis und facialis sah man Exantheme vom Aussehen des Zoster, der Varizellen, Morbillen, des Erysipels, der Phlegmone und der an Hautblutungen reichen Peliosis rheumatika.

Im Nervensystem machen sich zunächst neuritische und neuralgiforme Symptome mit oft sprunghaftem Charakter geltend, so Trigeminus-Neuralgien, Ischalgie, Mastodynie, Interkostalneuralgien etc. depressive und Angstzustände, Schlafsucht oder Schlaflosigkeit sind besonders bei neurasthenischen Kranken fast die Regel.

Im Blute bemerkt man oft Abnahme des Haemoglobingehaltes, seltener eine Vermehrung der Leukozyten.

Der Harn hat den Charakter eines ausgesprochenen Fieberharns, seltener findet sich darin Urobilin, vermehrter Indikangehalt, Blut, während die Diazo- und eine Eiweißreaktion fest stets negativ ausfällt.

Ebenso vielgestaltig wie das normale Krankheitsbild sind die Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza.

4. Gustav L., 38jähriger Kaufmann, hat im Anschluß an eine vor 8 Tagen überstandene Influenza unter lebhaften, sprunghaft auftretenden, im rechten Knie jedoch stationär bleibenden rheumatischen Schmerzen zu leiden und ist deshalb seit 2 Tagen bettlägerig. Acetylsalicylsäure und Natrium salicylicum sowie hydropathische Maßnahmen bleiben ohne Erfolg. Ich gab Pyrenol anfangs 4 mal 1 g, nach 2 Tagen 3 mal 1 g im Tage in Pulver, nach 6 Tagen hatte Patient seine Schmerzen verloren und konnte wieder seinem Berufe nachgehen. Das Herz war während seiner Erkrankung vollständig frei. Seit nunmehr $3^{1}/_{2}$ Monaten kein Rückfall.

5. Zu einem 16jährigen Gymnasiasten Hans K., gerufen, konstatierte ich ein erythemartiges Exanthem, das sich vorwiegend über den Stamm ausbreitete. Patient, der seit 5 Tagen an angeblichen Folgen von Verkühlung unter Schnupfen, unter Eingenommensein des Kopfes leidet, bemerkte den Ausschlag auf der Brust erst gestern. Derselbe juckt sehr stark, so daß Patient angeblich deswegen nicht schlafen konnte. Seit heute Morgens klagt er über Schmerzen im rechten Gesäß, die nach dem Hüftbein und Oberschenkel hin ausstrahlen. Temperatur 38.1. Der Ischiadicus war fast in seinem ganzen Verlaufe äußerst druckschmerzhaft, die Lungen frei, über dem Herzen nur ein fauchendes, systolisches, anämisches Geräusch. Das Exanthem erwies sich als Influenzakomplikation ähnlich wie die ziemlich plötzlich aufgetretene Ischias. Pyrenol (6 Tabletten im Tag) befreiten fast momentan den Patienten von seinen Schmerzen, doch stellten sich diese wieder ein, als er am dritten Tage vormittags das Mittel zu nehmen vergaß. Am vierten Tage war das Exanthem, das ich nur mit Betupfen von $1^{0}/_{0}$igen Salizylspiritus und Reismehl behandelte, ganz abgeblaßt. Gegen die noch bestehende Ischialgie war ich genötigt, noch durch 8 Tage 4 malig Pyrenol in Pulver zu geben, worauf dieselbe vollständig geheilt war und seit nunmehr 2 Monaten nicht mehr rezidivierte.

6. Ella Z., 9jähriges Schulmädchen erkrankte unter den typischen Zeichen einer Influenza, die auf 2 tägige Pyrenolbehandlung zurückgingen. Trotzdem hielt die Verstimmung und Apathie der Patientin bei einer Temperatur von 36.9 an. Tags darauf erhob sich die letztere fast stündlich zunehmend bis auf 38.8 um 6 Uhr abends. Patientin klagte über Ohrenstechen rechterseits und Schläfekopfschmerzen, die in den Hinterkopf ausstrahlten. Ohrenspiegelbefund ergab leichte Rötung und Vorwölbung des Trommelfells und verwaschenen Reflex. Ich setzte neuerdings mit Pyrenolbehandlung ein und 3 Tage später war auch die Influenza-Otitis ebenso wie ein noch 2 Tage früher über dem Unterlappen hörbares Schnurren vollständig verschwunden. Das Kind verließ das Bett und konnte 3 Tage später die Schule wieder besuchen.

7. Emmerich B., 28jähriger Handlanger, mußte wegen plötzlichen Schüttelfrostes und unerträglicher Rückenschmerzen die Arbeit auf dem Baue abbrechen und sich zu Bette legen. Tags darauf stellte ich eine Temperatur von 40° und die typischen Symptome einer Influenza fest bei der diejenigen des Respirationstraktes weitaus praevalierten. Patient war vorher nie lungenkrank, litt aber seit 5 Jahren an einem chronischen Bronchialkatarrh und war ein starker Raucher und Trinker. Die Lungenränder waren nur um ein Geringes verschieblich, die Lungenspitzen frei. Die Stimme klang rauh, heiser und wurde am zweiten Tage fast aphonisch. Das Pyrenol regte in diesem Falle die Expektoration wohltuend an und bei gleichzeitiger Deferveszenz war am fünften Tage nur über den untersten Lungenpartien links stärker als rechts noch Schnurren zu hören und der bisher sehr reichliche Auswurf nur morgens in geringen Mengen vorhanden. Am sechsten Tage stieg die schon $2^{1}/_{2}$ Tage normale Temperatur morgens 8 Uhr auf 37.9, mittags 12 Uhr 38.6, abends 6 Uhr 39.2, nachts 2 Uhr 39.5. Ueber einer bestimmten Stelle des linken Unterlappens hörte man Bronchialatmen und leises subcrepitierendes Rasseln. Das Atmen auf dieser Seite war gegenüber der anderen abgeschwächt. Ich gab in der Erkenntnis, daß sich hier eine lobuläre Influenzapneumonie entwickle, sofort Pyrenol 3 stündlich eine Tablette. Tags darauf 8 Uhr früh Temperatur 39.4, 12 Uhr 39.6, 6 Uhr 39.8. Der pneumonische Herd hat sich soweit vergrößert, daß sich über demselben perkutorische Dämpfung nachweisen läßt; gleichzeitig findet sich noch über anderen Stellen des linken Unterlappens Bronchialatmen und Knisterrasseln. In den folgenden 3 Tagen bewegte sich die Temperatur nur mehr zwischen 38.5 und 39. Die Dämpfung wurde intensiver, Patient klagte über Stechen in der linken Seite. Die Dämpfung war scharflinig nach oben abgegrenzt; die Grenze verrückte sich beim Aufsetzen und Niederlegen des Patienten (Pleuritis exsudativa bis zum fünften Brustwirbeldorn). Am folgenden Tage sank die Temperatur auf 37.8 und bewegte sich 3 Tage um 37.5. Gleichzeitig besserten sich die subjektiven Beschwerden des Patienten und die Dämpfung ging stetig zurück. Nach weiteren 5 Tagen war Patient beschwerdefrei und mit der Pyrenolbehandlung konnte ausgesetzt werden. Nach weiteren 14 Tagen, die der Patient auf dem Lande verbrachte, ging er seiner schweren Arbeit wieder nach.

Die Krankengeschichten von Fall 2, 5 und 7
sind besonders beachtenswert!

Jodkaliumtherapie unerträglich zu machen, ist der abscheuliche Geschmack des Präparates.

Man suchte nun seine Zuflucht in der organischen Chemie und glaubte, ein ideales Jodpräparat im Jodipin gefunden zu haben, das Winternitz vor etwa zehn Jahren in den Heilmittelschatz einführte; dieser Körper stellt das Additionsprodukt des Jods an Sesamöl dar. Obwohl dieses Mittel besonders unter den Syphilidologen manchen Lobredner gefunden hat, so haftet ihm das Unangenehme an, daß es ebenfalls von schlechtem Geschmack ist, will man es nicht subkutan injizieren; es sind nach seiner Aufnahme Uebelkeit, Erbrechen und auch Diarrhöen beobachtet worden. Jodismus soll bei der subkutanen Applikation selten sein.

Gleichzeitig mit dem Jodipin traten andere Präparate an Stelle des Kalium jodatum; so die Jodeiweißverbindungen Jodalbazid und Jodeigon, jedoch ohne sich so recht in den Arzneischatz dauernd einbürgern zu können. Etwas mehr scheint das neuerdings empfohlene Jodthion zu versprechen, obwohl dieser Stoff nur äußerlich angewandt werden soll.

Es war als ein besonders glücklicher Griff in der Darstellung neuerer Arzneimittel zu bezeichnen, als Emil Fischer und (der jüngst verstorbene Kliniker) von Mering in dem Sajodin ein Jodpräparat fanden, das allen Anforderungen der Therapie entspricht. Die genannten Forscher gingen bei der Darstellung des Sajodins von der Tatsache aus, daß die hochmolekularen Monojodfettsäuren mit Erdalkalien in Wasser unlösliche Salze bilden. Am leichtesten zu bereiten ist das Kalziumsalz der Monojodbehensäure, die man aus der Erukasäure des Rüböls durch Anlagerung von Jodwasserstoff erhält. Die Zusammensetzung ergibt sich aus der Formel: $(C_{22}H_{42}O_2J)_2Ca$. Diese Verbindung, die einen chemisch einheitlichen Stoff mit 4,1 % Ca und ca. 26 % J darstellt, bildet ein farbloses, völlig geruch- und geschmackloses Pulver. Vor Licht geschützt, zersetzt es sich nicht, andernfalls wird es oberflächlich gelb, ohne jedoch eine tiefergehende Zersetzung zu erfahren. In Wasser ist es absolut unlöslich.

Bei starkem Erhitzen entwickeln sich die violetten Joddämpfe. Der Körper erhielt den Handelsnamen Sajodin, was auf seine Konstitution hinweist: sapo, weil das Präparat in der Zusammensetzung Aehnlichkeit mit der Seife hat.

Tierversuche hatten ergeben, daß Sajodin an Hunde in relativ großen Gaben längere Zeit verfüttert werden kann, ohne das Allgemeinbefinden derselben zu beeinträchtigen. Diese günstigen Erfolge ermunterten dazu, das Präparat auch am Menschen zu erproben.

Zunächst wurde Sajodin in größerem Maßstabe von Roscher in der Berliner Universitäts-Hautklinik in vierzig Fällen (39mal bei Lues, 1 Arteriosklerose) mit sehr gutem Erfolg angewandt. Es wurde meist gegen die tertiären und malignen Formen der Syphilis, sowie gegen die Kopfschmerzen und Pleurodynie etc. im Sekundärstadium gereicht. Nur in zwei Fällen hat es sich nicht bewährt, der eine davon reagierte auf Jodkali auch erst nach längerem Gebrauche. Sonst wurde das Mittel sogar bei bestehender Idiosynkrasie gegen Jod gut vertragen. Nebenerscheinungen (leichte Akne, Jodgeschmack mehrere Stunden nach der Einnahme, Schnupfen) traten nur in sehr wenigen Fällen ein und nur in geringem Maße. Die Heilerfolge waren den mit Jodkali erfahrungsgemäß erzielten nicht nachstehend. Das Mittel wurde seiner Geschmacklosigkeit halber gern von den Kranken genommen; im allgemeinen wurden Tagesdosen von 2 bis 3 g (zwei- bis dreimal täglich 1 g) gereicht, gelegentlich auch bis zu 6 g pro die.

Auffallend ist die Erscheinung, daß man etwa dieselbe Menge Sajodin wie auch Jodkali gebraucht, um den gleichen therapeutischen Effekt zu erzielen, obwohl ersteres dreimal weniger Jod enthält.

Ebenfalls gegen Lues wandte Th. Mayer das Sajodin an. Er gab das Mittel anfangs in der Tagesdosis von 2 g und stieg, je nach der Schwere des Falles, bis zu 6 g.

Nach Ansicht dieses Autors wirkt das Sajodin auf die tertiären Formen der Lues so eindeutig und sicher, daß kein Zweifel mehr bestehen kann. Einige in aller Kürze angeführte Krankengeschichten illustrieren dies auf das deutlichste, und Verfasser gelangt zu dem Schlusse, daß es gelungen sei, im Sajodin für den ärztlichen Gebrauch ein ungiftiges, bekömmliches, leicht zu nehmendes, portatives und vor allem ein uneinwendbar wirksames Jodpräparat gefunden zu haben.

Eschbaum prüfte in der Bonner medizinischen Klinik das Sajodin mit dem Erfolge, daß in den meisten Fällen stets die erwünschte Wirkung eintrat. Resorptionsprüfungen ergaben, daß Jod meist nach acht Stunden im Harn und Speichel nachzuweisen war. Doch verhehlt Eschbaum auch einen Fall nicht, in welchem längere Anwendung (drei Wochen) von Sajodin anfangs kleine erythematöse Jodausschläge auftraten, am 20. Tage aber 39 ° Fieber, Kopfschmerzen (ohne Schnupfen) und eine Reihe großer Infiltrate sich zeigten. Das Mittel, von welchem anfangs 0,5 g zweimal täglich, später zwei- bis dreimal 1 g gereicht worden war, wurde ausgesetzt; die Allgemeinerscheinungen schwanden bald, doch blieb ein Infiltrat in der Glutäalgegend zurück, welches nach drei Tagen unter Entleerung von blutigem Eiter aufbrach und erst zwanzig Tage nach Aussetzen des Sajodins heilte. (Pat. reagierte auf K J in ähnlicher Weise.)

In einem anderen Falle brachte 0,5 g einmal täglich einen, wenn auch wenig unangenehmen Geschmack hervor; er betraf eine Patientin, die aus diesem Grunde das Jodkalium hatte aussetzen müssen.

Beide Fälle mahnen also zur Vorsicht, das Sajodin bei Personen, die eine Idiosynkrasie dagegen haben, längere Zeit anzuwenden.

Daß auch anderweitig Nebenwirkungen beobachtet wurden, bezeugt eine Veröffentlichung von Koch, welcher das Mittel bei Arteriosklerose, Bronchialasthma und tertiärer Lues zwar wirksam fand, aber Erytheme und Akne in den Kauf nehmen mußte. Andererseits konnte auch beobachtet werden, daß Sajodin vorzüglich (zu 3 g pro die) vertragen wurde, während 2 g Jodkali die Symptome des Jodismus hervorrief. Verf. hält das Sajodin, als wasserunlösliches und geschmackloses Pulver in Oblaten oder Tabletten verordnet, für eine angenehmere Medikationsform als Jodkali, da es die Magenschleimhaut nicht angreift. Das letztere durch Sajodin zu ersetzen, sei wegen seines ungleich höheren Preises nicht angängig.

Auch aus den Beobachtungen Lublinskis, der Sajodin bei verschiedenen inneren Erkrankungen reichte, ergibt sich, daß das Sajodin den übrigen Jodpräparaten trotz des geringen Jodgehalts an Wirksamkeit gleichkommt, dabei gut vertragen wird, den Magen nicht schädigt und von üblen Nebeneigenschaften eigentlich frei ist.

Hager betrachtet das Sajodin ebenfalls als einen maßgebenden Fortschritt der Jodtherapie. Leichter Jodismus (Hautausschläge) sei zwar selbst von den gewöhnlichen Tagesdosen zu erwarten, stehe aber an Häufigkeit hinter dem durch Jodalkalien bedingten zurück. In einem Falle beobachtete H. jedoch Furunkulose, die sogar zur Aussetzung der Sajodin-Therapie zwang. Nach 1 g Sajodin war schon nach $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Stunden Jod im Harn zu finden; es verschwand gewöhnlich nach 30 bis 48 Stunden. Die Viskosität des Blutes scheint von Sajodin nicht beeinflußt zu werden.

Cramer hat das Mittel ebenfalls in einigen Fällen erprobt und hebt besonders die fehlenden Erscheinungen des Jodismus hervor.

Junker hat in der Heidelberger medizinischen Poliklinik das Sajodin an einigen 50 Kranken versucht, die an verschiedenen Erkrankungen litten, die sonst mit Jodkali behandelt zu werden pflegen. Der Erfolg war gut, d. h. es leistete dasselbe wie die Jodalkalien, ohne jedoch ernstere Vergiftungserscheinungen hervorzurufen. Einzelne Fälle von Jodismus kamen zwar hier und da zur Beobachtung, jedoch nicht im entferntesten in den Graden wie beim Jodkali. Patienten mit Idiosynkrasie gegen das letztere vertrugen Sajodin, in großen Dosen und längere Zeit gereicht, recht gut. In einem Falle schien es sogar den Jodipin-Injektionen weit überlegen. Die Dosierung war meist 1,5 bis 3 g, manchmal 5 g täglich.

Ueber den Wert des Sajodins in der Syphilistherapie äußert sich Guszmann (Budapest) sehr lobend. Er hält das

Präparat für ein solches, welches allen Erwartungen im allgemeinen entspricht, die wir von einem Ersatz der Jodalkalien verlangen können. Völlig einwandsfrei sei es nicht, da es mitunter geringe Erscheinungen von Jodismus verursacht. Besonders sei die Art der Darreichung eine außerordentlich angenehme.

Ueber die therapeutische Anwendung des Sajodins und seine Ausscheidungsverhältnisse berichten Géronne und Marcuse. In einigen fünfzig Fällen verschiedener innerer Erkrankungen trat niemals Jodismus ein. Dabei wurde sogar oft bis zu 6 g täglich gegeben. Im Harn und Speichel ließ sich Jod meist 5 bis 6 Stunden nach der Einnahme nachweisen; bei schweren Nephritiden dauerte es etwas länger (12 bis 14 Stunden). Nach Aussetzen des Sajodins war nach zwei bis drei Tagen Jod in den Ausscheidungen nachzuweisen. Kontrollversuche mit Jodkali zeigten, daß dieses schon nach einer halben Stunde im Harn erscheint und nach $1^1/_2$ bis 2 Tagen wieder ganz verschwunden ist. Verf. sieht in der langsameren Ausscheidung einen Vorteil des Sajodins.

Speziell mit der Behandlung des Asthma bronchiale durch Jodpräparate beschäftigt sich eine Arbeit von Tauszk. Auch er hebt die völlige Unschädlichkeit des Sajodins hervor, nur bei zwei Kranken zeigte sich geringer Jodschnupfen. „Die Wirkung der Jodpräparate auf Asthma, sagt T., ist zwar keine absolut sichere; doch kann sie erfolgreich gestaltet werden, wenn größere Mengen Jod längere Zeit gereicht werden. Diesen Forderungen entspricht das Sajodin vollständig. Die günstige Wirkung des Sajodins ist durch die glückliche Gestaltung der Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse begründet und dadurch steht es derzeit über den anderen Jodpräparaten."

Vergleichende Untersuchungen über die Jodausscheidung bei Jodkali und Sajodin stellten Abderhalden und Kautzsch an. Sie fanden, daß das Mittel erst jenseits des Darms zerlegt und Jod abgespalten wird. Es zeigte sich, daß Sajodin stets vollständig resorbiert worden war: in den Faeces war keine Spur Jod nachweisbar. Die Jodausscheidung erfolgt bei dem Sajodin hauptsächlich durch den Harn, jedoch langsamer als beim Jodkali. Offenbar wird beim Eingeben von Sajodin per os ein großer Teil zunächst abgelagert und dann ganz allmählich verbrannt. Hunde, die 2 g KJ erhielten, hatten im Harn nach zwei bis drei Tagen 1,48 g ausgeschieden; nach 5,8 g Sajodin (an J.-Gehalt 2 g KJ entsprechend) waren nach sechs Tagen nur 2,8 g Sajodin nachweisbar. Künstliche Verdauungsversuche ergaben, daß Sajodin weder mit Steapsin-Lösung, noch mit Magensaft oder Pankreassaft, noch mit einem Gemisch von Magen-, Pankreas- und Darmsaft innerhalb etwa drei Wochen Jod abzuspalten vermochte.

Auch die allerneueste Veröffentlichung über Sajodin von Hartmann weiß von der Sicherheit der Wirkung und dem gefahrlosen Gebrauch des Mittels zu melden. Er bestätigt die Angabe Boecks, daß bei Personen, die gegen Jodkali intolerant sind, vorherige Darreichung von Sajodin nach einiger Zeit eine Toleranz selbst gegenüber größeren Dosen von Jodkali schafft. Um eine möglichst vollkommene Ausnutzung zu erzielen, soll das Sajodin etwa eine Stunde nach den Mahlzeiten genommen werden. In renitenten Fällen kann täglich bis zu 6 g gegeben werden, doch reichen meist 1 bis 3 g aus. Man verordnet es in Tabletten, die in Röhrchen à 20 Stück käuflich sind; jede Tablette enthält 0,5 g Sajodin. (Röhrchen 2 M.) Das Mittel wird von den Elberfelder- und Höchster-Farbwerken in den Handel gebracht.

Literatur:

1. Fischer und v. Mering: Medizin. Klinik, 1906, Nr. 7.
2. Roscher: Medizin. Klinik, 1906, Nr. 7.
3. Th. Mayer: Dermatolog. Zeitschr., Bd. 13, März 1906
4. Eschbaum: Medizin. Klinik, 1906, Nr. 18.
5. Koch: Therapie d. Gegenwart, 1906, Nr. 6.
6. Lublinski: Therapeut Monatshefte, 1906, Nr. 6.
7. Hager: Die Heilkunde, 1906, Nr. 8.
8. Cramer: Zeitschr. f. Krankenpflege, 1906, Bd. 28.
9. Junker: München. medizin. Wochenschr., 1906, Nr. 35.
10. Boeck: Pharmacia, 1906, Nr. 11.
11. Guszman: Die Heilkunde, 1906, Nr. 12.
12. Géronne und Marcuse: Therapie d. Gegenwart, 1906, Nr. 12.
13. Tauszk: Wiener medizin. Presse, 1907, Nr. 6.
14. Abderhalden und Kautzsch: Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Therap. 1907, Bd. 4, S. 616.
15. Hartmann: Therapeut. Monatshefte, 1908, S. 34.

Neuere Arzneimittel.

Pyocyanase. Fabrikant: Chemisches Laboratorium Lingner, bakteriologische Abteilung, in Dresden.) Emmerich und Löw zeigten, daß in den meisten Flüssigkeitskulturen von Bakterien allmählich eine Entwickelungshemmung zustande kommt, die auf Entstehung enzymartiger Stoffe in den Bakterien selbst beruht. Durch diese Stoffe werden die Bakterien schließlich aufgelöst. Einige solche Enzyme lösen nicht nur die eigenen Bakterien auf, sondern auch gewisse andere. Der Bazillus pyozyaneus z. B. bildet ein Enzym oder richtiger ein Enzymogen, das erst außerhalb des Bakterienleibes, vielleicht unter dem Einflusse der Luft, zum Enzym wird, das Diphtheriebazillen, Staphylokokken, Streptokokken und mehrere andere Bakterien in vitro teils im Wachstum hemmen, teils sogar aufzulösen vermag. Aber auch im Tierkörper wirkt dieses Enzym, das den Namen Pyocyanase erhalten hat, teilweise in gleichem Sinne und ist deshalb mit Erfolg therapeutisch verwandt worden.

Theodor Escherich hat das Präparat in der Universitäts-Kinderklinik in Wien bei Gelegenheit einer Grippeepidemie auf der Säuglingsabteilung mit sehr gutem Erfolge angewandt. Die bakteriologische Untersuchung des Nasensekretes ergab bei den erkrankten Kindern den Pfeifferschen Mikrokokkus katarrhalis. Nachdem die Einträufelung von je fünf Tropfen Pyocyanase in jedes Nasenloch vorgenommen worden war, hörten die vorher häufigen Rezidive auf, die weiteren Erkrankungen sistierten und in dem Nasensekret waren Kokken nicht mehr nachweisbar. Escherich und Jehle fanden dann auch, daß der Meningokokkus ebenso wirksam durch Pyocyanase beeinflußt wird. Es gelang ihnen zwar nicht, durch intradurale Injektion der Pyocyanase in jedem Falle Besserung zu erzielen, und der tödliche Ausgang ließ sich nicht immer dadurch verhindern, so daß ihre Resultate in dieser Beziehung nicht gerade ermutigend sind, aber für die Prophylaxe der Meningitis cerebrospinalis bewährte sich nach ihnen die Pyocyanase glänzend. Da die Kokken im hinteren Nasenrachenraume wuchern, so leistet hier die Desinfektion mit Pyocyanase Bedeutendes. Es müssen an infizierten Orten besonders auch die Erwachsenen, die meist nicht selbst erkranken, behandelt werden, weil durch sie die Infektionserreger auf die Kinder übertragen werden. Schädliche Nebenwirkungen wurden bei der Anwendung von 0,5 bis 3 ccm nicht beobachtet. (Näheres s. Wiener Kl. Wochenschrift 1906, Nr. 25, und 1907, Nr. 1; Münch. med. W. 1906, Nr. 29 und 52.)

Ueber teilweise sehr günstige Erfolge der Pyocyanaseanwendung bei Diphtherie berichtet Dr. Karl Zucker aus der K. K. Universitätskinderklinik in Graz im Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 44, Heft 1/3. Er kommt zu folgender Schlußäußerung:

„I. Die Pyocyanase beeinflußt in manchen Fällen von Rachendiphtherie den lokalen Prozeß und indirekt den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinne.

II. Von der spezifischen Behandlung mit Heilserum ist bei Anwendung der Pyocyanase in keinem Falle abzusehen.

III. Als Adjuvans erscheint die Pyocyanase namentlich in jenen Fällen von Rachendiphtherie angezeigt, in welchen die Rückbildung der Membranen schleppend vor sich geht, und in solchen, wo von Anfang an sogen. „septische" Zustände vorliegen.

IV. Einige Vorsicht bei der Pyocyanasebehandlung ist notwendig bei Kindern, die den Ueberschuß der versprayten Lösung nicht auszuspucken erlernen.

Was die Technik der Behandlung mit Pyocyanase betrifft, so wurde uns zwei- bis dreimalige tägliche Besprayung des Rachens mit der Lösung empfohlen. Es dienten uns hierzu recht handliche kleine Glasapparate, welche von dem Laboratorium Lingner geliefert wurden und die nach dem Prinzipe eines älteren Modells von Escherich zur lokalen Rachenbehandlung konstruiert sind."

P. Höckendorf, Groß-Lichterfelde.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Albukola.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 101. (Vergl. auch diese Zeitschr., 1908, Nr. 3.)

2. **Dr. Pfeffermanns Kohlensäure-Umschlag (Tibin-Kataplasma).** Von Dr. Zernik. Ibidem.

3. **Berichtigung über Pyrenol.** Von Dr. Horowitz. Ibidem, Nr. 103.

4. **Paralysol.** Von Dr. Zernik. Ibidem.

5. **Dr. Erhards Visnervin.** Von Dr. Zernik. Ibidem.

6. **Neue Versuche mit Purgen.** Von Dr. L. Busscher. Wiener klin. Rundschau, 1907, Nr. 50.

7. **Der therapeutische Wert des Histosans.** Von Dr. V. Klimek, Bad Darkau. Die Heilkunde, 1907, H. 12.

8. **Weitere klinische Untersuchungen über Theolaktin.** Von Dr. W. Krüger, Magdeburg. Zentralblatt für innere Medizin, 1908, Nr. 1. (Selbstbericht.)

9. Autoreferat: **Styptol bei Uterusblutungen.** Von Cuthbert Lockyer, M. D. — F. R. C. S. — M. R. C. P. am Samaritan Free-Hospital for Women etc., London. Zentralblatt f. d. ges. Therapie, Dez. 1907, Heft 12.

1. Unter dem Namen „Albukola" empfiehlt Rita Nelson-Berlin W. 8 ein garantiert harmloses, speziell für Frauen bestimmtes Nährpräparat. Von dem pulverförmigen Mittel soll zweimal täglich ein halber Teelöffel voll genommen werden. Preis 2,50 M. pro Schachtel, welche 140 g enthält. Das Pulver hatte eine grau-bräunliche Farbe, war teilweise zusammengebacken, schlecht gemischt und enthielt weiße Partikelchen, die mit bloßem Auge zu unterscheiden waren und sich als Kalziumphosphat erwiesen. Der Geschmack des Pulvers war süßlich-fade.

Außer Kalziumphosphat fanden sich noch Ferrum karbonicum saccharat., Stärke vom Charakter des Arrow-Root, z. T. wasserlösliches Eiweiß und Lezithin. Der Gehalt an letzterem betrug ca. 8%.

2. Ueber Dr. Pfeffermanns Kohlensäure-Umschlag, dargestellt von Dr. Pfeffermann, Fabrik chemischer und pharmazeutischer Präparate, Berlin O. 27, der als Spezifikum gegen nervöse Kopfschmerzen und Migräne, ferner bei den verschiedensten Neuralgien und Neurosen empfohlen wird, berichtet Dr. Zernik folgendes Untersuchungsergebnis:

In einem Pappkarton waren verpackt a) eine Tube, enthaltend ca. 20 g einer weichen, weißen Paste, b) 6 je 8 cm im Quadrat messende, steif imprägnierte Stücke weißes Lint, das eigentliche Kataplasma, c) ein Stück Billroth-Battist, 10,6 cm im Quadrat messend. Preis 2 M. Laut Gebrauchsanweisung soll das Kataplasma zunächst auf den Billroth-Battist gelegt und dort mit zwei Teelöffeln warmen Wassers angefeuchtet werden. Sodann ist die schmerzende Stelle messerrückendick mit der Paste zu bestreichen und das Kataplasma so darauf zu legen, daß der Battist zu oberst liegt. Das Kataplasma soll nach je einer Minute ein wenig hin- und hergeschoben werden, „wodurch die Kohlensäurewirkung verstärkt wird".

Wie die von Dr. Zernik und O. Kuhn vorgenommene Untersuchung ergeben hat, bestand das Kataplasma selbst aus mit Weinsäurelösung imprägniertem Lint, während die Paste aus etwa 30 Teilen kohlensaurem Natrium, 15 Teilen kohlensaurer Magnesia, 10 Teilen Natronseife, 5 Teilen Menthol und 40 Teilen Wasser bestand.

Die Wirkung des Kohlensäure-Umschlages beruht nicht allein auf der naszierenden Kohlensäure, sondern dürfte zum größten Teile auch durch die hautreizenden Eigenschaften des Menthol bezw. der Seife bedingt sein.

3. In Nr. 103 der Apotheker-Ztg. lesen wir eine Berichtigung über Pyrenol, die zu referieren uns wichtig erscheint. In Nr. 100 der Apotheker-Ztg. hatte Dr. Zernik die Untersuchungsresultate des Pyrenol mitgeteilt. Dr. Horowitz, in dessen Laboratorium das Mittel hergestellt wird, bemängelt zunächst bei den gefundenen Werten die ungenaue Angabe des freien Thymols und weist dann darauf hin, daß das Pyrenol kein mechanisches Gemenge, sondern ein nach einem durchaus originellen Verfahren dargestelltes einheitliches Präparat ist, welches die Benzoesäure z. T. als Siambenzoesäure enthält, worauf die expektorierende Wirkung des Präparates zurückzuführen ist, und worin Dr. Horowitz den therapeutischen Wert desselben erblickt.

4. Von der Lysolfabrik Schülke & Mayr-Hamburg wurde in diesem Jahre ein festes Kresolseifenpräparat in Tablettenform unter dem Namen Paralysol in den Handel gebracht. Die 1 g schweren Tabletten sollen zur ex-tempore-Bereitung von Kresolseifenlösung dienen, und von der Firma wird vor dem Lysol der angenehme Geruch und die noch stärkere desinfektorische Wirkung des Paralysols gerühmt. Die Tabletten sind zu je 15 Stück in braune Glasröhren verpackt und besitzen ziemlich weiche Konsistenz; die einzelne Tablette wiegt durchschnittlich 1,05 g. Ihr Geruch ist der durchdringend fäkalartige des p-Kresols, besonders in der Verdünnung, den das Parfümierungsmittel (anscheinend Kumarin) nur unvollkommen zu verdecken vermag. Die Tabletten lösen sich in Wasser nur teilweise unter Hinterlassung eines Rückstandes, der aus Talkum und Bolus bestand; seine Menge betrug 10%. In der filtrierten Flüssigkeit waren Kresole neben Kalium, Natrium und Fettsäuren nachweisbar, und zwar fanden sich 75% einer Mischung von etwa gleichen Teilen m- und p-Kresol in Form ihrer festen Natrium- und Kaliumverbindung und 15% Natronseife.

5. Seit dem Sommer des verflossenen Jahres wird von der Firma Dr. Artur Erhard, G. m. b. H., Berlin, Reklame für ein neues Nerventonikum „Visnervin" gemacht. Interessenten erhalten eine Broschüre mit dem Titel: „So bekämpft man Nervosität, Neurasthenie, Nervenschwäche mit Erfolg", der Dankschreiben und Gutachten beiliegen. Der Darsteller betont in einem Begleitschreiben, daß „Visnervin wesentlich billiger und wirksamer ist als alle sonst empfohlenen Mittel" und verpflichtet sich außerdem durch einen Garantieschein, „20 M. für jeden erfolglosen Fall" zu zahlen. Unter Warnung vor anderen „gefährlichen Geheimmitteln" wird Visnervin als einzig wirksames Präparat empfohlen, „kein Nervenheilmittel, sondern ein Nervennährmittel". Das Präparat soll die Bestandteile enthalten, „aus denen sich Gehirn und Rückenmark zusammensetzen, in reinster, im Körper sofort assimilierbarer Form".

Eine Originaldose kostet 2 M., drei Dosen 5,75 M.; für eine Kur sind „in normalen Fällen" ca. sechs Dosen erforderlich, bei deren Abnahme noch eine siebente gratis zugefügt wird.

Die gemeinsam mit O. Kuhn vorgenommene Untersuchung Dr. Zerniks ergab, daß die 30 linsenförmigen, mit Schokolade überzogenen und charakteristisch nach Vanille riechenden Pastillen einer Schachtel von gelblich-weißer Grundfarbe und mit weißen Partikeln durchsetzt waren, die sich als Rohrzucker herausstellten. Außerdem waren Getreidemehlbestandteile mikroskopisch nachweisbar, die wahrscheinlich als Weizenmehl anzusprechen waren; die Biuretreaktion läßt ferner auf Anwesenheit von Eiweiß neben dem Mehl schließen, dessen Vorhandensein auch chemisch nachgewiesen werden konnte.

Unabhängig von diesen Befunden wurden auf Veranlassung des Ortsgesundheitsrates Karlsruhe Analysen des Visnervin vorgenommen, die die gleichen Resultate ergaben. Daraufhin wurde vom Ortsgesundheitsrat eine Warnung erlassen, in der das Visnervin als „absolut unwirksam" gebrandmarkt wurde.

6. Die ungarische Regierung bediente sich früher des Phenolphthaleins, um Kunstwein zu kennzeichnen. Einige Tropfen eines Alkalis genügten, um in diesem Weine, der eine kleine Menge Phenolphthalein enthielt, Purpurfärbung hervorzurufen. Dabei machte man die überraschende Entdeckung, daß die Konsumenten von Diarrhöe befallen wurden, eine Erscheinung, die erst aufhörte, als man das Getränk wieder einzog. Vamossy hat zuerst die abführende Wirkung selbst kleiner Dosen bewiesen. Das Phenolphthalein ist seiner Zusammensetzung nach ein Dihydroxyphthalophenon und bildet farblose Kristalle, die sich in Alkohol sehr leicht, Aether wenig, Wasser gar nicht lösen. Es wird unter dem Namen „Purgen" in Tabletten in den Handel gebracht. Es

gibt linsenförmige, die rosa gefärbt sind, à 0,05 g (Baby-Purgen); andere, die gelb gefärbt sind, à 0,1 g (Purgen für Erwachsene); schließlich polygonale, gelbe Tabletten à 0,25 g (für Bettlägerige). Sie sind geschmacklos und mit Vanillin parfümiert, so daß sie von den ungeduldigsten Kranken, selbst von Kindern gern genommen werden. Die Zuführung von 0,1 bis 0,2 g Purgen erzeugt bei Erwachsenen nach durchschnittlich 10 Stunden einen oder mehrere Stühle; Dosen von 0,25 bis 0,5 g sind schon nach 2 bis 5 Stunden wirksam. Die Stuhlentleerung erfolgt ohne Koliken. Das Purgen ist ungiftig und reizt nicht die Nieren; die Mund- und Magenschleimhaut wird nicht angegriffen. Es kann daher sowohl bei Magengeschwüren, wie bei Nierenentzündung als Abführmittel verordnet werden.

Verf. erläutert an einer Reihe von Krankengeschichten die Wirkung des Purgens und empfiehlt seine Anwendung.

7. Das Histosan ist von Dr. H. C. Fehrlin hergestellt und ist eine Kombination von Guajakol mit Eiweiß. Es stellt ein hellbraunes bis hellgelbes, feinkörniges Pulver dar von deutlichem aromatischem Geruch und Geschmack und ist in verdünnten Alkalien leicht loslich. Außer der Pulverform finden wir das Histosan noch in Form von Tabletten, bei denen der unangenehme Geschmack des Pulvers mit Milchschokolade gedeckt wird (10% Histosan und 90% Milchschokolade), und als Sirup, der eine klare, gelbliche, etwas dicke Flüssigkeit darstellt, welche mit Alkohol oder alkoholischen Flüssigkeiten oder mit Wasser sich mischen läßt. Nach den Untersuchungen des Verfassers erscheint das Histosan in saurem Magensaft unlöslich und ist vom Darm resorbierbar, so daß es die wichtigsten Anforderungen erfüllt, die man an ein gutes Guajakolpräparat stellen muß.

Verf. hat das Mittel an 24 Kindern zumeist während vier Wochen geprüft und gute Resultate gesehen. Er verabreichte es in Dosen von 1,5 bis 2 g pro die in Oblaten. In allen Fällen war das Histosan auf das tuberkulöse Grundleiden von günstigem Einfluß, der sich auch in einer namhaften Gewichtszunahme der damit behandelten Kinder dokumentierte. Es wurde gut vertragen und gern genommen. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Beschwerden von seiten des Digestionsapparates, Brechreiz etc. wurden von Verf. nicht beobachtet. Vielmehr fand sich in allen Fällen eine augenfällige Appetitssteigerung. Zu einer von einer Seite empfohlenen subkutanen oder intravenösen Medikation konnte sich Verf. nicht entschließen.

8. Verf., der im Januarheft 1907 der Therapie der Gegenwart über seine ersten Untersuchungen über das neue Diuretikum Theolaktin ausfuhrlich berichtet und sich nicht gerade günstig ausgesprochen hat, veröffentlicht jetzt seine weiteren Beobachtungen und Untersuchungen, die ihn zu weit besseren Resultaten geführt haben. Während nämlich bei seinen ersten Versuchen viele Kranke nach kürzerer oder längerer Zeit nach Einnahme des Theolaktins (d. i. eine Verbindung der Milchsäure mit Theobromin, und zwar Theobromin-Natrium — Natrium laktikum) unangenehme Symptome aufwiesen, als Appetitlosigkeit geringeren oder stärkeren Grades, Uebelkeit, Brechreiz, Erbrechen und sogar Durchfälle, Erscheinungen, die nach Aussetzen des Mittels alsbald zu verschwinden pflegten, und die Verf. auf eine chemische Verunreinigung des Präparates zurückführen zu müssen glaubte, da die ersten Versuchsquanten im Laboratorium des Erfinders, des Herrn Dr. phil. R. Lüders, nur in kleinen Mengen hergestellt waren, hat er jetzt derartige unangenehme Nebenwirkungen bei Verwendung des von der Firma Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. hergestellten Theolaktins nicht mehr beobachtet. Appetitlosigkeit trat zwar noch hier und da ein; das ist aber eine Erscheinung, der wir auch bei Verabreichung des Diuretins begegnen, und die wohl durch das Theobromin bei längerem Gebrauch verursacht wird.

Das jetzt vorliegende Präparat ist ein ganz weißes, trockenes Pulver, das sich leicht in warmem Wasser löst. Sobald sich jedoch die Flüssigkeit abgekühlt hat, bildet sich ein feiner weißer Niederschlag, der um so stärker ist, je länger oder je kälter die Lösung gestanden hat — ein Umstand, der gegenüber dem Diuretin entschieden als ein Nachteil anzusehen ist. Der Zusatz von Alkohol scheint übrigens den Ausfall zu beschleunigen. Nach Annahme des Krankenhausapothekers dürfte der weiße Niederschlag ausfallendes freies Theobromin sein. Da das Theolaktin sehr hygroskopisch ist, empfiehlt es sich am meisten, das Mittel in Lösung, und zwar zu gleichen Teilen mit Aqua menthae und Aq. destill. zu ordinieren. Als Pulver muß es in Wachspapier verordnet werden. Aus dem angeführten Grunde ist auch eine Darreichung in Suppositorien unzweckmäßig, da das Salz sich aus der Kakaobutter ausscheidet und an der Außenfläche der Stuhlzäpfchen absetzt, wobei diese brüchig und zum Gebrauch ungeeignet werden. Die Dosis und die Indikation gleichen denen des Diuretins; man gibt, je nach der Wirkung, die man erzielen will, 3 bis 6 g pro die. Falls eine interne Anwendung des Theolaktins nicht durchzuführen ist, kann man dasselbe recht gut aufgelöst in Wasser als Klystier verabreichen.

Verf. hat das Präparat wochen-, auch monatelang nehmen lassen, z. B. eine Frau 51 Tage lang, ohne dabei ungünstige Wirkungen von seiten des Herzens oder des Magendarmkanals zu beobachten. Die Wirkung war fast stets eine sehr günstige; in den Fällen, wo das Mittel nicht anschlug, versagten auch andere zum Vergleich herangezogene Diuretika, z. B. Diuretin oder Thephorin.

Nach Aufzählung einiger Krankengeschichten kommt Verf. auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

a) Das Theolaktin ist ein harntreibendes Mittel, das bezüglich seiner diuretischen Wirkung mit den bekannten Präparaten durchaus in Konkurrenz treten kann.

b) Die anfänglich beobachtete zweifelhafte Bekömmlichkeit des Medikamentes ist nicht dem Theolaktin zuzuschreiben, sondern wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß das im Laboratorium des Erfinders hergestellte Präparat chemisch nicht so rein war, wie das von der Fabrik in den Handel gebrachte.

c) Nachteilige Wirkungen auf das Herz wurden niemals bemerkt.

d) Es scheint, als wenn die Wirksamkeit des Mittels noch gehoben werden kann durch gleichzeitige Darreichung von Exzitantien, besonders in solchen Fällen, wo die diuretische Kraft des Theolaktins nachzulassen beginnt, z. B. nach längerem Gebrauche infolge Gewöhnung, oder wo es infolge Ueberlastung des Blutkreislaufes nur eine schwache Wirkung entfaltet.

e) Eine nachhaltende Wirkung nach Aussetzen des Präparates wurde nicht beobachtet.

Verf. empfiehlt auf Grund seiner neuen Untersuchungen das Theolaktin auf das Wärmste. (Selbstbericht.)

9. Das Styptol erwies sich als gutes Mittel gegen Dysmenorrhöe, von den beschriebenen neun Fällen wurden sieben Patienten von ihren menstruellen und ovarialen Schmerzen befreit, zwei nicht. Einer der Mißerfolge betraf einen infantilen Uterus, der andere eine Dysmenorrhoea membranazea.

Bei Neubildungen wandte der Verf. das Styptol in sieben Fällen an; in fünf ließen die Schmerzen prompt nach und die Hämorrhagien hörten auf. Die zwei Mißerfolge in dieser Beobachtungsreihe sind leicht begreiflich, da in dem einen Falle das Fibroid in sarkomatöser Umwandlung begriffen war, in dem anderen verhinderte die schwere Herzaffektion den Erfolg.

Nicht minder gut waren die Ergebnisse der Styptolanwendung bei kranken Adnexen. In den frühen und milderen Stadien der tubalen und ovarialen Entzündung übt Styptol eine günstige Wirkung in der Bekämpfung der sekundären Menorrhagien aus. Diese beruht zweifellos darauf, daß solche Läsionen stets mit präexistenter Endometritis verbunden sind, und die letztere ist es, welche von dem Hämostatikum günstig beeinflußt wird. Es ist selbstverständlich, daß bei groben Veränderungen, wie z. B. Pyosalpinx und Ovarialabszeß, Styptol nicht indiziert ist und nichts außer operativem Vorgehen von irgend einem Werte ist.

Ganz besonders wertvoll ist das Styptol bei entzündlichen und kongestiven Veränderungen des Uterus. Es hat sich auch bei der Menorrhagie junger Mädchen ohne nachweisbare Abnormität bewährt und auch bei drohendem Abortus der ersten Monate, vor der Dilatation des Os uteri. Dem Mittel kommen zweifellos neben seiner hämostatischen Wirkung sedative Eigenschaften zu. Styptol hat sicherlich seinen Platz unter den wertvollsten uterinen Hämostatika und Sedativa errungen. (Autoreferat.)

Mitteilungen aus der Praxis.

Ein Verfahren zur Herstellung von Desinfektionsmitteln ist Dr. Schneider-Hamburg patentiert worden: Man erhitzt kristallisierte Oxalsäure, bis sie ihr Kristallwasser ganz oder teilweise abgegeben hat, und besprengt das trockene Pulver mit etwa 25% seines Gewichts Rohkresol oder reiner Karbolsäure oder wässeriger Formaldehydlösung. Man erhält sich feucht anfühlende Produkte, die nach mehrtägigem Stehen ein homogenes, trockenes Pulver liefern und sich leicht zu Tabletten verarbeiten lassen. In einer Verwendung von $^1/_4$ bis $^1/_2$%igen Lösungen sollen die Präparate Eitererreger und Typhusbazillen fast augenblicklich abtöten. (Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 100.)

Oleum griseum. Von L. Lafay. Zur Zubereitung des grauen Oeles („huile grise") empfiehlt L. folgende Vorschrift:

Rp. Hydrargyr. depurat. 40,0,
Lanolin anhydrik. steril. 40,0,
Ol. Vaselin. medicin. steril. 57,0.

Quecksilber und Lanolin werden in einem erwärmten Mörser bis zur Extinktion des Quecksilbers zusammengerieben; dann wird das Vaselinöl zugesetzt. Das fertige Produkt wird in einer Stöpselflasche aufbewahrt. 1 ccm des Oels enthält 0,4 g metallisches Quecksilber. (Journ. de Pharm. et Chim., 1907, II.)

Zur Zubereitung von **Liquor picis** wird folgendes Rezept angegeben:

Rp. Picis liquid. 25,0,
Natr. bikarbon. 25,0,
Aq. dest. 1000,0,
Spirit. 5,0,
Vanillin. 0,25.

Das so erhaltene Präparat ist in seinen Eigenschaften dem Liquor picis Guyot gleichwertig. (Journ. d. Pharm. f. Elsaß-Lothr., 1907, Nr. 9.) W. Krüger, Magdeburg.

Technische Neuerscheinungen.

Fesselbandmaß für genaue Umfangmessungen.

Dieses Fesselbandmaß von Wahl-München besteht darin, daß das freie Ende des Bandmaßes als Anfang der Zentimeter einen Metallbügel besitzt, durch welchen das Bandmaß als Schleife gezogen ist. Es entsteht dadurch eine Art Fessel, durch welche man die zu messende Extremität steckt. Durch Zug an dem freien Ende des Bandmaßes legt sich die Fessel stets fest um die Extremität, deren Umfang man messen will, und der Metallbügel zeigt gleichzeitig auf die Zahl, welche die Zahl des Umfanges in Zentimeter angibt. Dieses einfache Instrument ist für die Unfallbegutachtung von großem Werte, da durch dasselbe subjektive Irrtümer vermieden werden. Die automatische Funktion gibt genauere Resultate als das Messen mit dem bisherigen Bandmaß. Vor allen Dingen fällt hierbei der Einfluß der Kraft, mit welcher man das Bandmaß anzieht, weg, da immer bei diesem Fesselbandmaß eine annähernd gleiche Kraft beim Anziehen wirkt, während dieselbe beim gewöhnlichen Bandmaß stets verschieden groß ist und dadurch zu falschen Resultaten Veranlassung gibt. Man kann dieses einfache kleine Instrument jedem, der viel Unfallgutachten abzugeben hat, empfehlen, er wird dabei immer den positiven Wert erhalten. Das Fesselbandmaß wird von E. Preisinger in München, Sendlingerstr. 52, angefertigt und kostet 2,20 M. W. B. Müller, Berlin.

Kompressen mit evakuiertem Wärmeschutzmantel

werden von J. Timar, Berlin W. 15, fabriziert. Diese neue Kompresse bezweckt die Neuanwendung des Prinzips der evakuierten Doppelwände auf Wärme- und Kältekompressen aller Art. Bei den bisher ärztlicherseits verwendeten Kompressen besteht der Uebelstand, daß sie an dem dem Körper nicht zugewandten Teile die Wärme rascher ausstrahlen, wodurch Erkältungen leicht hervorgerufen werden, wobei sie natürlich den beabsichtigten Zweck der intensiven Zufuhr von Wärme nicht erfüllen. Durch die neuen Kompressen wird diesem Uebelstande dadurch abgeholfen, daß die Kompressen in einem doppelwandigen evakuierten Raume eingehängt sind. Es ist Tatsache, daß luftleer gemachte Doppelwände nach dem System Dewar-Weinhold am zuverlässigsten die Ausstrahlung von Wärme verhindern. Somit hat diese neue Kompresse einen großen Vorzug vor dem alten System. Man kann dieselbe auf alle Körperteile leicht und gut applizieren, indem man die Form des an einem Isolierring befestigten Randes auswechselt. Diese den Körperteilen angepaßte Form des Außenringes ermöglicht ein dichtes Anliegen der Kompresse an der Haut.

W. B. Müller-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Arterienverkalkung (Arteriosklerose), ihr Wesen und ihre Behandlung. Mit Anhang: Ihre Behandlung in Bad Kissingen. Von P. Münz. Preis 3 M. Verlag Hugo Steinitz-Berlin.

Verfasser hat in einer verhältnismäßig kurzen Monographie das große Gebiet der Arterienverkalkung auf Grund seiner eigenen großen Erfahrung sowie unter Berücksichtigung einer umfassenden Literatur auf diesem Gebiete zur Darstellung gebracht. Vor allem ist rühmend hervorzuheben, daß es dem Verfasser gelungen ist, diese nicht immer leichte Materie klar und fließend darzustellen, wobei er aber das Wesen der Arteriosklerose gründlich erfaßt hat und ihre Theorien und physiologischen Studien so erörtert, daß jeder, der das Buch gelesen hat, es nicht ohne Vorteil aus der Hand legt.

Der Verbreitung der Arteriosklerose und ihre Bedeutung als Kulturkrankheit und als Abnutzungskrankheit, die Verfasser besonders betont, ist ein interessantes einleitendes Kapitel gewidmet. Das pathologisch-anatomische Bild der Arteriosklerose, ihre Ursachen und Folgezustände haben eine so eingehende Schilderung erfahren, daß wir schon deshalb das Buch auf ein höheres Niveau stellen können, als die gewöhnliche populäre Literatur. Die Beschreibung des klinischen Krankheitsbildes zeigt die große Erfahrung des Verfassers auf diesem Gebiete. Der Behandlung sind drei Kapitel gewidmet; eins beschäftigt sich mit hygienischen und diätetischen Maßnahmen, wobei namentlich gegen die Luxuskonsumption des Fleisches gesprochen und fur die lakto-vegetabilische Diät eine Lanze gebrochen wird. Die physikalischen Behandlungsmethoden sowie die Medikamente werden eingehend gewürdigt. Besonders ist der Wert der Jodpräparate, die durch Verminderung der Viskosität wirken, betont und des von Münz hergestelltenr Asklerosols, das in seinen Hauptprinzipien den Salzen der Kissinge Brunnen entnommen wird. In einem besonderen Anhange weist Verfasser auf die Behandlung der Arteriosklerose in Bad Kissingen hin, dessen natürliche Heilfaktoren sich zur Behandlung der Arteriosklerose recht gut eigneten.

Dr. Max Hirsch-Bad Kudowa.

KORRESPONDENZ.

— Wir erhielten am 18. Januar 1908 folgendes Schreiben:

Königsberg i. Pr., d. 17. Januar 1908.

„Sehr geehrter Herr Kollege!

In Nr. 2 der „Therapeutischen Rundschau", Seite 33, links unten, ist berichtet über eine „zeitgemäße Warnung", welche Schloß in der Therap. d. Gegenwart, 1907, Nr. 12, p. 584, ausspricht. Wenn Sie richtig zitiert haben, so hat Schloß in der von ihm empfohlenen Formel einen groben Fehler gemacht und kann sich nicht wundern, wenn er in der Apotheke die gewünschte Chlorkalziumlösung nicht erhält; denn Calc. chloricum ist chlorsaurer Kalk (in der Photographie und Pyrotechnik angewandt), während das von ihm gemeinte Chlorkalzium auf Lateinisch: .Calc. chloratum (allenfalls: hydrochloricum) heißt. Ich nenne dieses in der Tat herrliche Mittel am liebsten wie der alte Rademacher, nämlich salzsauren Kalk, calcarea muriatica.

Hochachtungsvoll

Dr. von Petzinger."

Wir bemerken hierzu, daß inzwischen Herr Dr. Schloß seinen Lapsus kalami selbst bemerkt und eine Berichtigung im Januarheft der Therap. der Geg. im Sinne des Herrn Dr. von Petzinger publiziert hat. Uebrigens brachten wir in Nr. 3 unserer Zeitschrift eine Notiz der Apotheker-Zeitung, Berlin, 1907, Nr. 101, in der die richtige Nomenklatur angegeben ist.

ALLGEMEINES.

Praktischer Ratgeber bei Steuereinschätzung und Steuerreklamation nebst Preußischem Einkommensteuergesetz vom $\frac{19.\ 6.\ 06.}{18.\ 6.\ 07.\ (\S\ 23)}$ sowie Ausführungsbestimmungen und Formularen. Von einem Steuersekretär. Verlag: L. Schwarz & Comp., Berlin S. 14, Dresdenerstraße 80. 128 Seiten. Preis 60 Pf.

Das neue Einkommensteuergesetz von 1906 mit der Abänderung von 1907 (§ 23 betr. Pflicht des Chefs zur Angabe des Einkommens der Angestellten) bietet eine solche Menge Neuerungen, daß es für jeden Steuerpflichtigen unbedingt erforderlich ist, sich über die speziell für ihn in Betracht kommenden Punkte genau zu orientieren. Das Studium des nackten Gesetzes wird vielen schwer fallen. Der Verfasser hat es sich zur Aufgabe gemacht, das zusammenzustellen, was jeder Steuerzahler wissen muß, um sich gesetzmäßig einschätzen und zu hohe Veranlagung erfolgreich abwenden zu können. Gleichzeitig sind Muster-Reklamationen, als da sind: Einspruch, Berufungen und Beschwerden vorgesehen und die amtlichen Ausführungs-Anweisungen wiedergegeben, welche für den Steuerzahler von Interesse sind. Am Schluß ist das neue Einkommensteuergesetz abgedruckt.

Die Anschaffung des handlichen Werkchens ist jedem Steuerzahler als nützlich zu empfehlen.

Im **Kaiserin Friedrich-Hause** wird vom 1. bis 8. Februar eine Ausstellung stattfinden, welche sämtliche von deutschen Firmen für die Medizinschule in Shanghai gestifteten Gegenstände veranschaulichen soll; letztere umfassen chirurgische Instrumente aller Art, Untersuchungs- und Heilapparate, Krankenmöbel, Verbandstoffe und Medikamente in reicher Fülle. Die Stiftungen, an denen 45 Firmen beteiligt sind, legen ein rühmliches Zeugnis ab von der opferwilligen Teilnahme der einheimischen Industriellen an der deutschen Kulturarbeit im fernen Asien. Die Besichtigung der Ausstellung ist für jedermann unentgeltlich.

Herrn Dr. N. N. in N. An stelle des Jodeisen-Lebertrans sollten Sie nunmehr Fucol mit Jodeisen verwenden. Die Komponenten letzterer Arzneiform ergänzen sich in geradezu idealer Weise, wodurch die beste Gewähr für exakte Heilerfolge geleistet wird. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten in den Apotheken M. 2,50. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Hofrat Dr med. **Th. Escherich,** Professor der Kinderheilkunde a. d. Universität und Direktor des St. Anna-Kinder-Hospitals, Wien, schreibt: „Wir machten mit „Kufeke" Kindermehl sowohl zur Unterstützung der Ernährung zurückgebliebener Kinder, als namentlich bei der Behandlung gewisser Darmerkrankungen mit sehr gutem Erfolge Gebrauch.

Insbesondere fiel uns die gute Ausnutzung der dextrinähnlichen Bestandteile des Mehles auf.

Ich freue mich, Ihnen für Ihr Präparat meine Anerkennung aussprechen zu können, und hoffe, daß die weitere Verbreitung desselben Sie für die gebrachten Opfer entschädigen wird."

Ferner: „Für die wesentlichen Fortschritte, welche Ihr Fabrikat in letzter Zeit gemacht hat, tadellos feine Pulverisierung, süßeren und angenehmeren Geschmack und die wenigstens für klinische Zwecke mehr geeignete Verpackung in kleineren Dosen, freue ich mich, Ihnen meine Anerkennung aussprechen zu können. Auch hat sich dasselbe, soviel ich urteilen kann, sowohl in ärztlichen Kreisen als auch beim Publikum vielfach Verbreitung und Anerkennung erworben."

In seinem Vortrage „Beiträge zur antiseptischen Behandlungsmethode der Magendarmerkrankungen des Säuglings", gehalten in der pädiatrischen Sektion der 60. Naturforscherversammlung zu Wiesbaden, sagte er: „Unter den gebräuchlichen Kindermehlen, die wegen ihrer Billigkeit, Haltbarkeit und Bequemlichkeit anderen Präparaten praktisch wohl stets den Rang ablaufen, hat mir das von „Kufeke" in den Handel gebrachte die besten Dienste geleistet und sich auch bei der chemischen Untersuchung als reich an höheren, in Wasser löslichen Dextrinen herausgestellt.

Ich bin in der angenehmen Lage, als Bestätigung für diese im wesentlichen theoretischen Erörterungen mich nicht nur auf meine eigenen klinischen Erfahrungen, sondern auf die Uebung und Empfehlung der hervorragendsten Praktiker, stützen zu können."

Sodann berichtet er: „. . . . daß es von den Kindern gerne und mit Erfolg genommen wird."

„. . . . daß ich es auch bereits mit gutem Erfolge bei meinem, an einer leichten Verdauungsstörung erkrankten Kinde angewandt habe."

„. . . Nachdem ich Ihr „Kufeke" Mehl bei meinem Jungen gebraucht, habe ich mehrere mir übersandte Proben von anderen Kindermehlen versucht; keines derselben schien aber eine so günstige Wirkung auf das Körpergewicht und die Beschaffenheit des Stuhles zu haben, wie das Ihrige."

„Ihr Nährmittel hat bisher bei meinem Kinde ausgezeichnete Dienste geleistet."

„Meinem Kleinen bekommt es ausgezeichnet."

Ware zu Versuchszwecken und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL
Akt.-Ges.
früher: W. A HIRSCHMANN
und REINIGER, GEBBERT & SCHALL

RÖNTGEN-

Größte u leistungsfähigste Fabrik **aller elektromed. Apparate.**
BERLIN-ERLANGEN.
Brüssel, Budapest, Cöln, Hamburg, Leipzig, München,
Petersburg, Straßburg, Wien, London, Paris, Rom, New-York.

Einrichtungen neuester und vollkommenst. Konstruktion.

„Pantostat" bester und billigster Universal-Anschlußapparat für sämtl. Stromanwendungen, auch Kaustik, Endoskopie und Massage, (auch mit Akkumulatoren-Betrieb.)

Vierzellenbad nach Schnee. Anerkanntes Ideal exakter **Elektrotherapie.**

„Radiotherm" Patent Th. Wulff. Schonungs-Lichtbad. Profuser Schweiß schon bei 25—30 C.

Neue Kompressionsblende nach Dr. Rosenthal übertrifft a sonst vorhandlle en Apparate.en

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Hypnotismus,
sein Wesen, seine Bedeutung und Handhabung für den praktischen Arzt.
Von Dr. G. von Voss, Greifswald.
Preis M. 1,20.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S.
A. Dührssen, Berlin.
C. A. Ewald, Berlin.
R. Kobert, Rostock.
H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
H. Senator, Berlin
M. Koeppen, Berlin.
H. Rosin, Berlin.
H. Schlange, Hannover.
Ad. Schmidt, Halle a. S.
R. Sommer, Gießen.
H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 9. Februar 1908. Nr. 6.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Eine neue Methode, die Funktionen des Verdauungsapparates zu prüfen.*)

Von Dr. **Max Einhorn**, Professor der Medizin an der N. Y. Postgraduate Medical School, New York.

Eine Verfeinerung der Diagnostik ist gewöhnlich mit therapeutischem Erfolg verknüpft.

Die Funktionsprüfung des Magens hat die ganze Behandlung der Krankheiten dieses Organes umgestaltet.

Auf dem Gebiet der Darmkrankheiten waren die Kliniker seit langem begierig, eine geeignete Methode zu haben, welche es erlauben würde, in die genauere Tätigkeit dieses Organs hinein zu blicken. Allein die meisten chemischen Analysen der Fäzes, welche nebenbei gesagt sehr kompliziert und zeitraubend sind, ergaben zu schwankende Resultate, um für die Klinik von Wert zu sein.

Schmidts Probediät für die Fäzesuntersuchung markiert einen entschiedenen Fortschritt, allein für den allgemeinen Gebrauch ist diese Untersuchungsmethode zu umständlich; dauert doch die Vorbereitung allein zwei bis drei Tage, bis man die Fäzes von der Probediät erhält. Ferner sind die Resultate (mikroskopische Untersuchung auf Stärke und Muskeln) dabei nicht scharf genug markiert.

Seit einigen Jahren war ich mit der Ausarbeitung einer praktischen Methode für die Funktionsprüfung des Verdauungstraktes beschäftigt, und ich möchte das Ergebnis dieser Untersuchung Ihrer geschätzten Meinung zur Erwägung unterbreiten.

Das Prinzip der Methode besteht darin, daß man, anstatt den gesamten Kot zu untersuchen, Patienten Probesubstanzen mit der Nahrung gibt und deren Schicksal verfolgt. Dieses läßt sich am besten so machen, daß man die Probesubstanzen an Glasperlen befestigt, Patienten verabreicht und dieselben nach Passierung des Verdauungstraktes wieder aufsucht. Man sieht dann nach, ob die Perlen leer sind, oder ob die betreffenden Nährmaterialien noch an denselben haften. Die Untersuchungsmethode wird kurz als „Perlenprobe“ bezeichnet.

Praktisch wird die Probe folgendermaßen ausgeführt: Man gibt dem Patienten eine Gelatinekapsel, welche eine Perlenschnur mit folgenden Substanzen enthält: Katgut, Gräte, Fleisch, Thymus, Kartoffel, Hammelfett. — Nach Verabreichung der Kapsel wird jeder erfolgte Stuhlgang mit dem Stuhlsieb untersucht, bis die Perlenschnur wiedergefunden ist. Ist der Stuhl diarrhoischer Natur, so kann oft das Sieben unterlassen werden, da man die Perlen ohne weiteres bei einer Besichtigung des Stuhls in einem Glasgefäß leicht entdecken kann. Gewöhnlich lassen sich dann die Perlen am Boden des Gefäßes, da sie schwerer als der Kot sind, beobachten.

Unter normalen Verhältnissen erscheint die Perlenschnur in ein bis zwei Tagen im Stuhl. Hat man die Perlenschnur wieder gefunden, so wird dieselbe in kühlem Wasser einige Male durchgespült und nun auf einem Porzellanschälchen einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Ist die Verdauung normal, so findet man, daß Katgut, Fleisch, Kartoffel (außer Schale) stets ganz, Thymus und Hammelfett zum großen Teil verschwunden sind, während die Gräte für gewöhnlich zwar verschwindet, doch gelegentlich noch anwesend sein kann. Im Thymusrest kann man stets ein Fehlen der Kerne feststellen.

In pathologischen Zuständen beobachtet man Abweichungen von diesen Normen sowohl in Bezug auf den Zeitpunkt des Wiedererscheinens der Perlen (Störungen der Motilität) als auch auf den Gehalt derselben an Nährsubstanzen (Störungen der Verdauungsfunktion).

Während man für die Beurteilung der Motilität des Verdauungsapparates klinisch ohne weiteres durch die periodische Entleerung des Stuhles gute Anhaltspunkte hat, läßt sich dieses für eine etwaige Abschätzung des Verdauungsprozesses im Darm nicht sagen, sondern es fehlt uns hier vielmehr jede Handhabe dazu.

Aus diesem Grunde werde ich mir erlauben, meine folgenden Bemerkungen lediglich auf die Prüfung der Verdauungsfunktion zu beschränken.

Im ganzen habe ich die Perlenprobe bei etwa 200 Patienten angewandt und glaube, daß dieselbe wohl geeignet ist, einen Einblick in den Verdauungsprozeß zu gestatten.

Im Gegensatz zur üblichen Mageninhaltsuntersuchung, welche sozusagen die Anfänge des Verdauungsprozesses anzeigt, ermöglicht die Perlenprobe einen Einblick in den ganzen Verdauungsprozeß, d. h. sie veranschaulicht deutlich das Endresultat von dem, was der Digestionsapparat geleistet hat.

Im großen und ganzen kann man das große Gebiet der Magen- und Darmdyspepsien (ohne schwere organische Läsionen) in zwei große Gruppen einteilen: 1. solche mit scheinbar normalen Verdauungsfunktionen (reine nervöse Dyspepsien); 2. solche, in denen Funktionsstörungen zu entdecken sind (funktionelle Dyspepsien).

---

*) Nach einem vor der Japanischen Gesellschaft für Verdauungskrankheiten am 18. September 1907 zu Tokio gehaltenen Vortrage.

Für den Magen ist eine solche Einteilung seit längerer Zeit im Gebrauch, für den Darm ist eine derartige Klassifikation durch die Perlenprobe möglich geworden.

Es dürfte zweckmäßig sein, hier lediglich auf die intestinalen Störungen einzugehen.

Gruppe I. Rein nervöse Darmdyspepsien. Die Patienten klagen über mannigfache Symptome (Völle im Leibe, häufigen Flatus, unruhigen Schlaf, Unmöglichkeit die Gedanken zu konzentrieren, allgemeine Schwäche und Energielosigkeit). Die Untersuchung ergibt jedoch ein vollkommen negatives Resultat. Der Stuhl erfolgt normal, und die Perlenprobe zeigt gute Verdauung.

Gruppe II. Echte Darmdyspepsien.

Neben mannigfachen subjektiven Klagen (Spannung im Leib, Borborygmen, unregelmäßiger Stuhl etc.) läßt die Perlenprobe deutliche Abweichungen von der Norm erkennen. Man kann diese Gruppe zweckmäßig in zwei Unterabteilungen zerlegen:

a) in solche mit Verdauungsstörung für sämtliche drei Nährgruppen (Eiweiß, Fett, Kohlehydrat): Dyspepsia intestinalis universalis seu kompleta.

b) Solche mit Verdauungsstörung für eine oder zwei Nährgruppen: Dyspepsia intestinalis partialis.

Obige Einteilung der funktionellen Darmkrankheiten dient nicht nur, um die Diagnostik zu verschärfen, sondern gibt uns zugleich eine Handhabe für die Behandlung.

In der Gruppe I, den rein nervösen Darmdyspepsien ohne Funktionsstörungen, wird man von einer speziellen Behandlung des Darms und der Verschreibung besonderer Diätformeln absehen müssen, dagegen werden wir unser Augenmerk auf eine Stärkung des nervösen Apparates des Organismus (Hydrotherapie, Massage, gute klimatische Verhältnisse, geeignete zweckmäßige Beschäftigung ohne Ueberanstrengung) richten müssen.

Gruppe II, die der echten funktionellen Darmdyspepsien, wird zunächst eine geeignete Diät erheischen: so wird man bei der Dyspepsia intestinalis kompleta zunächst eine flüssige Diät, sodann Speisen in recht fein verteilter Form verschreiben müssen; bei der partiellen Darmdyspepsie wird man natürlich gerade jene Gruppe von Nährmaterialien einschränken, deren Verdauungsfunktion gestört ist. Auch medikamentös wird man sicherer und erfolgreicher vorgehen können.

Bei der Dyspepsia intestinalis universalis schienen mir die Pankreas-Präparate (besonders Pankreon) oft von Nutzen zu sein, so auch bei jenen Formen der Dyspepsia intestinalis partialis, wo es sich um Störungen der Eiweiß- oder Fettverdauung handelte. Dagegen hat sich in jener großen Klasse von Darmdyspepsien, wo lediglich die Stärkeverdauung gestört ist, die Taka-Diastase (Takamine) besonders nützlich erwiesen.

Lassen Sie mich hoffen, daß die Perlenprobe in unseren vereinten Händen ein Scherflein zur klinischen Bearbeitung dieses wichtigen Feldes der menschlichen Pathologie beitragen wird.

Aus dem Elisabeth-Krankenhaus, Kassel.

Rohkatgut, vom Schlachttier ab steril.

Von Dr. **Franz Kuhn**, dirig. Arzt.

Es ist in unserem paragraphenreichen Deutschland nicht gut begreiflich, daß, während jedes Präparat der Apotheke, mindestens aber jedes Serum und jeder Impfstoff, vor allem auch deren gewerbliche Herstellung einer staatlichen Kontrolle unterstehen, zur Zeit gerade der typischste tierische Impfstoff, das Katgut, jene auflösbare tierische Substanz, die gerade unter den empfindlichsten Voraussetzungen und subtilsten Bedingungen (bei aseptischen Operationen) angewandt und in die größten Tiefen des Körpers versenkt und dort befestigt wird, daß gerade dieses der staatlichen Aufsicht nicht untersteht.

Und dabei wird gerade das Katgut, diese glatte, gläserne Darmsaite mit ihrem klaren, perlmutterglänzenden Aussehen und durchsichtigen Habitus von dem Arzte ahnungslos bezogen und im praktischen Leben mit relativ viel Arglosigkeit verwandt.

Welches sind die Gründe, daß hier der Staat noch nicht eingegriffen?

Die Hauptursache kann nur in der ungenügenden Kenntnis des Präparates und vor allem seiner Fabrikation liegen.

Ich habe in einer Reihe von Arbeiten:

1. Kuhn: Katgut vom Schlachttier.
   Münchener med. Wochenschrift Nr. 41, 1906.
   Ferner: Steril-Rohkatgut. Ebenda 1907. Nr. 50.
2. Kuhn und Rößler:
   Katgut, steril vom Schlachttier ab, als frischer Darm vor dem Drehen mit Jod oder Silber behandelt.
   I. Teil, Bd. 86,
   II. Teil, Bd. 88, 1908 der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie.
3. Versammlung deutscher Naturforscher zu Dresden, 1907,
4. Chirurgenkongreß zu Berlin, 1907

hierüber Näheres gebracht.

Aus diesen Arbeiten ergeben sich unzweifelhaft folgende Tatsachen:

I. Die Herkunft des Präparates bezw. seine Gewinnung ist vom chirurgischen Standpunkt im allgemeinen recht einwurfsvoll. Die Därme kommen unter den gewagtesten Voraussetzungen aus allen Teilen der Erde (Australien, England, Rußland), passieren Schiffsräume und Lagerräume sehr unzuverlässiger Qualität, sind häufig faul und feucht und verdorben, mindestens häufig stark riechend usw.

2. Ist dieses alles nicht gerade immer in so schlimmer Weise der Fall, so ist die dann folgende Bearbeitung vom klinischen Standpunkt aus mit Hinsicht auf die spätere Verwendung doch meist recht einwurfsvoll.

Diese Bearbeitung erfolgt in (meist kleineren) Fabriken oder Betrieben, die teils frische einheimische, teils getrocknete ausländische Därme verarbeiten, bis zur Stunde in erster Linie nach den Gesichtspunkten der Darmsaitenfabrikation für Musikzwecke, mindestens nach denselben Regeln der Herstellung.

Die Mangelhaftigkeit solcher Betriebe, soweit unsere chirurgischen Ansprüche in Frage kommen, ergibt sich bei einem einfachen Besuche einschlägiger Fabriken. Entgegen den Wünschen, die wir in Anlehnung an unsere Operationszimmer haben müssen, finden wir daselbst meist mehr wie ordinäre Arbeitsräume mit fraglichen Wänden und Böden, mehr wie vernachlässigte Arbeitsmaschinen, die nicht einmal die Sauberkeit der Schlachthäuser haben, die dem Anschein nach fast nie gereinigt werden; Laugen und Lösungen, die durch ihren Geruch sich verraten, und schmutzige Arbeiter, die nicht die leiseste Ahnung von dem haben, wozu ihr Fadenprodukt einmal dienen soll, und dementsprechend es auch behandeln.

Ein auffallender Geruch kündet zumeist eine Katgutfabrik schon auf weite Entfernungen an, im Innern der Räume steigert er sich noch um ein Beträchtliches.

Und erst der Faden selbst! Auf zweifelhaften Tischen und Rollen und Kämmen wird er von mehr als zweifelhaften Händen herumgeschmiert. Fällt er zu Boden, so tut dies der Sache keinen Schaden, er wird aufgenommen und weiter bearbeitet. Und dabei der Schmutz überall, entsprechend auch einer Hausindustrie kleinster Leute.

Wenn wir wissen und sehen, mit welcher Sorgfalt ein moderner Chirurg sein Nahtmaterial ab ovo behandelt, wie er ängstlich auch auf die chemische Reinheit hält und jede unsaubere Berührung auch schon **vor** der Desinfektion zu verhüten sucht, um sich Wundheilung und Fadeneinheilung recht durchsichtig zu gestalten, dann müssen einem die Haare zu Berge stehen, wenn man solche Fäden in ihrem Werdegang sieht und sie vom Schlachthaus ab bis zum Trocknen und Abliefern zur Klinik oder an den Händler begleitet.

Schon vom hygienisch-serologischen Standpunkt sind alle diese Verhältnisse unhaltbar, vom klinisch-chirurgischen Standpunkt sind sie himmelschreiend und verbrecherisch.

Um nicht mißverstanden zu werden, gebe ich natürlich gerne zu, daß es auch hier und da etwas bessere und sauberere

Betriebe gibt, und daß auch von einigen Fabriken nur frische Därme verarbeitet werden.

Trotzdem schützt uns dies alles nicht bis zur Stunde vor unliebsamen Ueberraschungen.

Denn auch diese besseren Betriebe arbeiten nicht nach aseptischen Grundsätzen und haben kein fach- und sachkundiges, der Tragweite der Frage auch nur ungefähr sich bewußtes und dementsprechend ausgebildetes Personal. Sie sind auch nicht genügend eingerichtet. Falls sie einmal Desinfektionsmittel verwenden, so werden diese bei der Art der Weiterbearbeitung wieder illusorisch und unwirksam, da die aseptischen Grundsätze und Einrichtungen in den Betrieben fehlen und das Personal keine Ahnung davon hat.

3. Die Folge aller dieser Tatsachen ist leicht abzusehen; die Katgutfäden enthalten gelegentlich einen ungeheuren Schmutz, unbelebt wie belebt, chemisch wie bakteriologisch wirksam, der nur der Befreiung durch die Auflösung des Fadens in der Wunde harrt. Wenn man glaubt, durch nachträgliche Sterilisation diese Fehler zu beseitigen, so irrt man. (Erfahrungen bei den fast unzähligen Methoden; chemische Reste.) In einer Zusammenstellung von Tetanusfällen nach Katgutgebrauch, die ich bis auf dreizehn sichere Fälle und ebenso viele wahrscheinliche vervollständigt, habe ich über einen Fall von Tetanus nach Gebrauch von Katgut-Krönig, das zur Zeit als das beste gilt, berichtet. Natürlich brauchen die Keime nicht immer Tetanuskeime zu sein. Die Gründe für die Schwierigkeit, Katgut nachträglich zu desinfizieren, liegen in der Besonderheit des Präparates (es kann nicht gekocht werden, ist gedreht, leimig, wasserundurchgängig usw.).

Ich muß, was diesen Punkt betrifft, auf meine Arbeiten, namentlich das, was ich mit Rößler (l. c.) in der Zeitschrift für Chirurgie auseinandergesetzt, hinweisen.

Dort sind alle bis zur Stunde vorgeschlagenen Desinfektionsmethoden zusammengestellt; daneben deren Kritiken und Fehler. Gleichzeitig ist ebendort auf die Unsicherheit der seitherigen Beurteilung der Fäden aufmerksam gemacht, deren Kontrolle doch nicht ohne vollständige Auflösung des Fadens, so wie es auch in der Wunde erfolgt, beweisend sein kann.

4. Aus allen diesen Gründen betrachte ich es als unerläßliche Pflicht der staatlichen medizinischen Aufsichtsbehörden, hier Aenderungen zu schaffen. Ihre Aufgabe muß eine doppelte, eine verbietende und eine gebietende sein:

a) sie müssen die Katgutfabrikation für medizinische Zwecke in der derzeitigen Form untersagen, und
b) sie haben andererseits dafür zu sorgen, daß zweckentsprechende Fabrikate aus zuverlässigen Betrieben auf den Markt kommen.

Der erste Punkt ist relativ einfach; er ist gegebenenfalls einfach Sache der Polizei.

Viel schwieriger steht es um den zweiten Punkt, ein zweckentsprechendes Katgutpräparat zu schaffen.

5. Denn zweckentsprechend kann ein Katgutfabrikat nur dann sein, wenn es zuerst hygienisch einwandsfrei hergestellt wird, wenn es also zunächst wenigstens in der Art wie ein modernes tierisches Heilserum gewonnen und bearbeitet wird. Als erstes wären also die Gepflogenheiten und Einrichtungen von Serumfabriken oder Impfinstituten auf die Katgutfabrikation zu übertragen.

Daneben ist aber zu sorgen, daß die spezifischen Errungenschaften und Erfahrungen der modernen Chirurgie, sowohl was Nahtmaterial im allgemeinen als Katgut im besonderen, ferner was die Fragen der Desinfektion der Fäden und was jene der Einheilung und Transplantation von heteroplastischem Material als die der Resorption von totem organischen Material betrifft, daß diese an dem Katgutfaden in bestmöglicher Form zum Ausdruck kommen. Sofern nun diese in chemischer Bearbeitung bestehen, müssen auch sie, um die besten Ergebnisse zu haben, an dem frischen Darm, **vor** dem Drehen desselben und Trocknen, zur Anwendung kommen. Die Folge ist, daß also zweitens ein gut Teil der Gepflogenheiten und Maßnahmen der derzeitigen Katgutzubereitung, wie sie zur Zeit in dem Operationsvorzimmer (etwa mit Jod oder Silber oder sonst wie) geschieht, auf die Fabriken und die Bearbeitung des Katgut **vor** dem Drehen zu übertragen sind.

Dabei bedarf insbesondere gerade die chemische Seite der Frage, die Frage des Fehlens oder Vorhandenseins besonderer chemischer Substanzen (auch Kalilauge, Pottasche), welche event. die Chemotaxis, die Resorption, und somit die Wundheilung beeinflussen, der eingehendsten Beachtung. Auch sie ist nur am losen Darme ausgiebig genug zu lösen.

6. Nach dem Gesagten hätte sich die verbietende Tätigkeit der Behörden auf jedes Katgut zu erstrecken, das die oben genannten Bedingungen nicht erfüllt; das wäre auf geradezu fast alles derzeitige Rohkatgut.

Die Empfehlung andererseits hätte einem Präparate zu gelten, das von Anfang an, hier also vom Schlachttier ab, seiner Bestimmung entsprechend, in den menschlichen Körper eingeführt zu werden, d. i. gleich wie ein Serum, aufgefaßt und behandelt und geliefert wird.

Solche Präparate gibt es bis jetzt noch nicht. Aber es dürfte sie alsbald geben.

7. Denn die beiden angedeuteten Forderungen sind in einem Katgut erfüllt, das die Firma Merck in den Handel bringen wird. Seine Charakteristika sind:

a) es entspringt einer von der Gewinnung des Rohmaterials bis zur Verpackung zuverlässigen, aseptischen Bearbeitung;
b) es erfährt eine spezifische Bearbeitung mit besonderen Chemikalien in der Art der Gepflogenheiten der modernen chirurgischen Kliniken, bereits am rohen, losen Faden, vor dem Drehen (deren Effekt durch die Weiterbearbeitung auch nicht mehr alteriert wird).

Diese beiden Punkte verdienen eine eingehendere Besprechung.

I. Um eine aseptische Bearbeitung von A bis Z, à la Serum, Gelatina sterilisata, Impfstoff usw. zu ermöglichen, wurden besondere Maschinen gebaut (auf den seitherigen ist dies nicht möglich). Solcher Maschinen gibt es (vergl. Kuhn und Rößler, Zeitschrift für Chirurgie):

1. eine zum Schlitzen der Därme (Fingerlinge für die Arbeiter),
2. eine zum aseptischen Schleimen,
3. eine zum keimfreien Drehen der Därme.

In Dresden*) gab ich eine Demonstration der Maschinen und eine Erörterung ihrer Desinfektion und keimfreien Leistung und ihrer Bedienung.

Die Maschinen machen mit Leichtigkeit eine absolut keimfreie Bearbeitung des Katgutfadens möglich, selbst einem Anfänger oder minder intelligenten Arbeiter.

Eine eingehende definitive Desinfektion schiebt sich nach der gründlichen Schleimung der Fäden ein.

Der Faden soll dann von der Desinfektion ab mit keiner menschlichen Hand mehr in Berührung kommen.

Auch sonst ist die Bearbeitung so keimfrei als möglich.

Als Desinfizientien gehen Jod und Silberpräparate (siehe später).

II. Um eine spezifische chemische Behandlung bezw. spezifische Präparierung der Därme zu ermöglichen, sind eine schier endlose Reihe von Studien nötig gewesen hinsichtlich der Wahl der Chemikalien und hinsichtlich der Art der Imprägnierung.

Aus unseren Studien ergab sich:

a) zunächst sind eine Reihe von Chemikalien (Formalin, Sublimat etc.) auszuschließen; dafür sind erfahrungsgemäß andere Körper zu bevorzugen, die
    1. zunächst theoretisch Vorzüge zu erkennen geben (vergl. unsere Jod- und Silberstudien),
    2. die auch klinisch sich bereits Anerkennung verschafft haben (Jodkatgut, Silberseide),

---

*) Verhandl. der Naturf.-Vers. 1907 zu Dresden.

Solche Körper sind die Jod- und Silbersalze. Sie bewährten sich sowohl theoretisch als klinisch, sowohl zur Desinfektion als Dauerimprägnierung.

Ueber Einzelheiten dieser Fragen sind meine früheren Arbeiten in der Zeitschrift für Chirurgie nachzulesen.

Dort ist die Jod- und Silberverwendung eingehend begründet.

In einer weiteren Publikation in eben dieser Zeitschrift für Chirurgie*) werden zahlreiche Versuche mit unseren Präparaten an der Augenkammer des Kaninchens und anderen lebenden Testobjekten gebracht. Im Gegensatz hierzu auch Versuche mit Material, das in der früheren Weise bearbeitet ist. Es ergaben sich wesentliche Unterschiede. Denn

b) um alle Anforderungen zu erfüllen und ihre spezifischen Vorzüge zur Geltung zu bringen, müssen die in Frage stehenden chemischen Körper auf den rohen ungedrehten Faden wirken und dort nach bestimmten Erfahrungen wirksam erhalten bleiben. Geschieht dies, dann sind die Möglichkeiten von noch zu erreichenden Idealfabrikaten vorerst gar nicht abzusehen.

Dabei sind natürlich auch alle störenden Chemikalien der Bearbeitung z. B. Pottasche usw. vor dem Drehen zu entfernen. Ueberhaupt muß die Chemie der Bearbeitung eine fachmännische sein und nicht eine willkürliche, und von Anfang bis zu Ende einem einheitlichen chemischen Plane entsprechen (Sublimatkatgut kann z. B. nicht mit Jod oder Pottaschekatgut nicht mit Silber traktiert werden usw.).

Um einen ungefähren Begriff zu geben, was wir auf dem beschrittenen Wege an Katgutfabrikaten bereits erreicht, sollen im folgenden in Kürze die Resultate zusammengestellt sein, die wir mit unseren Fäden bei Versuchen am Auge und Ohr des Kaninchens und der Haut des Menschen erhalten haben und zwar hinsichtlich

Infektiosität,
Reizwirkung und
Resorption.

1. Bezüglich der Infektionsfrage ist unser Fabrikat absolut steril, während Fäden anderer Zubereitung nicht steril sind. Große Reihen von Augenversuchen zusammen mit Dr. Runte. (Ausgezeichnetes Verfolgen der Vorgänge möglich; durchsichtiger Nährboden; Verfolgen der Resorption.)
2. Bezüglich Reizung und Resorption können wir die Dinge in unseren Präparaten im gewissen Sinne nach Wunsch modifizieren.

   Eine gewisse Reizung gehört zur Einleitung und Abwicklung einer Resorption. Je schwerer ein Körper löslich, desto mehr ist er chemisch indifferent, desto geringer ist die Reizung. Daher unser Bestreben, lösliche Körper tunlichst auszuwaschen und durch schwer lösliche zu ersetzen.

   Andererseits ist die Resorption, je länger sie von einem schwerer löslichen chemischen Körper günstig begleitet wird, um so vollendeter. Daher das Bestreben, schwer lösliche Körper (Jodoform, Silber) in die Fäden einzuführen.

Auf Grund unserer Versuche an Haut und Auge legen wir ein Silberkatgut (steril, stark, leicht resorbierbar) und ein Jodkatgut, das alle Vorzüge hat, vor.

---

*) Erscheint alsbald. Ist im Druck.

Zwei Fälle von akutem Ekzem nach dem Gebrauch des Haarwassers „Javol“.

Von Dr. **A. Scharff**, Calbe a. S.

Es ist bereits mehrfach in ärztlichen Zeitschriften über Hautausschläge berichtet worden, die auf den Gebrauch von „Javol“ zurückzuführen waren. Trotzdem findet „Javol“ dank der großen und geschickten Reklame noch immer Verwendung. Es erscheint mir notwendig, immer wieder von neuem darauf aufmerksam zu machen, daß das „Javol“ (das übrigens unverhältnismäßig teuer ist) durchaus kein harmloses Mittel ist, sondern leicht schwere Gesundheitsschädigungen hervorrufen kann. Ueber zwei solche Fälle möchte ich durch Veröffentlichung der Krankengeschichten kurz berichten.

Fall I. Herr v. S., 28 Jahre alt, konsultierte mich am 12. Dezember 1906 wegen eines heftig juckenden Ausschlages auf dem Kopf, der auch auf die benachbarten Teile des Gesichtes übergriff. Auf Befragen gab er an, er habe sich in der letzten Zeit öfter den Kopf mit „Javol“ waschen lassen. Es war zunächst wegen des ziemlich langen Haares nicht viel zu sehen. Ich ließ daher das Haar ganz kurz abschneiden ($^1/_2$ mm) und sah nun, daß die ganze Kopfhaut leicht gerötet und geschwollen und stellenweise mit ganz kleinen Knötchen bedeckt war. Am nächsten Tage war der Erkrankungsprozeß noch fortgeschritten, der Ausschlag begann zu nässen und zwar so, daß das Sekret dauernd vom Kopf förmlich herunterlief. Ich verordnete Lassarsche Paste, die ich täglich nach vorheriger Reinigung mit in Olivenöl getauchten Wattebäuschchen frisch auftragen ließ. Nach sechs Tagen war völlige Heilung eingetreten, doch war Herr v. S. während dieser Zeit dienstunfähig gewesen und mußte das Zimmer hüten.

Fall II. Frl. S. kam am 15. November 1907 in meine Sprechstunde und gab an, sie habe seit einem Tage ein geschwollenes Gesicht bekommen. Bei der Untersuchung fand ich, daß das Gesicht, besonders die Augenlider, Stirn und Nase stark geschwollen und gerötet waren, Fieber bestand nicht, die entzündete Hautpartie war auf Berührung nicht schmerzhaft. Pat. gab an, sie habe vor $^1/_2$ Jahre bereits einen ähnlichen Ausschlag im Gesicht gehabt, den der damals behandelnde Arzt auf den Genuß von Spargel zurückgeführt habe. Sie habe in der Zwischenzeit wiederholt Spargel gegessen, ohne jedoch wieder einen Hautausschlag bekommen zu haben. In der letzten Zeit habe sie auch Spargel gegessen. Es ist mir nicht bekannt, ob nach Genuß von Spargel Hauterkrankungen auftreten können; möglicherweise könnte ja einmal Urtikaria danach kommen. In diesem Falle handelte es sich aber offenbar um ein akutes Ekzem. Ich verordnete daher neben dem Verbot aller Hautreize durch Waschen, Kratzen usw. Hebrasche Salbe. Am 17. November wurde ich zu der Pat. gerufen und fand sie im Bette liegen. Das Oedem hatte so zugenommen, daß sie wegen der Lidschwellung kaum die Augen öffnen konnte, das Ekzem hatte sich bis auf den Hals und die oberen Partien der Brust ausgebreitet, hier besonders in Form von kleinen roten Knötchen. Als ich nun sah, wie der Ausschlag im Gesicht stark näßte und von der Pat. hörte, daß auch die Kopfhaut juckte und näßte, wurde ich an den vorher beschriebenen Fall erinnert und erkundigte mich, ob sich Pat. den Kopf gewaschen habe. Die Antwort war: „Ja, mit „Javol!“ Als ich der Pat. nun sagte, das „Javol“ sei an dem Ausschlag schuld, erinnerte sie sich sofort, daß sie auch vor $^1/_2$ Jahre, als sie einen ähnlichen Gesichtsausschlag hatte, „Javol“ gebraucht hatte. An dem ursächlichen Zusammenhang zwischen „Javol“gebrauch und Ekzem ist m. E. nicht zu zweifeln. Die Behandlung bestand in Anwendung von Lassarscher Paste für Gesicht, Hals und Brust, Borsalbe für den behaarten Kopf. Bereits nach zwei Tagen war eine wesentliche Besserung festzustellen, und am 24. November war das Ekzem ganz abgeheilt. Erwähnen möchte ich noch, daß die Dame, bei der die Pat. angestellt war, gleichfalls „Javol“ gebrauchte und ebenfalls schon über Jucken auf dem Kopfe klagte. Auf meinen Rat unterließ sie die Waschungen mit „Javol“, und das Jucken verschwand.

Nach diesen Erfahrungen ist jedenfalls vor dem Gebrauch von „Javol“ zu warnen.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

REFERATE.

Die Uviollampe in der Dermatologie.

Sammelreferat von Dr. **Friedrich Kalmus**, Assistenzarzt der Universitäts-Hautklinik zu Freiburg i. Br.

Einen recht erfreulichen Fortschritt in der Behandlung der Hautkrankheiten hat uns die Uviollampe gebracht. Die Uviollampe wurde im Jahre 1905 von dem Jenaer Glaswerk Schott und Genossen in den Handel gebracht und hat sich nach vielseitiger Prüfung einen berechtigten Platz in der Therapie der Hautkrankheiten erworben. Mit der Uviollampe wurde das seit ca. zehn Jahren schwebende Problem der Quecksilberdampflampe in einer für die ärztliche Praxis billigen und einfachen Weise gelöst. Vermöge einer neu geschaffenen ultraviolettdurchlässigen Glasart gelang es, mit Vermeidung des teuren geschmolzenen Bergkristalles der Heraeus-Lampe reichliche und intensive ultraviolette Strahlen auszusenden, deren Spektrum bis 253 $\mu\mu$ reichend zwar nicht völlig dem Spektrum der Heraeus-Lampe von 220 $\mu\mu$ gleichkommt, für therapeutische Zwecke aber hinlänglich genügt, da man auf die äußersten kurzwelligen Strahlen wegen ihrer geringen Durchdringungsfähigkeit verzichten kann. In seiner Originalarbeit „Ueber eine neue Ultraviolett-Quecksilberlampe (Uviollampe)“ beschreibt Dr. O. Schott deren Einrichtung und Wirkungsweise und knüpft im Anschluß daran Betrachtungen über ihre praktische Anwendung auf dem Gebiete der Photographie, der rein wissenschaftlichen und technischen Chemie wie auch besonders in dem Bereich der Hautkrankheiten an. Als therapeutisch wirkender Faktor gilt ihm abgesehen von dem gesetzten Lichterythem auch die von ihm beobachtete tötende Wirkung auf kleine Insekten und Bakterien. Zur therapeutischen Anwendung auf die Haut empfiehlt er einmal direktes längeres Bestrahlen einzelner krankhafter Hautstellen: Lupus, Flechten, Ekzeme, Rose etc., sodann allgemeine Reizung der Haut, wobei nacheinander größere Hautpartien kürzere Zeit zu bestrahlen sind, aber lange genug, um eine geringe Rötung ohne stärkere Entzündung zu bewirken. Das auf der gesunden Haut bewirkte Lichterythem ging nach Schott in der Weise vor sich, daß nach einer Bestrahlung von 5 bis 15 Minuten in 1 bis 3 cm Entfernung von der Lampe zunächst gar keine Veränderung der bestrahlten Haut zu sehen war, und daß erst einige Stunden nach der Bestrahlung eine immer mehr zunehmende Rötung auftrat, die nach ca. 1 Tag ihr Maximum unter gleichzeitigem gelindem Brennen erreichte, bis nach einigen Tagen unter Jucken Schälung eintrat und die Rötung in zwei bis drei Wochen verschwand. Zum Schluß seiner Arbeit wirft Schott die Frage auf, wie weit die Uviollampe eventuell die Finsenlampe ersetzen oder doch ergänzen könne, überläßt aber eine Antwort darauf den zur Entscheidung nötigen weiteren Prüfungen. Die Vorzüge der Uviollampe sieht Schott in dem mäßigen Anschaffungspreis, dem billigen Betriebe, der leichten handlichen Anwendbarkeit wie auch in der Möglichkeit, den ganzen menschlichen Körper mit nicht zuviel Zeitaufwand belichten zu können.

Mit diesem Geleitwort verließ die Uviollampe die Schottschen Werke, um draußen im Getriebe der Praxis auf ihren Wert erprobt zu werden. Die von Schott nur skizzierten therapeutischen Gesichtspunkte wurden eingehend geprüft, gesichtet und erweitert; eine ganze Reihe von Uviolpublikationen erschien, so daß heute nach zwei Jahren das Bild der Uviolbehandlung in seinen Grundzügen ziemlich gefestigt dasteht, während das letzte Wort darüber noch immer nicht gesprochen sein dürfte.

Als einer der ersten und besonders eingehend widmete sich Axmann-Erfurt dem Studium der Uviollampe; in verschiedenen Publikationen legte er seine Erfahrungen über diese neue Lichtbehandlung nieder. Axmann rühmt in seinen Abhandlungen die schon von Schott betonten Vorzüge der Uviollampe gegenüber den anderen therapeutischen Lichtapparaten. Vor der Eisenelektroden-Lampe, welcher sie in ihrer Wirkungsweise am meisten gleiche, habe sie den Vorteil der weit geringeren Wärmeentwicklung, so daß man die Uviollampe mit ihrem meterlangen Lichtbogen ruhig in der Hand halten könne; vor der Finsenlampe habe sie die Möglichkeit einer ausgedehnten Flächenbelichtung voraus, so daß Hautgebiete bis zu 1400 qcm gleichzeitig ohne Wärmeentwicklung zu belichten seien, während umgekehrt durch die Finsenmethode eine zwar weniger ausgedehnte Bestrahlung, dafür aber eine um so größere Tiefenwirkung erzielt werde. Auf Grund theoretischer Erwägungen in Verbindung mit den Tatsachen der Praxis glaubt Axmann bereits im Juli 1905 der Uviollampe eine recht günstige Prognose stellen zu können, indem er die bewirkte Hautreizung für ausreichend hält, um die meisten hier in Frage kommenden Erkrankungen der Körperoberfläche, wie Flechten der verschiedensten Art, Lupus, Eiterpusteln, geschwürige Flächen sowie Kahlköpfigkeit erfolgreich behandeln zu können. Nebenbei betont Axmann noch die kräftige bakterizide Wirkung der Uviollampe. — In einer anderen Arbeit berichtet Axmann über einige praktische Erfahrungen mit der Uviollampe. Ausgehend von den Haupteigenschaften ultravioletter Strahlen, der reizenden und bakteriziden Wirkung, versuchte Axmann die Uviollampe in Fällen, wo beide Faktoren in Betracht kommen: bei Ekzemen, Akne vulg., torpiden Fußgeschwüren und Alopezie. Die $^1/_4$—$^1/_2$ stündigen, in einer Entfernung von 1—10 cm vorgenommenen Bestrahlungen ergaben sehr befriedigende Resultate. So schuppten seit Jahren bestehende Ekzeme nach einigen Sitzungen ab und zwar mit einer die Behandlung überdauernden Heilungstendenz, ebenso trockneten Aknepusteln nach bereits zwei Sitzungen ein, jahrelang bestehende Fußgeschwüre hörten schon nach einer Sitzung auf zu schmerzen, um nach drei weiteren Sitzungen unter Abflachung mit Bildung eines frischroten Granulationswalles in ca. 3 Wochen abzuheilen. Ein Fall von totaler Alopezie, der den üblichen angewandten Mitteln bisher getrotzt hatte, wurde auffallend günstig durch Uviolbestrahlung beeinflußt. Nach den ersten zwei Sitzungen trat unter starker Hyperämie eine kleienförmige Abschuppung der Kopfhaut ein, nach der dritten Bestrahlung zeigten sich kurze Lanugohärchen, und nach zehn Sitzungen hatte Patient bereits reichliche zentimeterlange Haare neben frischem Lanugo. Das Uviollicht erwies sich demnach als das beste der angewandten Reizmittel, wobei die Behandlung für den Patienten eine ebenso bequeme wie angenehme war. Die Wirkungsursache hierbei sieht Axmann in der Beseitigung hindernder Ernährungsstörungen durch starke Gefäßerweiterung und vielleicht auch in bakteriziden, tiefer dringenden Einflüssen. Zum Schluß dieser Arbeit macht Axmann noch auf eine chemische Wirkung der Uviolstrahlen, auf die reichliche Entwicklung von Ozon, aufmerksam, der frische Wunden hellrot färbe, ähnlich wie wenn diese mit Wasserstoffsuperoxyd betupft werden. Diese ozonisierende Wirkung der Uviolstrahlen könne ev. bei kombinierter medikamentöser Behandlung eine unterstützende Rolle spielen. — An einer anderen Stelle geht Axmann noch näher auf die ozonisierende Wirkung der Uviolstrahlen ein. Er erwähnt eine physiologische Beobachtung, die er am Blut mit Uviolstrahlen gemacht habe. Diese reduzierten infolge — wie Axmann annimmt — ihres Gehaltes an Ozon in statu nascendi venöses Blut bald zu hellrotem; auch ließ sich unter der Bestrahlung eine beschleunigte Gerinnung des Blutes nachweisen. Ausgehend von dieser Beobachtung versuchte Axmann die Uviolbehandlung bei Beingeschwüren. Bei zehn Fußgeschwüren sah er nach längstens zehn Sitzungen unter den oben bereits erwähnten Veränderungen eine schnelle und völlige Heilung unter baldigem Aufhören der bestehenden Schmerzen eintreten. Günstige Heilerfolge sah Axmann ferner bei Psoriasis, Intertrigo, Lymphangitis, Furunkulosis, Herpes tonsurans und Sykosis. Auch eine jahrelang bestehende chronische Konjunktivitis wurde bei vorsichtiger Bestrahlung geheilt, indem nach einer kurz dauernden Reaktion die verdickten Lider unter völligem Aufhören der Sekretion abschwollen, und die Schleimhaut normale Färbung annahm. — Die Stellung der Uviollampe in der Lichtbehandlung überhaupt formuliert Axmann in seinem zu Meran gehaltenen Vortrage dahin, daß dieselbe da am Platze sei, wo eine geringe Tiefenwirkung genüge, daß sie indessen auch im eigentlichen Finsengebiete, dem Lupus, eine vorbereitende oder unterstützende Rolle einnehmen könne. Einmal nämlich könne bei kombinierter Methode die Wirkung der betreffenden Lupus-Aetzmittel durch gleichzeitige Uviolbestrahlung verstärkt werden, sodann ließe sich nach mechanischer Beseitigung der Lupusherde durch sofortige Bestrahlung eine schnelle, rezidiverschwerende Ueberhäutung mit glatter Narbenbildung erzielen. — Die Vorzüge der Uviollampe gegenüber der Quarzlampe zeigen sich nach Axmann in folgenden Punkten: in der erheblichen Billigkeit der Anschaffung, des Betriebes wie der ev. nötigen Reparaturen, in ihrer Handlichkeit, die auch eine Benutzung in der horizontalen Lage gestatte, in dem geringen Bedienungsaufwand wie endlich in der Möglichkeit, auf einmal eine große Hautfläche zu bestrahlen; der Nachteil der Uviollampe gegenüber der Quarz- und Finsenlampe beruhe darin, daß man sie nicht direkt als Kompressorium aufsetzen könne, sondern höchstens auf Kombinationen von Druckgläsern angewiesen sei und damit der stärkeren Tiefenwirkung verlustig gehe. Axmann sieht in der Uviolwirkung in gewisser Weise ein Analogon zu der Bier'schen Stauung, nur daß sie diese noch durch eine monatelang überdauernde, nachhaltige Heilungstendenz übertreffe.

Axmann versuchte auch die Technik in der Uviolbehandlung zu vervollkommnen, einmal indem er durch eine Kombination von Uviollampen es ermöglichte, zwecks Anregung der gesamten Hauttätigkeit den ganzen menschlichen Körper auf einmal einem sogenannten „Uviolbade" auszusetzen, sodann indem er einen Konzentrator aus Weißblech konstruierte, der das Licht durch wiederholte Reflexion um gut das Zehnfache verstärken und vermöge seiner Trichterform zur Einführung der Strahlen in Körperhöhlen, bes. in die Ohren dienen soll.

Ein anderer Praktiker, der seine Erfahrungen über das Uviollicht in mehreren Abhandlungen mitteilte, ist Strauß-Barmen. In dem einen im August 1906 in der „Heilkunde" erschienenen Artikel bespricht Strauß die wissenschaftliche Unterlage der Uvioltherapie. Er betont in ähnlicher Weise wie Axmann die Vorzüge der Uviollampe vor der Quecksilberlampe und hält besonders die von Kromayer angegebene Tiefenwirkung der Quarzlampe, die nach Kromayer die Finsenlampe um das Drei- bis Fünffache übertreffen soll, für zu hoch gegriffen. Ferner legt Strauß Wert darauf, nochmals den Beweis zu erbringen, daß es sich bei dem Uviolerythem um ein reines Lichterythem handle, das von den gleichzeitig gelieferten Wärmestrahlen völlig unabhängig sei. Bei mehr als 200 verschiedenen Fällen sah Strauß unter Bestrahlungsdauer bis zu einer halben Stunde keine Verbrennung, höchstens leichte Blasenbildung der Haut auftreten. Als der dominierende therapeutische Faktor des Uviollichts erscheint Strauß mit Berücksichtigung der bisherigen Versuchsresultate nicht die bakterizide Kraft des Uviollichtes, die an Bakterienkulturen durch eine Reihe einwandsfreier Versuche nachgewiesen wurde, sondern vielmehr die anregende Wirkung des Lichtes auf den Stoffwechsel der Zellen, die in ähnlicher Weise wie die Hyperämie Biers nicht nur zu einer Hebung der Ernährung führe, sondern auch bessere Abwehrbedingungen gegen die Bakterien und ihre Ptomaine schaffe. Wenn Strauß auch nicht der bakteriziden Kraft der Strahlen den therapeutischen Haupteffekt zuerkennt, so kann er sich doch nicht ganz den Schlußfolgerungen Klingmüllers und Halberstädters anschließen, die auf Grund ihrer experimentellen Arbeiten eine bakterizide Wirkung der Lichtstrahlen in der Behandlung der Hauttuberkulose direkt verneinen. Mit einer gewissen Berechtigung erhebt Strauß gegen diese Auffassung den Einwand, daß das betreffende Experiment insofern nicht der Praxis entspräche, als es sich dort nicht um eine einmalige, sondern um eine sehr häufig wiederholte Belichtung handle, die als solche doch schließlich eine die Bakterien tötende oder wenigstens ihr Wachstum hemmende Wirkung ausüben dürfte. Zuletzt gedenkt Strauß noch kurz der sogenannten „Sensibilisierung" der Gewebe mit fluoreszierenden Mitteln (z. B. Eosin) und wirft die Frage auf, ob diese Stoffe, die nach den Untersuchungen von Straub, Jodlbauer, v. Tappeiner u. a. als Aufstapler und Ueberträger des aktiven Sauerstoffs dienen, unter der Einwirkung des Uviollichtes durch verstärkte Oxydation die Heilung beschleunigen vermöchten; ferner, ob durch Anwendung von Lezithin, das bei der Bestrahlung im Gewebe wirksam werden soll, und durch hautreizende Mittel, wie Nukleinsäure, Ol. Terebinth., die Heilkraft des Lichtes verstärkt werden könne.

In seinem auf der Naturforscher- und Aerzteversammlung in Stuttgart gehaltenen Vortrage berichtet Strauß über seine praktischen Erfahrungen mit der Uviollampe. Er nimmt hierin im wesentlichen den Standpunkt Axmanns ein und lobt die prompten Erfolge der Uviolbehandlung. Für die praktische Anwendung empfiehlt Strauß im Anfang eine recht energische, $^1/_2$—$^3/_4$stündige, mehrere Tage hintereinander vorzunehmende Behandlung, worauf dann in längeren Pausen auch kürzere Belichtungen von fünf bis zehn Minuten meist genügen. Die Stärke der Reaktion nimmt dann mit der Häufigkeit der Belichtungen ab, worin Strauß einen Beweis für die sich steigernde Widerstandsfähigkeit der Haut unter der Wirkung des Lichtes erblickt. Die Indikation für die Anwendung der Uviollampe sieht Strauß da, wo es gilt, eine die Resorption fördernde Hyperämie zu erzielen, hautreizende und oberflächliche bakterizide Wirkungen auszuüben, die Haut umzustimmen und den Zellenstoffwechsel durch gesteigerte Oxydation anzuregen. Von dieser Indikationsstellung ausgehend, erzielte Strauß gute und schnelle Heilerfolge bei entzündlichen Prozessen der Haut, so bei Follikulitis barbae, sowie bei Akne vulgar. und rosazea. Das Uviollicht erwies sich hier als ein hervorragendes Teintverbesserungsmittel. Ein besonders dankbares Gebiet bildeten weiter die verschiedensten Arten des Ekzems im subakuten und chronischen Zustande, während die Behandlung des akuten Ekzems kontraindiziert erschien. Am zweckmäßigsten wurde bei den Ekzemen die Belichtung mit Bäder- und Salbenbehandlung kombiniert. Außer der prompten Heilung imponierte auch die schnell eintretende juck- und schmerzlindernde Wirkung. Auch Psoriasis heilte unter Uviolbehandlung, jedoch waren die Erfolge nicht sicher. Von parasitären Erkrankungen reagierte besonders günstig die Pityriasis versikolor, während Trichophytien sich im allgemeinen als hartnäckig erwiesen. Bei den verschiedenen Formen der Alopezie sah Strauß gleichfalls eine günstige Beeinflussung, während sich die Alopezia praematura refraktär verhielt; unbeeinflußt blieben trotz mehrwöchiger Behandlung Erythema zentrifug., Chloasma und Naevus pigmentosus. Bei den tieferen, in der Kutis sich abspielenden infektiösen Prozessen, wie bei Lupus und Ulkus rodens, ließen sich vorzügliche Erfolge glatter Vernarbung erzielen, wenn man der Lichtbehandlung eine operative resp. ätzende vorausschickte. Denselben günstigen Einfluß auf die Vernarbung konstatierte Strauß auch bei Geschwüren, infizierten Wunden, phagedänischen Schankern und dergl., wobei das Uviollicht eine reinigende und desinfizierende Wirkung entfaltete. Zur Verstärkung der Lichtwirkung versuchte Strauß ebenso wie Axmann gleichzeitige medikamentöse Behandlung und zwar in der Weise, daß vor der Sitzung die erkrankten Hautstellen mit den betreffenden Mitteln bedeckt wurden, so daß sie unter der ozonisierenden Kraft des Lichtes eine schnellere und intensivere Wirkung zu entfalten vermochten. Strauß hat im einzelnen eine große Reihe der üblichen dermatologischen Medikamente bezügl. ihrer Durchlässigkeit für Uviolstrahlen genauer studiert. Das Resultat seiner Erfahrungen faßt Strauß dahin zusammen, daß die Uviollampe entschieden eine Bereicherung des dermatologischen Instrumentariums darstelle; zwar sei sie kein Allheilmittel, setze aber oft dort ein, wo die anderen Mittel versagten, und unterstütze in hohem Maße die bisher übliche Behandlung.

Die Mitteilung von Assfalg-Frankfurt a. M. erwähne ich nur kurz, da dieser sich in ähnlichem Sinne wie Axmann und Strauß äußert. Auch er lobt die günstigen Erfolge, die er namentlich bei Alopezia areata, Akne vulgar. und rosazea, Ekzemen und Fußgeschwüren erzielte. Die bewirkte Heilung der Psoriasis erwies sich nur als vorübergehend. Zur Behandlung von Lupus kommt nach seiner Meinung die Uviollampe nicht in Betracht, da ihr die Tiefenwirkung der Finsenlampe abgehe.

Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Uvioltherapie in der Dermatologie lieferte Meyer-Kiel. Während die bisher erwähnten Autoren in erster Linie ihre praktisch-therapeutischen Erfahrungen über das Uviollicht behandelten, suchte Meyer auch experimentell sich ein Urteil über die Tiefenwirkung und die bakterizide Kraft der Uviollampe zu bilden, um dann eine seinen Versuchsresultaten entsprechende Indikation für die Uviolverwendung zu stellen. Aus seinen Versuchen glaubt Meyer den Schluß ziehen zu können, daß das Uviollicht sich ebenso wenig wie das Eisenlicht für tief in der Haut liegende Prozesse eigne und nicht im entferntesten dem Lichte der Finsen-Reynlampe an Tiefenwirkung gleichkomme. Zwecks Feststellung der Tiefenwirkung experimentierte Meyer mit Epidermis aus der Vola manus (von Brandblasen und Dermatitis bullosa), indem er sich auf die Versuche Freunds stützte, der nachwies, daß die Absorptionsverhältnisse farbloser, toter, eingetrockneter Epidermis beinahe genau dieselben sind, wie die der lebenden Oberhaut, und daß es für die Permeabilität nur auf die Pigmentation ankomme. Als Reagenz für die Lichtwirkung benutzte Meyer Chlorsilberpapier. Sehr wichtig für die Schätzung der Tiefenwirkung des Uviollichtes ist ferner der Umstand, daß man von der Anwendung eines Druckglases Abstand nehmen muß und so nicht in der Lage ist, das Blut aus der Lichtpassage auszuschalten, welches nach den Arbeiten Freunds und Busks am anämisierten und blutgefüllten Kaninchenohre eine reichliche Absorption der chemischen Strahlen bewirkt. In der Beurteilung der bakteriziden Kraft des Uviollichtes stützt sich Meyer auf die Versuche Kellers-Zürich, der an Bakterienkulturen nachwies, daß allerdings dem Uviollicht eine gewisse bakterizide Kraft nicht abzusprechen sei, und zwar auf Bakt. koli und Streptokokken, daß aber diese Wirkung nur eine oberflächliche und geringe sei. Schotts Beobachtung von der tötenden Wirkung des Uviollichtes auf Insekten wie Kellers positive Versuchsergebnisse an Mäusen und Kaninchen erklärt Meyer eher durch die Wirkung der Wärme- als der chemischen Strahlen, zu welcher Auffassung auch seine eignen und Möllers Versuchsresultate passen. Diesen Untersuchungsergebnissen entsprechen auch Meyers therapeutische Erfahrungen, der sich von einer besonders günstigen Beeinflussung parasitärer Hautleiden nicht überzeugen konnte. Da Meyer selbst bei oberflächlichen Herden des Herpes tonsurans keine wesentliche Beeinflussung durch das Uviollicht konstatierte, so kommt nach ihm Trichophytia profunda oder gar Lupus erst recht nicht (auch nicht in vorbereitender Weise) für diese Behandlung in Betracht. Nur bei der alleroberflächlichsten Pilzerkrankung, der Pityriasis versikolor, sah Meyer gute Erfolge mit der Uviolbestrahlung. Es bleiben daher nach Meyer für die Uviolbehandlung nur solche Hauterkrankungen übrig, wo wir von einer oberflächlichen Hautreizung eine günstige Beeinflussung erwarten können. Daß die durch das Uviollicht bewirkte Dermatitis nur sehr oberflächlicher Art ist und sehr von dem Finsenerythem verschieden ist, zeige auch die geringe Infiltration der belichteten Hautstelle, so daß man im Gegensatz zum ödematösen Finsenerythem die durch Uviol belichtete Haut wie bei der normalen zwischen den Fingern falten könne, eine Tatsache, der auch der mikroskopisch-histologische Befund entspräche. Meyer sah trotz heftiger Reaktion nach einstündiger Belichtung in 3 bis 4 cm Entfernung die Entzündungserscheinungen nur auf die der Epidermis zunächst liegenden Gefäße beschränkt, während die tiefen, im Korium liegenden kaum beeinflußt waren. Die durch das Uviollicht gesetzte Dermatitis scheint sich, wie zahlreiche Versuche und mikroskopische Untersuchungen erwiesen, von der Sonnendermatitis nicht wesentlich zu unterscheiden, nur daß die Entzündung wohl noch eine oberflächlichere ist. Aehnlich wie die oben genannten Autoren lobt Meyer die günstigen Erfolge der Uviolbehandlung bei Alopezia areata (allerdings konnte sie in einem Falle das Auftreten eines Rezidives im Bereich der Haarregeneration nicht verhindern), bei Akne vulgaris, ferner bei Ekzemen und zwar besonders, wie auch Gottstein beobachtete, bei oberflächlich schuppenden Gewerbeekzemen der Hände, wie endlich auch in überraschender Weise in einem Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring. Bei Strophulus und Prurigo Hebrae imponierte namentlich die jucklindernde Wirkung des Uviollichtes, so daß Meyer hier diesem den Vorzug vor dem Röntgenlicht zubilligt. Einen großen Vorteil der Uvioltherapie sieht Meyer in der einfachen und bequemen Dosierung des Lichtes, das in dieser Beziehung der Salbenapplikation überlegen sei. Meyers Fazit über das Uviollicht geht dahin, daß es bei oberflächlichen, namentlich stark juckenden Hauterkrankungen eine gute Wirkung hat, das sicher bei geeigneter Anwendung nicht schädlich wirkt, dessen Anwendung aber gegenüber allen in der Tiefe liegenden Prozessen, speziell Lupus, absolut ungeeignet ist, und das dem Eisenlicht, dem es sehr ähnelt, einmal deswegen in manchen Fällen vorzuziehen ist, weil man damit viel ausgedehntere Hautstrecken bestrahlen kann, andererseits, weil die Wirkung dieses Lichtes besser abzustufen und zu dosieren ist.

Zum Schluß meines Referates gehe ich noch ein auf die Mitteilungen von Stern und Hesse, Düsseldorf: „Ueber die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie". Diese Publikation beansprucht deshalb ein besonderes Interesse, weil diese beiden Autoren die durch das Uviollicht gesetzten Veränderungen an der normalen Haut genau auf ihren histologischen Befund prüften. Das Ergebnis ihrer Untersuchungen war, daß das Uviollichterythem makroskopisch wie auch mikroskopisch große Aehnlichkeit mit dem Erythema solare bietet, wie ja auch schon Meyer bereits hervorgehoben hatte. Sie fanden an 15 Minuten lang bestrahlter menschlicher Haut 3 Stunden nach der Belichtung gar keine deutlichen Veränderungen, nach 12 Stunden ein schwaches Oedem der Retezellen, nach 36 Stunden eine Zunahme des Oedems der Retezellen, das an einigen Stellen schon zur Bildung kleiner Hohlräume geführt hatte; am dritten Tage nach der Bestrahlung war die Epidermis in den mittleren Schichten von zahlreichen kleinen Hohlräumen durchsetzt, die mit gequollenen Epithelien, Kernen und vereinzelten Leukozyten angehäuft waren, sonst außer vereinzelten im gelockerten Gewebe der Retezellen liegenden Leukozyten und hyperämischen oberflächlichen Koriumgefäßen keine wesentlichen Veränderungen in der Epidermis. Von einer Tiefenwirkung wie bei dem Finsenlicht konnte nicht die Rede sein. Es kam also durch die Uviolbestrahlung zu einer oberflächlichen Dermatitis, verbunden mit einer mehrere Tage andauernden Gefäßerweiterung, sowie zu einer konsekutiven Abschiebung der oberflächlichen Zellschichten. Diese beiden Faktoren, bessere Ernährung der Haut durch langdauernde Hyperämie und Abstoßung der oberen Schichten, spielen nach Stern die erste therapeutische Rolle des Uviollichtes, während dessen bakterizide Wirkung gering und oberflächlich sei. Der Erfolg des Uviollichtes bei parasitären Hautkrankheiten erkläre sich durch Abstoßung der oberen Zellschichten samt den daran haftenden Bakterien und Pilzen, während die berichteten Heilerfolge bei tiefer sitzenden Parasitosen (Trichophytie) nur durch die geschaffene Hyperämie zustande kämen. — Für die praktische Anwendung der Uviolbehandlung hält Stern die Erzielung eines lebhaften Erythems für erforderlich; die betreffenden Hautstellen sind für die Belichtung durch Beseitigung etwaiger Schuppen und Borken vorzubereiten. In den behandelten Fällen versagte das Uviollicht stellenweise gänzlich, so bei Favus und in einem Falle von Trichophytia non parasitaria, in welchen Fällen Röntgenbehandlung noch zum Ziele führte. Langwierig und nicht besser als die anderen üblichen Mittel wirkte das Uviollicht bei Psoriasis, Herpes tonsurans und torpiden Beingeschwüren, während ein fortgeschrittenes Ulkus phagedänikum, nach längerer erfolgloser Behandlung mit den üblichen Mitteln, erst unter Uviollicht zur Heilung kam. Das Beste leistete dieses bei subakuten und chronischen Ekzemen, besonders bei seborrhoischen Ekzemen des Kopfes, ferner bei Alopezia areata und Herpes tonsurans capillitii. Die Uviollampe sei somit kein Allheilmittel und dürfe nie den Anspruch erheben, ein Ersatz der Finsenlampe zu sein, denn gerade da versagte sie zurzeit noch vollkommen, verdiente jedoch als Unterstützung der sonstigen Lupusmittel Beachtung. Die Vorzüge der Uviolbehandlung liegen nach Stern also für den Arzt in der einfachen Handhabung, der guten Dosierbarkeit durch Ändern der

Entfernung und der Ungefährlichkeit des Verfahrens; für den Patienten in der Sauberkeit und der Schmerzlosigkeit der Behandlung.

Ein Ueberblick über die referierte Uviolliteratur zeigt, daß das Uviollicht in den zwei Jahren seines Bestehens ebenso sachgemäß experimentell, wie auch praktisch-therapeutisch erprobt wurde, und daß heute trotz dieser und jener Meinungsverschiedenheit im wesentlichen das Bild der Uvioltherapie in festen Umrissen dasteht. Darin sind sich wohl alle Autoren einig, daß die Uviollampe in keiner Weise die Finsenmethode ersetzt, geschweige denn überholt hat. Jede dieser beiden Lichtmethoden hat ihr besonderes therapeutisches Anwendungsgebiet. Wenn auch Axmanns etwas optimistische Indikationsstellung für die Uviolbehandlung durch gewisse Enttäuschungen anderer Autoren eingeschränkt wurde, so muß doch offen anerkannt werden, daß die Uviollampe bei planvoller Anwendung, d. h. zur Erzielung einer nicht tief gehenden und flächenhaften Wirkung Vorzügliches leistet und mit Recht als eine schätzenswerte Bereicherung des dermatologischen Instrumentariums angesehen werden darf.

Literatur.

O. Schott: Ueber eine neue Ultraviolett-Quecksilberlampe (Uviollampe). Mitteilungen aus d. Glaswerk Schott u. Gen., Jena.

E. Gottstein: Ueber therapeutische Erfahrungen mit einer neuen Quecksilberlampe „Uviollampe“ von Schott. Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie, Berlin, 1905/06, Bd. IX.

Amende-Steglitz: Die Uviollampe. Dermatolog. Zentralblatt, 1905.

H. Axmann: Die Uviol-Quecksilberlampe. Elektrotechn. Ztschr., Berlin, 1905, 27.

— Lichtbehandlung mittels bestimmter Strahlengruppen. Deutsche med. Wochenschr., Berlin, 1905, 22.

— Wundbehandlung mittels ultravioletten Lichtes. Münch. med. Wochenschrift, München, 1905, 36.

— Die Uviol-Lampe und Behandlung mittels ultravioletter Strahlen. Vortrag, geh. auf der 77. Versammlg. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Meran 1905; Verhandlungen der Gesellschaft u medizin. Klinik, Berlin, 1906, 1904.

— Einiges zur Technik der Uviolbehandlung. Ztschr. f. physikal. u. diät. Therapie, Maiheft, 1906.

— Die Uviol-Lampe. Bayer. Industrie- u. Gewerbebl., München, 1906, 4.

— Quellen des Lichtes. Himmel u. Erde, Berlin, 1906, März.

— Weitere Erfahrungen der Uviolbehandlung und ein zur Bestrahlung des ganzen Körpers geeigneter Apparat (Uviolbad). Deutsch. med Wochenschr., Nr. 15, 1906.

— Aktinotherapeutische Betrachtungen über Kohlen- und Quecksilberbogenlampen. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg., 1907, 22.

Buttersack (Arco): Eine neue Ultraviolett-Quecksilberlampe (Uviol). Fortschritte der Mediz., Nr. 36, 20./XII., 1905.

Assfalg: Die Behandlung mit Quecksilberlicht. Frankf. Ztg., 1906, 72.

— Ueber Behandlung mit Quecksilberlicht. Münch. med. Wochenschrift, 1906, 41.

A. Strauß: Ueber die Wirkung der chemischen Lichtstrahlen auf die Haut, unter besonderer Berücksichtigung des Uviollichtes. Die Heilkunde, 1906, 38

— Resultate der Uviollicht-Behandlung bei Hautkrankheiten. Dermatolog. Zeitschr., Nov. 1906.

— Ueber Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten. Die Heilkunde, 1907, III.

H. Meyer: Einige Erfahrungen mit der Uviollampe. Medizinische Klinik, 1906, 38.

Stern und Hesse: Ueber die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie. Münchener med. Wochenschr., 1907, 7.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur**, dirig. Arzt der hydrotherapeut. Anstalt des Rudolf Virchow-Krankenhauses, Berlin.

Der Einfluß unserer therapeutischen Maßnahmen auf die Entzündung. Von Jean Schäffer. Stuttgart 1907. Verlag von Ferdinand Enke. 237 Seiten. Mit 11 Tafeln. Preis 8 M.

Das vorliegende Buch bedeutet, das kann ohne Uebertreibung gesagt werden, einen wichtigen Fortschritt in der Kenntnis von der Wirkung der physikalischen Therapie, speziell von lokalen physikalischen Prozeduren. Denn so viel auch schon in physiologischer Hinsicht die Wirkungsweise von heißen Umschlägen, Thermophoren, Heißluftbehandlung, Eisblase, Prießnitzumschlägen, Bierscher Stauung usw. studiert worden ist, man kam in vieler Beziehung nicht zu einheitlichen Resultaten, und die Schlüsse, die aus solchen physiologischen Versuchen gezogen wurden, beruhten nicht immer nur auf direkter Anschauung, sondern vielfach mußte man dabei auch bloßen Vermutungen Platz geben. Schäffer hat nun die Frage: Wie wirken die oben genannten Maßnahmen auf den lokalen Entzündungsprozeß? vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus studiert und ist dabei zu höchst bedeutsamen Resultaten gekommen, die durch gute, dem Buche beigefügte Tafeln anschaulich illustriert werden.

Die Versuchsanordnung war bei sämtlichen Untersuchungen im wesentlichen dieselbe. Es wurden unter die Haut von Versuchstieren (meistens Kaninchen, seltener Meerschweinchen oder Schweine) an symmetrischen Körperstellen bis ins subkutane Gewebe hinein sterilisierte Katgut- oder Seidenfäden eingeführt, die mit mehr oder minder starker Argentum-nitrikum-Lösung oder aber mit einer bestimmten Bakterien-Aufschwemmung imprägniert worden waren; es läßt sich auf diese Weise ein genau definierbarer Entzündungsreiz setzen. Während nun die eine Seite unbehandelt blieb und als Kontrolle diente, wurden auf die Stelle, wo der andere Faden eingeführt worden war, die betreffenden Prozeduren appliziert. Nach einer gewissen Zeit wurden dann beiderseits die betreffenden Hautstücke samt dem subkutanen Gewebe exzidiert und nun mikroskopisch untersucht und verglichen. Die Exzision geschah entweder sofort nach Beendigung der Applikation oder einige Zeit später, um die Nachwirkung der betreffenden Prozedur beobachten zu können. Auch dadurch, daß die Umschläge, Stauungen und dergl. erst mehrere Stunden nach Einführung des entzündungserregenden Fadens auf die behandelte Stelle appliziert wurden, konnten die Versuche variiert werden.

Die Ergebnisse der so angestellten Experimente sind kurz die folgenden:

1. a) Heiße Umschläge sind in hervorragendem Maße imstande, die Bildung eines entzündlichen Infiltrates um den eingeführten Faden herum zu verhindern; es beruht dieser Vorgang zum Teil darauf, daß die emigrierten Leukozyten durch die starke Durchtränkung des Gewebes mit lymphatischer Flüssigkeit fortgespült werden, zum Teil auch auf einem Zugrundegehen der Leukozyten, das sich durch den Befund zahlreicher Leukozyten-Schatten in der Umgebung des Fadens erkennen ließ. Außer der schon erwähnten lymphatischen Durchtränkung zeigte sich eine starke arterielle Hyperämie auf der behandelten Seite, die sich auch in die tiefer liegenden Schichten hinein erstreckt (ebenso wie die Verhinderung der Infiltration). Das histologische Bild war im wesentlichen dasselbe, wenn die Fäden statt mit (5 bis 10%iger) Argentum-Lösung mit einer Staphylokokken-Aufschwemmung imprägniert worden waren; bemerkenswert ist, daß im letzteren Falle die Staphylokokken auf der behandelten Seite an Zahl spärlicher und fast gar nicht in die Umgebung verschleppt worden waren. Eine Phagozytose ließ sich nicht nachweisen, während sie auf der Kontrollseite deutlich vorhanden war. Offenbar hatte die starke Durchtränkung mit Lymphflüssigkeit und deren Gehalt an bakteriziden Stoffen (die vielleicht aus den untergegangenen Leukozyten stammen) den Hauptanteil an jener antibakteriellen Wirkung.

Auch wenn die Exzision der behandelten Stelle erst längere Zeit (24 Stunden) nach Aussetzen des heißen Umschlages erfolgte, ließ sich noch eine deutliche infiltrationshemmende Wirkung nachweisen; ebenso konnte, wenn erst mehrere Stunden nach Einführung des Fadens die Behandlung begann, noch in deutlicher Weise die eitrige Infiltration gehemmt oder verhindert werden. Auf die Einzelheiten und graduellen Unterschiede kann hier nicht näher eingegangen werden, im allgemeinen ließ sich die Infiltration um so sicherer verhüten, je früher und je länger andauernd die heißen Umschläge appliziert wurden. Sehr bemerkenswert ist, daß übermäßig heiße Umschläge (über 42° C) wenig oder keine infiltrationshemmende und entzündungswidrige Wirkung mehr haben, sondern lediglich die Gewebe schädigen.

b) Trockene heiße Umschläge (Thermophore) wirken ebenso wie die feuchten heißen Kompressen. Das Optimum ihrer Wirksamkeit liegt bei höchstens 46°.

c) Auch die lokalen Heißluftbäder haben eine ähnliche infiltrationshemmende Wirkung, dieselbe ist jedoch ebenso wie die antibakterielle Wirkung nicht ganz so intensiv als bei den feuchten oder trocknen heißen Umschlägen. Dagegen läßt sich hier eine sehr hochgradige arterielle Hyperämie beobachten, und zwar ebenfalls wieder auch in den tieferen Schichten; von einer „ableitenden“ Wirkung nach der Oberfläche ist also weder hier noch bei den sonstigen Applikationen die Rede.

Die praktischen Schlußfolgerungen ergeben sich aus dem Gesagten; hervorgehoben sei nur, daß der Verfasser die lokale Hitzebehandlung wegen ihrer resorptionsbefördernden Wirkung in den Fällen für kontraindiziert hält, wo eine vehemente Resorption angesammelter Toxine Gefahr bringen könnte. Ferner ist zu beachten, daß heiße Umschläge zwar im Beginne eine Abszeßbildung verhüten, einen bestehenden Abszeß dagegen leichter zu verflüssigen vermögen, und daher z. B. bei der Gefahr des Durchbrechens eines Abszesses in die Bauchhöhle (Perityphlitis!) nicht erlaubt sind.

2. Die Einwirkung der Eisblase auf den lokalen Entzündungsprozeß besteht darin, daß bei sofortiger Anwendung die Infiltration völlig oder fast völlig verhindert wird. Wird dagegen erst mehrere Stunden nach Einführung des entzündungserregenden Fadens die Eisblase appliziert, so übt sie keinen oder nur einen unwesentlichen entzündungshemmenden Einfluß aus (im Gegensatze zu den heißen Umschlägen); auch gelingt es nicht, wie bei den heißen Umschlägen, eine Nachwirkung der Eisblasenbehandlung zu erzielen, vielmehr treten alsbald nach Aussetzen der Eisblase die Entzündungsvorgänge ebenso stark oder noch stärker als an der unbehandelten Kontrollseite in Erscheinung.

Im mikroskopischen Bilde sieht man an Präparaten, die unmittelbar nach Aussetzen der Eisblasenbehandlung entnommen sind, eine starke Anhäufung von Leukozyten in den Venen der weiteren Umgebung des Fadens, während, wie gesagt, eine Leukozytose um den Faden herum fehlt. Offenbar werden die Leukozyten durch die Kälte in ihrer Wanderungsfähigkeit behindert; zu Grunde gegangene Leukozyten, wie sie nach Wärmebehandlung sich zahlreich um den Faden herum finden, lassen sich hier nicht nachweisen.

Die Eisblasenbehandlung ist also zwar imstande, entzündliche Infiltrate bei permanenter ununterbrochener Anwendung zu verhindern, zur Beseitigung schon bestehender Entzündungen eignet sie sich jedoch viel weniger als die heißen Applikationen.

3. Was die Applikationen von feuchten Verbänden von kühler oder indifferenter Temperatur betrifft, so besteht ein prinzipieller Unterschied darin, ob die feuchten Verbände (meist 1% essigsaure Tonerde-Umschläge) mit impermeablem Stoff bedeckt sind oder nicht. Mit impermeablem Stoff bedeckte Verbände wirken, wenn sie längere Zeit liegen bleiben, infiltrationsverhindernd, ähnlich, aber schwächer, als die heißen Umschläge. Werden sie dagegen öfters gewechselt, so tritt eine Leukozytenvermehrung ein, um so deutlicher, je öfter der Wechsel erfolgt. In allen Schichten rufen die impermeable bedeckten Kompressen eine deutliche venöse Hyperämie hervor. Umschläge dagegen, die nicht mit impermeablem Stoff bedeckt sind, also die eigentlichen Prießnitz-Umschläge, verstärken die entzündliche Reaktion, auch ist die Hyperämie dabei nur unwesentlich. Am deutlichsten tritt bei den Prießnitz-Umschlägen die Verstärkung der entzündlichen Reaktion in den oberflächlichen Schichten zu tage.

Für die Beeinflussung der Entzündungsvorgänge war es unwesentlich, ob die Kompressen mit 1%iger essigsauerer Tonerdelösung, mit reinem Wasser oder mit 5%iger wässriger Resorzinlösung getränkt waren. Dagegen waren die Epithelschädigungen stärker nach Wasserumschlägen als nach essigsaurer Tonerde- oder Resorzinlösung-Umschlägen, welch letztere die Gewebe am wenigsten zu schädigen scheinen.

4. Nach Spiritus-Verbänden zeigten die Entzündungsprozesse bei den Versuchstieren große individuelle Verschiedenheiten. Im allgemeinen wirkten jedoch die Spiritus-Verbände sehr ähnlich, wenn auch etwas schwächer als die lokale Hitzebehandlung, und sie haben somit ähnliche Indikationen und Kontraindikationen. Je höher konzentriert der Alkohol genommen wird, um so bessere Resultate ließen sich erzielen, man soll die Konzentration möglichst hoch wählen (95%), ein 95%iger Spiritus-Umschlag von $1^1/_2$ stündiger Dauer leistete mehr als ein 70%iger von 10 Stunden Dauer.

5. Die Wirkung der Jodtinktur und der sonstigen sogen. derivierenden Mittel äußert sich darin, daß zwar in den oberflächlichen Hautschichten eine mehr minder starke Hyperämie entsteht, daß dieselbe sich jedoch, selbst bei sehr forzierten Jodpinselungen, nicht in die Tiefe erstreckt wie bei den oben genannten Applikationen; andrerseits konnte aber nie eine Anämie der tieferen Schichten, also eine „Ableitung“ nach der Oberfläche, nach diesen Mitteln beobachtet werden. Der Entzündungsprozeß selbst wurde nach den Jodpinselungen und den sonstigen versuchten Applikationen (Karbolquecksilberpflaster, Salizyl-Seifenpflaster) ebenfalls nur in den oberflächlichen Schichten und meist nicht wesentlich beeinflußt, der Einfluß auf die Infiltrationsvorgänge in den tieferen Schichten fehlte.

6. Der Einfluß der Bierschen Stauung auf den Entzündungsprozeß ist auch früher vielfach studiert worden, trotzdem bringen auch hier Schäffers Untersuchungen vieles Neue. Sie zeigen, daß die Modifikation des Entzündungsprozesses durch die Stauung eine eigentümliche ist und sich von der durch sonstige Maßnahmen bedingten durchaus unterscheidet. Es werden zwar ebenfalls durch die Stauung die Infiltrationen um den Faden herum verhindert, dagegen zeigen sich starke Leukozytenansammlungen in den Venen wie bei der Eisblasenbehandlung; außerdem findet man, was bei der Kältewirkung fehlt, im Gewebe zahlreiche zu Grunde gegangene Leukozyten, deren Degenerationsformen sich aber wiederum prinzipiell von den nach Wärmeapplikation gefundenen unterscheiden. Daß starke ödematöse Durchtränkung der Gewebe und venöse Hyperämie bei den Stauungsversuchen gefunden wurde, liegt auf der Hand.

Die bakteriellen Entzündungsprozesse wurden in gleicher Weise wie die chemischen durch die Stauung günstig beeinflußt; theoretisch ist von Wichtigkeit, daß auch hier, ebenso wie bei der antibakteriellen Wirkung der heißen Umschläge und Spiritusverbände, die Phagozytose keine erhebliche Rolle spielen konnte, vielmehr tritt die Aktion der Körperflüssigkeit, vor allem des Oedems, bei allen diesen Vorgängen in den Vordergrund. Wahrscheinlich ist, entsprechend der schon von Buchner aufgestellten Vermutung, daß durch das Zugrundegehen der Leukozyten und das dadurch bedingte Freiwerden gewisser Schutzstoffe diese Aktion wesentlich verstärkt wird.

In praktischer Hinsicht wichtig ist, daß übermäßig starke Stauung ebenso wie die übermäßig heißen Umschläge, den entzündungshemmenden Einfluß nicht verstärkt, sondern schädigt. Im ganzen wirkt die Stauung zwar etwas langsamer entzündungshemmend und -verhindernd als die Hitzebehandlung und die Spiritusumschläge, übertrifft aber bei weitem an Wirksamkeit die feuchten Verbände, Jodpinselungen usw.

Dies Referat gibt nur die wichtigsten Ergebnisse der Schäfferschen Versuche wieder. Gewiß bedürfen dieselben noch hier und da der Ergänzung, speziell bleibt der Einfluß auf ältere, schon ein oder mehrere Tage bestehende Entzündungsprozesse noch zu untersuchen. Aber das ändert nichts an dem großen Werte des Buches; es bietet eine Fülle von auch praktisch wichtigen interessanten Einzelheiten und Anregungen und ist dazu in einer sehr verständlichen und übersichtlichen Form geschrieben, so daß seine Lektüre nur wärmstens empfohlen werden kann.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Die hausärztliche Behandlung der Neurasthenie.** Von Dr. A. Strasser, Wien. Bl. f. kl. Hydroth., 1907, Nr. 12.

2. **Die Pathogenese und die individualisierende Therapie der Fettsucht.** Von F. C. R. Eschle-Sinsheim. Ther. Monatsh., 1906, Nr. 1 und 4.

3. **Ueber den Infektionsmodus mit dem Tuberkelbazillus** Ein Wort zur Internationalen Tuberkulose-Konferenz in Wien 18. bis 21. Septbr. 1907. Von Buttersack, Berlin. Fortschr d. Med., 1907, Nr. 34.

1. Prophylaktisch ist, besonders bei erblich belasteten Kindern, körperliche Abhärtung, Regulierung der Ernährung, Vermeidung von Alkohol, Tabak etc. und vorwiegend die Sorge für Schlaf von Wichtigkeit. Die letztere ist auch im Gegensatz zu der manchmal beliebten „ablenkenden Zerstreuung" empfehlenswert. Bei ausgebildeter Krankheit ist u. a. auf folgendes zu achten:

a) Was die Ernährung betrifft, so haben Bouchard, Huchard, Vigouroux und auch Haig, der trotz mancher Uebertreibungen viel Wahres sagt, sehr mit Recht auf die nahen Beziehungen der Neurasthenie zu der uratischen Diathese als einer Form der Autointoxikation hingewiesen und die einseitige Fleischernährung energisch bekämpft.

Gerade die Neurastheniker sind geneigt, auf diätetischem Wege ihre Stimmung zu reparieren, im Essen „Kraft" zu suchen. Es ist in dieser Beziehung genau so wie mit den „Zerstreuungen". Man will die Unlustgefühle übertönen, und sicher gelingt das oft im Augenblick, ebenso sicher aber sind solche Diätfehler oft an der Entwicklung schwerer kombinierter Stoffwechselerkrankungen und konsekutiver Erschwerung der nervösen Symptome schuld. (Mit Recht machte noch vor kurzem Bornstein auf die Schädlichkeit des in vielen Sanatorien üblichen „Karnismus" aufmerksam. Ref.)

Das Fleisch benötigt man weniger als Mast- sondern vielmehr als Stimmungs- und Reizmittel; es soll die zweite Rolle spielen neben den Vegetabilien.

b) Bei den hydrotherapeutischen Maßnahmen ist zu beachten, daß der wohl in der Mehrzahl der Fälle vorhandenen erethischen Form der Neurasthenie (mit gesteigerter Erregbarkeit) nicht ohne weiteres eine schematische Anwendung „beruhigender", der deprimierten Form eine solche von „erregenden" Prozeduren entspricht. Vielmehr können gerade bei erethischen Patienten erregende Kuren ableitend, ausgleichend, kompensierend wirken.

(Wenn auch beruhigende und erregende Prozeduren in der Hydrotherapie nicht streng voneinander geschieden werden können, so kann man doch im allgemeinen sagen: Je kühler, kürzer eine „Anwendung" ist und je mehr mechanische Manipulationen mit ihr verbunden sind, um so erregender wird sie wirken. Wärmere, längere, ohne oder mit wenig mechanischen Manipulationen kombinierte wirken weniger erregend oder beruhigend. Natürlich üben sehr hohe Temperaturen dieselbe Reizwirkung aus wie sehr niedere.)

In der Praxis hat sich, wie Strasser ausführt, folgendes Vorgehen bewährt: Bei erethischen Patienten mit nicht zu exorbitant starken Erregungserscheinungen beginnen wir mit erregenden Prozeduren, also kühlen kurzen Bädern, Abreibungen etc. und beobachten genau den Effekt. Steigert sich die Erregbarkeit, die Schlaflosigkeit, oder tritt letztere erst ein, so gehen wir zu beruhigenden, milden Prozeduren über. Ist dagegen der Effekt gut, so bleiben wir bei den erregenden Kuren unter stetem Bedachtnehmen darauf, daß der Moment der übermäßigen Erregung nicht übersehen werde. Aber auch ohne diese Erregung machen wir von Zeit zu Zeit entweder Pausen, oder wir ändern die Form der Erregung.

Für die hausärztliche Behandlung eignen sich die Abreibung und das kühle kurze Halbbad als mehr erregende, das lauere Halbbad und die feuchte Einpackung als mehr beruhigende Maßnahmen. Beruhigend und doch tonisierend wirkt die wechselwarme (schottische) Dusche.

c) Die mechanotherapeutische Behandlung der Neurasthenie sollte viel mehr angewandt werden, als es bisher geschieht. Das Mißverhältnis zwischen geistiger und Muskelarbeit ist bei entsprechender Rücksichtnahme auf die muskulöse und die nervöse Leistungsfähigkeit sehr wohl auszugleichen. Die Muskelarbeit hat ja neben ihrem Einfluß auf Zirkulation und Stoffwechsel auch noch eine die psychoneurotische Erregung in andere Bahnen ableitende Wirkung. Neben den gymnastischen Uebungen, Zimmergymnastik etc. kommt auch die Massage in Betracht.

d) Von geringerer Bedeutung sind die verschiedenen elektrischen Maßnahmen, obschon auch sie wohltätig wirken können. Wichtiger ist

e) das Luftbad kombiniert mit Zimmergymnastik, beginnend im Zimmer (5 bis 10 Minuten), event. auch im Freien fortgeführt. Hierhin gehört auch die Freiluftliegekur, mehr für Anstaltsbehandlung passend.

Medikamente wirken wohl nur symptomatisch. Eine suggestive Therapie soll den Zweck haben, dem Kranken etwas zu geben, woran er die Idee seiner Genesung knüpfen kann, sie soll also die Wirkung wirksamer Mittel zu erhöhen suchen.

2. Aus der Flut der Veröffentlichungen über das Thema „Fettsucht" möchten wir die Arbeit Eschles hervorheben, weil sie auf dem Boden einer biologischen Anschauungsweise erwachsen ist und deshalb bleibenden Wert hat.

Als Kern der leider ein wenig weitschweifigen Abhandlung finden wir folgende drei Ursachen der Fettbildung besprochen:

a) die absolute Luxuskonsumption. Hierher gehören die überernährten, vollblütigen, zu großen Leistungen befähigten und sich auch in starker Muskelarbeit betätigenden Individuen. So zeigt sich z. B. in der Korpulenz mancher Metzger, „Kraftmenschen" etc. eine Betriebssteigerung, die zunächst zu Hypertrophie führt, auf die Dauer aber auch Insuffizienz erzeugen kann. Solche Leute entsprechen dem Typus der Choleriker bezw. Sanguiniker. Kongestive, hypertonische Plethora.

b) Die relative Luxuskonsumption. Sie findet sich bei Leuten, die aus Bequemlichkeit oder durch ihren Beruf gezwungen ihre Muskeln wenig brauchen, ohne einer direkten Ueberernährung zu huldigen. Eschle führt als Beispiele an die fetten Bäcker, Geistlichen, Kommerzienräte, Stubengelehrten, manche Gefangene, ferner spät zu Wohlstand gelangte Personen. Typus der Phlegmatiker, Plethora hypotonica e funktione minore, Hypokinese.

c) Eine konstitutionelle Insuffizienz der synthetischen und spaltenden Organe, speziell derjenigen der Respiration und Zirkulation, bei der die aufgenommene Nahrung nur bis zur Fettstufe verarbeitet wird. Sie findet sich bei Chlorotischen, Anämischen, gewissen Alkoholikern. Hydrämische, pastöse, atonische Plethora, Typus der Melancholiker in Bezug auf die Schlaffheit der Leistung.

Diesen verschiedenen Ursachen der Fettsucht gegenüber sind natürlich schematische Entziehungs-, Bewegungskuren etc. durchaus nicht am Platze.

Einschränkung der Nahrung kommt in Betracht bei der ersten Kategorie, den absolut Ueberernährten, die auch bei Verringerung der Nahrungszufuhr ihre Arbeit noch vollkommen leisten können. Jedoch ist auf eine rationelle gemischte Kost zu achten, da die von einigen Seiten empfohlene einseitige Eiweißnahrung dem Körper die Fähigkeit erschwert, die erforderliche Energie für die Muskeltätigkeit zu produzieren, vor allem aber zu einer Ueberschwemmung mit N-haltigen Produkten führt, die den Organismus eminent schädigt. Schädlich sind für diese Art der Fettleibigkeit auch energische Bewegungskuren (Muskelarbeit mit Belastung), denn dabei wird das Herz doppelt angestrengt und außerdem auch noch der Appetit künstlich gesteigert.

Wohl aber ist stärkere körperliche Tätigkeit am Platze bei der relativen Luxuskonsumption, wo andererseits zu ausgedehnter Nahrungseinschränkung kein Grund vorliegt.

Ist es schon zu ungenügender Oxydation gekommen, so muß bei beiden Kategorien besonderer Wert auf Verbesserung der Verdauung gelegt werden, aber nicht durch kritiklose „leichtverdauliche" Diät und Abführmittel, sondern durch relativ kräftige, die Verdauung anregende und übende „Hausmannskost", ausgiebige Atmung, Gymnastik der Bauchpresse etc.

Die größten Schwierigkeiten sind bei der dritten Form der Korpulenz zu überwinden. Entziehungs-, Bewegungs-, diaphoretische und Kaltwasserkuren sind hier kontraindiziert. Man muß versuchen, eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit zu erreichen, durch eine andere zeitliche Verteilung von Krafteinnahme und -verausgabung, von Bewegung und Ruhe, z. B. durch vorsichtige methodische Uebungen von Atmungs- und Bewegungsorganen, leichte Massage, Luftkuren etc.

3. Wenn man einer leidlich gescheiten Hausfrau die Frage vorlegen würde: Wo dringt der Staub in Ihre Wohnung ein? Durch die Tür oder durch die Fenster? — so würde sie gewiß freundlich lächelnd antworten: Sowohl da, wie dort. Und wenn man einen gewöhnlichen Arzt fragte: Wo glauben Sie, daß der Tuberkelbazillus in den menschlichen Organismus einschleicht? — dann würde er wahrscheinlich sagen: Der böse Bazillus kann überall eindringen, wo er ein Loch findet.

Nicht so die Gelehrten; schon lange streiten sie sich herum, ob die Infektion mit dem Kochschen Stäbchen entweder durch die Lunge oder durch den Darm erfolge; und auch in Wien haben 21 Autoritäten sich zu dieser brennenden Frage geäußert. Zwar sind äußerlich die Ansichten etwas abgeschliffen worden. Die Mehrzahl der Anhänger der Inhalationsinfektion sagten: Nun ja, gelegentlich kann auch die Infektion durch den Darm erfolgen; und umgekehrt ließen sich die Darminfektionsleute herbei, zuzugeben, daß gelegentlich auch durch die Respirationsorgane die Infektion erfolgen könne. Starrköpfe gab es daneben natürlich auch noch auf beiden Seiten; aber immerhin scheint man einer mittleren Linie zuzusteuern.

Der Kernpunkt der Frage liegt aber nicht in den Begriffen: Lunge oder Darm, sondern in jenem andern: Loch. Wo ein Loch ist, da dringen die Keime ein, sei es nun im Intestinal- oder im Respirationstraktus, mag es sich um runde oder längliche Keime handeln. Wer kein Loch, keine schadhafte Stelle, wer die nötige Widerstandsfähigkeit besitzt, wird sich mit den Tuberkelbazillen, wie sie ihn in der Wirklichkeit attackieren, leidlich abfinden. Die Ueberschwemmungen des Organismus mit Unmassen von Keimen, wie die Experimentalhygieniker zu tun belieben, sind ja abnorme, unnatürliche Verhältnisse.

Also nicht topographisch-anatomische Verhältnisse, sondern physiologisch-biologische Momente entscheiden schließlich über die Infektion.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg.

1. **Ueber die Geburt bei engem Becken und ihre Behandlung.** Von R. Olshausen. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 1.

2. **Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen.** Von Dr. Theodor Landau. Ibidem.

3. **Ueber Verhütung und Behandlung der Dammrisse.** Von Ahlfeld. Deutsche med. W., 1907, Nr. 51.

4. **Die Nebennieren und die Osteomalazie.** Von Prof. Bossi. Arch. f. Gyn. u. Geb., 83, 3.

5. **Zur Frage der instrumentellen Uterusperforation.** Von Dr. Emil Weil, Assistenzarzt am Krkh. Moabit-Berlin. Ibidem.

6. **Zur instrumentellen Uterusperforation bei Abort.** Von R. Orthmann. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 48.

7. **Accouchement prémeturé provoqué au cours du septième mois.** Von M. Regnault, Accidents gravido-cardiaques. Archiv. generales d. Med., 1907, XI. (Ref.: Pollak, Prag.)

1. Olshausen schickt diesem klinischen Vortrag die Bemerkung voraus, daß ein tüchtiger Geburtshelfer nur auf dem Kreißsaal gebildet werden könne, nicht in der Privatpraxis oder einer geburtshilflichen Poliklinik.

Olshausen bespricht kurz die verschiedenen Formen des engen Beckens, betont die Wichtigkeit der Größe des kindlichen Schädels für die Prognose der Geburt, der Kenntnis des Geburtsmechanismus und geht dann auf die Therapie ein.

Die Beeinflussung der Wehentätigkeit ist unvollkommen. — Sekalepräparate dürfen nur dann gegeben werden, wenn die Geburt so weit vorgeschritten ist, daß wir die Beendigung in der Hand haben; dabei ist Vorsicht und fleißiges Auskultieren nötig, sonst ist noch Chinin. hydrochlor. 0,3 alle ein bis zwei Stunden event. öfters anzuwenden, aber auch die Wirkung auf das kindliche Herz zu kontrollieren.

Nach Besprechung der Lagerung der Kreißenden wendet er sich zu den operativen Eingriffen. Die Zange bei engem Becken, d. i. die hohe Zange, empfiehlt O. nur mit größter Reserve; nur dann, wenn man wenigstens die Wahrscheinlichkeit hat, daß man mit der Zangenoperation ohne zu großes Wagnis zu stande kommt. Diese Wahrscheinlichkeit ist aber nur dann vorhanden, wenn der Kopf nahezu mit seiner größten Peripherie in der oberen Beckenapertur steht; hierbei darf man sich nicht durch Kopfgeschwulst täuschen lassen. Einen Zangenversuch bei hochstehendem Kopf beschränke man auf sechs bis acht Traktionen; ist dann kein deutlicher Fortschritt vorhanden, so perforiere man das nunmehr doch schon geschädigte Kind.

Der prophylaktischen Wendung ist O. nicht zugeneigt. Bei Kopflage werden nach seiner Erfahrung mehr Kinder gerettet; die prophylaktische Wendung ist in neuester Zeit durch die Beckenspaltung verdrängt. Die Perforation des lebenden Kindes ist unter Umständen auch heute noch das richtige Verfahren der Entbindung.

Nach Besprechung des Kaiserschnittes erörtert O. dann die Beckenspaltung, spez. die Pubotomie, deren Technik noch nicht festgelegt ist, deren Gefahren nicht gering sind und deren Indikationen und Abgrenzung gegen die Sectio caesarea noch nicht sicher ganz bestimmt sind, um die Operation außerhalb der geburtshilflichen Anstalten zu empfehlen.

Dazu möchte Referent bemerken, daß diese Warnung um so angebrachter ist, als seit dem Dresdener Kongreß die Zahl schlecht verlaufener oder letal geendeter Pubotomien gestiegen ist. Wer in der Praxis draußen die Operation macht, der muß auch alle dabei entstehenden Nebenverletzungen, so die schweren Blasen- und Scheidenzerreißungen zu behandeln verstehen, und dazu genügt die bisherige Ausbildung des approbierten Arztes keineswegs; denn nur die wenigsten Aerzte können sich auf dem Kreißsaal ausbilden, wie es Olshausen für den tüchtigen Geburtshelfer verlangt.

Es erscheint Ref. wünschenswert, daß in allen Universitätskliniken die Einrichtung getroffen würde, wie sie in Straßburg und Breslau besteht, daß jeder Student auf mindestens 14 Tage in der Klinik Wohnung erhält, um sich während dieser Zeit ausschließlich mit der Geburtshilfe zu beschäftigen, alle Geburten zu beobachten. Jetzt ist es noch vielfach üblich, daß der Student bei vier Entbindungen dabei steht, das Protokoll schreibt, um, mit der praktischen Erfahrung an diesen vier Entbindungen ausgerüstet, in der Praxis selbständig Geburtshilfe treiben zu dürfen und treiben zu müssen (siehe Orthmanns Bemerkungen über die Ausbildung junger Aerzte in der Abortbehandlung, Ref. 6).

2. Landaus Methode besteht darin, daß der Geburtshelfer bei Frauen in der Geburt, also wenn schon Wehen eingesetzt haben und wenn der Kopf fest im Becken steht, mit ein bis zwei event. mit mehreren Fingern den Zervikalkanal ohne Narkose zu dehnen und dabei die Muttermundslippen während einer Wehe über den andrängenden Kopf hinüberzuschieben sucht.

Hierdurch werden Wehen angeregt und die Geburt abgekürzt, bes. bei Mehrgebärenden. Als Vorbedingung muß die Geburt schon im Gange, der Kopf fixiert sein und die absoluteste Asepsis gewährleistet sein; letzteres ist nur zu erreichen, wenn mit Gummihandschuhen gearbeitet wird.

Da die letzte Bedingung, absolute Asepsis, niemals zutrifft — auch die mit Gummihandschuh bekleidete Hand muß an der (auch nach stärkster Desinfektion) niemals sterilen Vulva vorbei und durch die ebenfalls stets noch keimhaltige Vagina hindurch —, so glaubt Ref., daß die Methode wohl wenig Anhänger finden dürfte und wie alle Manipulationen bei einer gesunden Kreißenden nicht empfohlen werden darf. „Hände weg!“ muß bei einer normalen Entbindung oberster Grundsatz bleiben.

3. Ahlfeldt gibt eine Anleitung zum richtigen Dammschutz. Er empfiehlt Rückenlage, den Gebrauch der seitlichen Damminzision und des Mastdarmgriffes, letzteren bes. auch bei Zangenentbindung.

Bei Rissen empfiehlt er möglichst sofortige Naht, event. bei belegten oder nicht geheilten Wunden die Sekundärnaht am sechsten bis achten Tage. Erleichtert wird die Dammnaht durch lokale Anästhesie.

Unter 1084 genähten Dämmen heilten 1068 primär.

Die zur Unzeit angewendete Zange steht in der Aetiologie der schweren Zerreißungen in erster Linie.

4. Bossi hat in neuerer Zeit die Osteomalazie mit Injektionen von Nebennierenextrakt behandelt und dabei sehr beachtenswerte Erfolge und Heilungen erzielt. Mag auch die Dosierung noch strittig sein, im Prinzip scheint das Mittel doch eine ossifizierende Wirkung bei der Osteomalazie zu haben. B. teilt zwei Fälle mit, die während der Schwangerschaft mit Adrenalininjektionen erfolgreich behandelt wurden und bei denen die ossifizierende Wirkung durch das Röntgenbild konstatiert wurde.

Ebenso berichtet er die Heilung einer von ihm früher durch Kastration wegen Osteomalazie behandelten und dann rezidiv gewordenen Pat. durch Adrenalininjektionen und teilt noch zwei weitere Erfolge aus der Praxis eines anderen Arztes mit.

Durch Tierversuche, bei denen er Schafen eine Nebenniere exstirpierte und dadurch fortschreitende Osteoporose und Verdünnung der Beckenknochen erzielte (Röntgenbilder und histologische Untersuchungen), bei denen ferner die Phosphorsäureausscheidung sich bis auf das dreifache erhöhte, gibt er seiner Anschauung, daß die O. auf mangelhafter Funktion der Nebenniere beruhe, eine wissenschaftliche Grundlage.

Mit einem Hinweis auf die eventuelle Bedeutung für die Rachitistherapie schließt B. seine Arbeit.

Wenn auch der Praktiker einstweilen noch abwarten muß, was andere Kliniker über das Mittel, seine Nebenwirkungen und Dosierung, die noch sehr strittig ist, berichten, bevor er es in der Privatpraxis anwendet, so ist doch offenbar Aussicht vorhanden, diese schwere Affektion erfolgreich durch nicht operative Therapie zu bekämpfen.

5. Von den fünf Fällen von Perforation, die unter 479 Auskratzungen im Krankenhaus Moabit beobachtet wurden, kamen zwei mit Perforation ins Krankenhaus.

Es sei über die Fälle, die recht lehrreich sind, näher berichtet.

„Im Fall I wurde bei einer 18jährigen 0-p. fünf Wochen nach Abort des dritten bis vierten Monats wegen Blutungen digital ausgeräumt, und bei vorsichtiger Ausräumung gelangt der Finger in die freie Bauchhöhle. Wegen starker Blutung und Infektionsgefahr sofortige Laparotomie. Bauchhöhle reichlich mit Blut gefüllt; hinter dem Uterus frei im Douglas ein wallnußgroßer Plazentarpolyp; in der l. Tubenecke ein ca. 1 cm langer Riß; das Gewebe ist sehr morsch. Naht des Risses. Das Netz ist breit an der linken Uterusecke und den linken Adnexen verwachsen. Die Hinterfläche des Uterus zeigt frische Entzündung. Etagennaht der Bauchdecken. Normaler Wundverlauf.

Der Uterus war hier jedenfalls trotz vorsichtiger digitaler Ausraumung mit dem Finger perforiert worden — wenn man nicht annehmen will, daß das adhärente Netz die schon vorher gesetzte Perforationsöffnung notdürftig bedeckte."

Letztere Annahme dürfte nach Ref. Ansicht zutreffen.

Der zweite Fall betrifft einen Uterus drei Wochen nach Abort im fünften Monat. Nach Einlegen von Laminaria wurde mit breiter Kurette ausgekratzt und perforiert. Nach Temperatursteigerung am Abend auf 40° erfolgte unter Eis reaktionslose Heilung.

In einem andern Falle wurde wegen mehrmonatiger Blutungen nach Dilatation mit Hegarstiften mit breiter Kurette reichlich übelriechende Plazentarmenge herausbefördert. Nach acht Tagen blutete es noch, der Uterus war noch vergrößert, der Muttermund noch geöffnet; es wurde sondiert, wobei die Sonde 20 cm in den Uterus glitt; Einlegen von Laminaria. Ausschabung am nächsten Tag bei 40°, die noch einige Plazentarstücke herausbefördert. Hinterher Exsudat.

Im nächsten Falle handelte es sich um eine Pat., die drei Wochen p. P. wegen Schmerzen in der l. Seite ins Krankenhaus kam. Uterus vergrößert, Fundus empfindlich, Mm. wenig durchgängig. Links ein großer beweglicher, schmerzhafter Tumor. R. Adnexe, Douglas frei. Die Sonde dringt 17 cm tief an einer Stelle ein.

Unter Eis-Opium erfolgte glatte Heilung. Offenbar war hier, so schreibt Weil, durch eine Hebamme bei Vornahme irgendeines Eingriffes eine Perforation gemacht worden, die bei dem aseptischen Verlaufe keine Erscheinungen gemacht hatte. Der Tumor war eine Pyosalpinx.

Im letzten Falle war beim Kurettieren außerhalb des Krankenhauses perforiert worden. Die Sonde drang an einer Stelle des Uterus in die Bauchhöhle. Laparotomie. Naht einer 6 bis 7 cm langen Perforation konnte den Exitus an Peritonitis nicht verhindern.

Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen und Ermahnungen: Bei den zahlreichen Möglichkeiten zum Zustandekommen einer Perforation ist als erste und wichtigste Prophylaxe Vorsicht und möglichst gewaltloses Ausräumen oder überhaupt Vorgehen bei allen intrauterinen Eingriffen immer wieder zu betonen. Jedes scharfe schmale Instrument, Kornzange und scharfe, sehr schmale Kurette sind tunlichst zu vermeiden und nur, wenn digitale Ausräumung z. B. nicht zum Ziele führen sollte, breite Kurette anzuwenden.

Vorziehen der Portio mit Kugelzange soll das Gefühl für die Stärke der Ausschabung und die Größe des Widerstandes der Uterusmuskulatur gegen das Instrument verfeinern.

Zu letztem Rate möchte Ref. nur bemerken, daß Olshausen und seine Schüler die Kugelzange abnehmen, bevor sie die Kurette in den Uterus führen, und nur Zeige- und Mittelfinger an die Portio während der Ausschabung legen und hierdurch besonders zart und sicher auszukratzen meinen.

Warum bei W.s zweitem Falle, nachdem bereits Laminaria eingelegt war, nicht digital ausgetastet, sondern nur kurettiert wurde, ist nicht recht einzusehen. Wenn man durch Austastung festgestellt hat, an welcher Stelle Plazentarreste sitzen, und sie mit dem Finger nicht entfernen kann, dürfte eine Ausschabung mit breiter Kurette kaum eine Perforation zur Folge haben.

Auch im nächsten Falle hätte der Dilatation mit Hegarstiften die Austastung folgen müssen, wodurch in der ersten Sitzung der Uterus völlig entleert hätte werden können und die später folgende Perforation mit der Sonde vermieden wäre. Die Sonde werde wohl nur zum Messen der Uterusgröße eingeführt; denn man bilde sich nur nicht ein, daß man mit der Uterussonde Plazentarreste sicher fühlen kann. Wohl aber kann man starke Blutungen hervorrufen. Ref. hält die Uterussonde überhaupt für ein unbrauchbares Tastinstrument; weiche Gewebe fühlt man nicht, fühlt man bei suspekten Fällen Rauhigkeit, so ergibt die Austastung oft, daß es sich um Muskelleisten handelt, ist die Schleimhaut aber glatt und fühlt man bei suspekten Fällen keine Rauhigkeiten, so verläßt man sich nie auf die Sonde, sondern dilatiert, tastet aus und macht eine Probeausschabung.

In einem puerperalen Uterus aber hat die Sonde absolut nichts zu suchen. Das sei hervorgehoben mit Rücksicht auf den nächsten Fall, in dem nicht die Hebamme bei irgendeinem Eingriff während der Geburt perforierte (was hat denn eine Hebamme beim Partus für intrauterine Eingriffe zu machen?), sondern wo der Sondierende perforiert hat, indem er zwei Kontraindikationen des Sondengebrauchs außer Acht ließ, 1. den Puerperalzustand des Uterus, 2. die Adnexerkrankung.

Die Folgen der Uterusperforation sind oft recht schlimme, wenn nicht, wie bei W.s Fällen, die Perforation sofort erkannt und dementsprechend gehandelt wird. Diese Folgen ersieht man aus den von Orthmann mitgeteilten Fällen.

6. In seinen drei Fällen waren als Folge der Uterusperforation jedesmal schwere Darmverletzungen entstanden. Die Fälle sind kurz folgende:

a) Abort mens. II/III. Ausräumung mit Rouxscher Kurette und Kornzange ohne Erweiterung, beim zweiten Eingehen mit der Kornzange wurde ein deziduaähnlicher Fetzen herausbefördert, der sich jedoch bei späterer genauerer Besichtigung bereits als ein Stück Darmwand herausstellt; schließlich wurde beim dritten Eingehen mit der Zange eine vom Mesenterium abgerissene und in ihrer Kontinuität durchtrennte Dünndarmschlinge hervorgezogen; dieselbe wurde sofort reponiert und dann sogleich die Laparotomie angeschlossen, der Uterus supravaginal amputiert; beide Tuben und Ovarien entfernt; der Darm reseziert und genäht, worauf Heilung eintrat.

b) Abort mens. II/III. Ausräumung mit der Winterschen Abortzange, es werden reichliche Plazentarstücke und Eihautfetzen entfernt; bei weiterem Eingehen dringt die Zange außergewöhnlich tief ein und es werden unnachgiebige Teile gefaßt. Deshalb Abstehen von weiteren Maßnahmen. Bettruhe, Eis. Wegen peritonitischen Erscheinungen wird nach Ueberführung in die Klinik der Uterus vorsichtig mit schwacher antiseptischer Lösung ausgespült (warum, ist nicht ersichtlich. Ref.), da keine Spülflüssigkeit zurückläuft, wird durch Sonde Perforation am Fundus uteri festgestellt. Laparotomie. Naht des Mesenterium der Flex. sigmoid. Resektion des Uterus; an den Perforationsstelle und der l. Tube.

Jodoformdrainage des Douglas nach der Vagina. Darm-Bauchdecken- und Darm-Vaginalfistel. Schließlich Heilung. Nachfolgend Gravidität, die ad terminum zur Geburt führte.

c) Abort mens III/IV. Dilatation mit dem Finger, so daß zwei bis drei Finger sich einführen lassen, es gelingt damit nicht, ohne Narkose Plazenta und Foetus zu entfernen; breite stumpfe Schleifenkurette befördert nur einzelne Teile der Frucht heraus und schließlich weiche Teile, die für Plazenta gehalten werden, sich bei genauer Besichtigung aber als losgerissener Darm und Netz erwies. Umfangreiche Dickdarmverletzung.

Laparotomia. Resectio et sutura coli ascend. et transver. Evacuatio foetus (19 cm lang!) et placentae ex ligament. lat. dextr. Exstirpatio uteri totalis cum adnexis dextr. Drainage per vagin. Exitus am vierten Tag post operationem an Peritonitis.

Die Frage, wie derartige Verletzungen zu stande kommen, beantwortet O. dahin, daß 1. pathol. Beschaffenheit der Uteruswand vorhanden sein kann, 2. Anwendung ungeeigneter oder gefährlicher Instrumente, 3. fehlerhafte Technik, 4. Verkennen oder Nichterkennen des lokalen Befundes infolge mangelhafter Technik.

Auch O. verwirft jegliches scharfe oder spitze Instrument (Kuretten und zangenähnliche Instrumente). Die Kornzange (breite, nicht spitze) aber hält er für ein sehr brauchbares Instrument bei der Abortausräumung, vorausgesetzt, daß sie richtig angewandt wird, d. h. nur bei hinreichend erweitertem Zervikalkanal, bereits losgelöste Eiteile oder auch den Foetus unter Leitung des Fingers oder auch des Auges zu entfernen; keinesfalls soll sie dazu verwandt werden, um noch an der Uteruswand festsitzende Eiteile loszureißen.

Was die Stellung der Diagnose betrifft, so weist O. darauf hin, daß in einem seiner Fälle der Versuch gemacht wurde, einen Uterus grav. mens V mit der Kurette zu entleeren, wo nur digital hätte ausgeräumt werden dürfen.

Bei dieser Gelegenheit weist O. aus eigener Erfahrung darauf hin, wie schlecht die Mediziner in Geburtshilfe ausgebildet in die Praxis treten müssen. Von 400 Aerzten, die sich zur geburtshilflichen Ausbildung bei O. meldeten, konnte er nur 120 berücksichtigen, und von diesen 120 hatten 75% noch keinen Abort gesehen, während weit über 90% niemals eine Abortausräumung selbständig ausgeführt hatten.

Als wichtigste Vorsichtsmaßregel für die Verhütung solcher unglücklichen Fälle empfiehlt O. 1. sorgfältige Untersuchung des Uterus und der Adnexe event. in Narkose, 2. Bestimmung der Uteruslänge mit der Sonde, 3. Anwendung einer stumpfen graduierten Kurette, 4. Gebrauch der Kornzange oder Abortzange nur zur Entfernung bereits gelöster Eiteile oder des Foetus, 5. Dilatation der Zervix vom dritten Monat an.

Was die Dilatation anlangt, so rät Ref. dem Anfänger, möglichst bei jedem Abort zu dilatieren, sei es mit Hegarstiften, sei es mit Laminaria, und nur dann, wenn mit dem Finger sich nichts mehr lösen läßt, vorsichtig an den Stellen, an denen man noch Plazentarreste fühlte, mit breiter stumpfer Kurette zu schaben.

---

7. Zu 20 Jahren erste Gravidität. Normal entbunden. Kind lebt. Zu 21 Jahren schwerer Rheumatis und Endokarditis. Zu 22 Jahren zweite Gravidität sehr gestört, Entbindung schwer, spontan; Kind stirbt zwei Monate alt. 1905 (29 Jahre alt) dritte Gravidität. Insuffizient. valv. mitral., stenosis ostii venos. sin. Januar 1906 (siebenter Graviditätsmonat) plötzlich Lungenembolie mit sehr schweren Erscheinungen, hochgradigste Dyspnoe. Sehr langwierige Einleitung der Frühgeburt mittels Bougies und Ausspülungen. Lebendes Kind, das sich gut entwickelt. Bedeutende Besserung des Zustandes der Mutter. Pollak, Prag.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Omorol.** Von Dr. Leuwer-Bonn. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1907, Nr. 26.

2. **Kufeke-Mehl in der diätetischen Therapie erwachsener Tuberkulöser.** Von G. Heinrich, Anstaltsarzt in Sülzhayn. Ibidem.

3. **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.** Von Dr. Zernik. Deutsche med. Woch., 1907, Nr. 51.

4. **Ueber Asthmamittel.** Pharmaz. Zeitung, 1908, Nr. 1.

1. Auf Grund der Empfehlungen von Viett (Med. Klinik, 1906, Nr. 17 und Aerztl. Rundschau, 1906, Nr. 47) hat L. Versuche mit Omorol vorgenommen. Das Präparat ist ein gelblichweißes Pulver, eine Silber-Eiweißverbindung, welche von der Firma Heyden in den Handel gebracht wird. L. ließ die speziellen, etwas komplizierten Vorschriften Vietts außer Acht und begnugte sich damit, ein- bis zweimal täglich die erkrankten Stellen dick mit Omorol zu bepudern. Er hat seine Versuche bei 70 Fällen von Angina der verschiedenen Formen, etwa 10 Fällen von Stomatitis, besonders aphthosa, einem Fall von Herpes veli palatini und einigen Fällen von Gingivitis angestellt und gute Erfolge gesehen. Gewöhnlich dauerte die Behandlung zwei Tage; in einem hartnäckigen Falle von Stomatitis aphthosa zog sie sich längere Zeit hin. Auch bei infizierten Extraktionswunden schien das Omorol gut zu wirken. Dagegen hat Verf. bei Ohren- und Nasenleiden jeglicher Art nur Mißerfolge gesehen.

2. H. glaubt, daß das Hauptbestreben des Arztes bei der Behandlung Schwindsüchtiger trotz der Hochflut angeblich „spezifischer“ Mittel dahin gehen müsse, dem Phthisiker eine möglichst nahrhafte Kost zukommen zu lassen und eine Ueberernährung zu erzielen. Seiner Ansicht nach ist dies aber mit der gewöhnlichen Nahrung nicht zu erreichen, besonders wenn Schwächezustände irgendwelcher Art den Organismus unterwühlt haben, wenn Fieber und Appetitlosigkeit die Nahrungszufuhr erschweren. In solchen Fällen muß der Arzt zu künstlichen Nährmitteln greifen, von denen wiederum diejenigen die besten sind, die neben den N-haltigen auch N-freie Stoffe enthalten, und zwar letztere in möglichst aufgeschlossener, mechanisch und chemisch der Verdauung zugänglich gemachter Form. Diesen Anforderungen entspricht nach H.s Auffassung am meisten das Kufeke-Mehl, dessen geringer Zuckergehalt (ca. 9%), sein hoher Prozentsatz an löslichen Kohlehydraten (ca. 70%), sein angenehmer und milder, durch keinerlei Korrigentien kachierter Geschmack als besonders wertvolle Eigenschaften hervorzuheben sind. H. lobt die Wirkungen des Kufeke-Mehles bei Phthisikern, besonders bei Magen- und Darmaffektionen derselben, wo er dieses Präparat in Konkurrenz mit Hygiama zu beobachten Gelegenheit hatte. Daß das Kufeke-Mehl in solchen Fällen sich als überlegen erwies, glaubt H. darauf zurückführen zu müssen, daß die Kohlehydrate und das Pflanzeneiweiß in demselben der Zersetzung und Fäulnis nicht so leicht ausgesetzt sind, wie das tierische Eiweiß mancher anderen Nährmittel, wodurch abnorme Gärungsprozesse verhütet werden. Diese klinischen Erfahrungen decken sich mit den neuesten experimentellen Forschungen von H. Labbé und G. Vitry in Paris über den Umsatz der stickstoffhaltigen Nahrungsmittel bei Tuberkulösen.

3. Anton Ambruns Wassersuchtsmittel, ein Kurpfuschermittel, das der nördlichen Rheinprovinz entstammt, ist nichts weiter als das Produkt einer sauren Gärung kleberhaltiger Stoffe, wie die chemische Untersuchung ergab — vermutlich ein verdorbener Weizenmehlkleister. — Boran-Sommersprossencream enthält nicht, wie man dem Namen nach vermuten sollte, harmlosen Borax bezw. Borsäure, vielmehr je 5% Hydrargyrum praezipitatum album und Bismutum subnitric., die mit einer parfümierten, etwas Wachs und Wasser enthaltenden Paraffinsalbe verrieben sind. Von dieser Creame kostet eine Tube zu 20 g eine Reichsmark! Von England werden wir mit einem neuen Asthmapräparat, — Professor Max Danas Mittel gegen Asthma, beglückt, das von den gewöhnlichen Räucherpulvern sich nur dadurch unterscheidet, daß es neben 50% Salpeter, Stramonium und Lobelia auch noch Thea nigra enthält. Auch Italien versendet seine Gaben, nämlich das von Carlo Erba in Mailand vertriebene Filodentol, ein Zahnschmerzmittel ganz besonderer Art. Dasselbe wird nicht, wie andere derartige Mittel, mit dem erkrankten Zahn oder dessen Umgebung in Berührung gebracht, sondern es wird auf die flache Hand gegossen und in das dem schmerzenden Zahn nicht benachbart gelegene Nasenloch aufge-

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zogen, worauf die Schmerzen sofort verschwinden sollen. Ein kleines, 5 g enthaltendes Fläschchen mit einer rotgefärbten, schwachen Lösung von ätherischen Oelen (Pfefferminz und Zimmt) in verdünntem Weingeist kostet 1 M., ein mit Rücksicht auf die prompte Wirkung gewiß nicht zu hoher Preis!

Die Hautpasta Pheun der chemischen Fabrik „Der Linden" in Kirchberg-Wolfersgrün (Sachsen) soll bei einfachem Auftragen auf die Haut nicht nur den Schmutz, sondern auch die in den untersten Höhlungen der Haut verborgenen Krankheitskeime vollkommen abtöten. „Lästige Hautflecke, Röte, Hautausschläge, aufgesprungene Hände, leichte Hautentzündungen verschwinden nach ganz kurzem Gebrauch." Der Preis von 1 M. für eine 25 g enthaltende Tube wäre nicht zu hoch — wenn nicht die chemische Untersuchung ergeben hätte, daß die weiße, parfümierte, salbenartige Masse neben rund 31% Weichparaffin und 5% Wasser nur 10% eines schleimgebenden Trockenstoffes und 2% Seife enthielte.

Nicht ungeschickt ist die Zusammensetzung von Dr. Kellers nerven- und blutstärkendem Kräutertee (Apotheker Baessgen in Dortmund), der in Kartons zu 2,60 M. abgegeben wird. Ein Karton enthält sieben abgeteilte Portionen zu ca. 20 g; jede Portion, mit drei Tassen kochenden Wassers aufgebrüht, gilt als Tagesdosis. „Bei hartnäckigen Leiden muß der Tee beharrlich weitergetrunken werden, bis vollständige Heilung eingetreten ist." Der Tee besteht aus 10 Teilen Rad. Valeriana, 8 T. Kal. bromat. krystall., 5 T. Kort. Chinae, 4 T. Frukt. Papav. matur. und je 1 Teil Rad. Liquirit., Fol. Sennae und Fol. Menthae piperit.

4. Im folgenden bieten wir unseren Lesern eine Reihe neuerer Asthmamittel zwecks Orientierung über Zusammensetzung und Brauchbarkeit.

Aubréesches Asthmamittel (nach Trousseau):
Rp. Rad. Polygalae 2,0,
Coque cum aq. fervid. 125,0,
Si fiat coctum, coloraturae adde
Kal. jodat. 15,0,
Sirup. opiat. 120,0,
Spirit. vini gallic. 60,0.
Tinct. coccionell. q. s. Filtra.

Das sogenannte Elixir antiasthmatique Aubrée zeigt folgende Zusammensetzung:
Rp. Decoct. Rad Senegae 10,0/250,0,
Kal. jodat. 50,0,
Extr. Opii 4,0,
Spir. dilut. 200,0,
Sir. spl. 500,0,
Tinct. coccion. q. s. ad colorationem.

Das Greensche Asthmamittel besteht aus:
Kal. jod. 8,0,
Tct. Lobel.,
Tct. Opii benzoic. ana 25,0,
Decoct. Polygal. 10,0/140,0.

Das Gerretsensche Asthmamittel aus Haag (Holland) besteht aus Stechapfelblättern, die mit konz. Salpetersäure getränkt und dann getrocknet sind, während das Asthmapulver von Cléry sich aus je 30 Teilen Stramoniumblättern und Belladonnablättern, 5 T. Salpeter und 2 T. Opium zusammensetzt.

Plönes Holländisches Asthmakraut besteht aus:
Fol. Strammon. 30,5,
Salpeter 30,0,
Zucker 20,0,
während das Asthmapulver von O. Fischer in Wolfenbüttel in folgender Weise zusammengestellt wird: Fol. Strammon. 250,0, Flor. Millefol. 25,0. Die Blätter werden getrocknet und pulverisiert. Das grobe Pulver wird dann mit einer Lösung von 50,0 Kalisalpeter in 250,0 Wasser gleichmäßig durchfeuchtet und getrocknet.

Die Espicschen Zigaretten nach Trousseau bestehen aus:
Fol. Belladonna 0,36,
Fol. Hyoscyami 0,18,
Fol. Strammon. 0,18,
Fol. Phellandrii aquat. 0,06,
Extr. Opii 0,008,
Aq. Laurocer. q. s. ad. sol. Opii;

Neummeiers Zigarillos gegen Asthma aus Herba et radix Brachycladii, Kannabis indika, Grindelia robusta, Fol. Eukalypti glob., Fol. Stramon. nitr.
und schließlich
die Asthma-Zigaretten von Bier Frères (Brüssel):
Fol. Datur. Strammon. 0,5,
Fol. Hyoscyam.,
Fol. Belladonn. ana 0,2,
Fol. Lobel. 0,1,
Menthol. 0,05.

Ueber die Darreichung von Arzneimitteln in Rumpelschen Kapseln (Kapsulae geloduratae). Von Schlecht-Breslau. Münch. med. W., 1907, Nr. 34.

Arzneimittel per os so einzuführen, daß sie nicht im Magen, sondern erst im Darm zur Resorption gelangen, ist erwünscht: einmal bei der Verabreichung solcher Arzneien, die durch ihren schlechten Geschmack ungern genommen werden und die auch nach Einführung in den Magen vermittels der einfachen Gelatinekapseln nach Lösung derselben durch Regurgitieren anhaltende Geschmacksbelästigungen verursachen; dann bei solchen, deren Wirkungsort der Darm sein soll und die man möglichst wirksam dorthin gelangen lassen will; schließlich vor allem bei den Medikamenten, die eine örtlich reizende Wirkung auf die Magenschleimhaut ausüben. Die meisten dahinzielenden Versuche gingen dahin, die Medikamente mit einer Kapsel zu umgeben, die eine gewisse Widerstandskraft gegen die verdauende Kraft des Magensaftes hat. Ein wesentlicher Fortschritt scheint hier mit den von Rumpel-Breslau hergestellten Kapsulae geloduratae gemacht, die mit den Sahlischen Glutoidkapseln das Grundprinzip, nämlich die Verwendung von in Formalin gehärteter Gelatine, gemeinsam haben, deren Herstellungsart aber von der Sahlischen abweicht und verschiedene Vorteile voraus hat. Rumpel verwendet Lösung von Formaldehyd in Alkohol, Aether oder überhaupt in solchen Flüssigkeiten, welche in geeigneter Konzentration die Gelatine selbst kaum zum Quellen bringen. Es lassen sich mit dieser Methode auch die aus zwei ineinanderschiebbaren Hüllen bestehenden Kapsulae operkulatae härten; die Verschließstelle der nachträglich mit dem Arzneimittel gefüllten Kapseln wird mit Kollodium verschlossen. Es lassen sich hierdurch auch in Wasser leichter lösliche Substanzen in die Kapseln einfüllen. Reagenzglasversuche mit den von der Pohlschen Kapselfabrik in Schönbaum-Danzig hergestellten Kapseln zeigten, daß die Kapsulae geloduratae dem Magensaft genügend lange Zeit Widerstand leisten, und daß ihre Lösung resp. Eröffnung und damit der Austritt der Arzneimittel in den Dünndarm in kürzester Zeit erfolgt. Von Arzneimitteln, die wegen des schlechten Geschmackes ungern genommen werden und nach Verabreichung in Gelatinekapseln durch Regurgation Beschwerden verursachen, kommen vor allem in Betracht die Kreosotpräparate, das Terpentinöl, ferner Jodkalium, Chinin, die Balsamika. Alle diese wurden in Geloduratkapseln ohne Beschwerden genommen; dabei war eine Beeinträchtigung der Wirksamkeit nicht festzustellen. Von Arzneimitteln, deren Wirkungsort der Darm sein soll, ist besonders das Extr. filiz. maris zu erwähnen. Bei diesem dürften die Geloduratkapseln eine große Rolle spielen, ebenso bei dem neuen Darmdesinfiziens Isoform. In die Gruppe der Medikamente, die bei längerem Aufenthalt im Magen eine örtlich reizende Wirkung auf die Magenschleimhaut ausüben, fallen vor allem die Salizylpräparate, das Chinin, die Diuretika und Digitalis. Natr. salizyl. und Azid. salizyl. wurden in den neuen Kapseln sehr gut vertragen. Bei Digitalis und Diuretizis erscheinen dieselben oft geradezu unentbehrlich; das völlige Ausbleiben der lästigen und die Therapie oft hochgradig erschwerenden Magensymptome hat Veranlassung gegeben, daß an der Breslauer Klinik Digitalis und ebenso Diuretin und Koffein nur noch in Rumpelschen Kapseln gegeben werden; mit diesen wurden sie auch von Patienten gut vertragen, bei denen vorher bald nach Gebrauch der Mittel in Infus- oder Pulverform starke Magenbeschwerden aufgetreten waren. Die durch die vorzüglichen Erfolge bei zahlreichen therapeutischen Versuchen erwiesene große Bedeutung der gehärteten Dünndarmkapseln in der Arzneiverordnung rechtfertigt den Wunsch, daß sie eine ausgedehnte Anwendung in der Praxis finden möchten, umsomehr, als sie auch noch den Vorzug großer Billigkeit besitzen.

M. Plien, Berlin.

Neuere Arzneimittel

Chinatrocin. Fabr.: Hirsch-Apotheke, Dr. Fresenius, Frankfurt a. M. Die Zusammensetzung dieses Asthmamittels ist folgende:

Extr. e fol. Cocae 50,0,
Extr. Belladonn. 0,015,
Kal. nitric.,
Aq. lauroc.,
Extr. Apocyn. ana 5,0,
Extr. Grindeliae,
Extr. Strammon.,
Extr. Euphorb. pilulifer. ana 20,0,
Aq. dest.,
Glyzerin. ana 10,0,
Acid. carbol. gtts. X,
Ol. Gaultheriae gtt. I.

Das Chinatrocin ist eine dunkelbraune, ölige, eigentümlich narkotisch riechende Flüssigkeit. Es ist merkwürdig, daß bisher bei der Behandlung des Asthmas von der Anwendung des Kokains so wenig Gebrauch gemacht wurde. Inhalationen einer 1%igen Lösung sind zwar empfohlen worden, haben sich aber nicht eingebürgert. Kokainismus dürfte sich in dieser Form und bei dauernder ärztlicher Kontrolle immer vermeiden. Von den anderen Bestandteilen des Chinatrocins verdient noch das Extr. Apocyni Erwähnung, dessen Wirkung eine zentrale sein und somit das subjektive Gefühl der Beklemmung beseitigen soll. Es wird auch bei anderen Lungenleiden (Emphysem und Phthise) verwendet. Die Einführung dieses Extraktes in die Asthmatherapie verdanken wir Pentzoldt. Das Extrakt. Grindeliae wird in Nordamerika schon lange gegen asthmatische Anfälle verwendet. Bei innerer Darreichung tritt nach anfänglicher Exzitation Schlaf mit verlangsamter Respiration ein. Die Wirkung des Extr. Euphorb. pilulifer. ist teils stimulierend, teils narkotisch. Das Glyzerin soll der Flüssigkeit die für die Anwendung des Sprays notwendige Konsistenz geben.

Zum Gebrauch des Chinatrocins ist ein eigener Zerstäubungsapparat „Atomizer“ hergestellt worden, den der Patient immer bei sich tragen kann. Man gießt einige Kubikzentimeter des Mittels in das Fläschchen und drückt mehrmals den Gummiball zusammen. Die nebelartig zerstäubte Flüssigkeit wird durch einen Nasenansatz eingeatmet. Am besten wird beim Herannahen eines Anfalles der Apparat angewendet, und zwar in Pausen von fünf bis zehn Minuten.

Ein Fläschchen zu 40 g kostet 3,50 M. und soll sehr lange reichen. Der „Atomizer“ kostet 4,50 M., bedarf aber sorgfältiger Behandlung, d. h. Reinigung. Krüger, Magdeburg.

Mitteilungen aus der Praxis.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Folgende **Rizinusöl-Emulsion** wird von M. J. Wilbert empfohlen:

Rp. Ol. Rizin. 50,0,
Sapon. oleac. pulv. 1,5,
Spirit. menth. pip. 3,0,
Solut. Saccharin. N. F. 1,0,
Aq. dest. q. s. ad 100,0.
(Apoth.-Zeitg., 1907, Nr. 95.)

Bei bronchialem Asthma, akuter und subakuter Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis empfiehlt sich:

Rp. Apomorph. hydrochl. crist. 0,05—0,07,
Codein phosphor. 0,075—0,1
Acid. hydrochlor. 0,5,
Sirup. simpl. 20,0,
Aq. dest. ad 200,0.
S. 2—3stündlich 1 Eßlöffel voll (Rossbach).

Rp. Apomorph. hydrochl. crist. 0,2,
Codein phosphor. 0,5,
Acid. hydrochlor. gtt. I,
Aq. dest. fervid. ad 20,0.
S. D. S. zweistündlich 10 Tropfen.

Technische Neuerscheinungen.

Aseptische Wattetupfer

zum Austupfen beim Kystoskopieren werden von der Firma C. G. Heinemann, Leipzig, Elsterstr. 13, angefertigt. Dieselben bestehen aus einem langen dünnen Stabe, an dessen einem Ende ein Wattebausch so befestigt ist, daß er das notwendige Kaliber nicht übersteigt und doch fest am Stab haftet. Diese fertigen Stabtupfer sind steril verpackt. Ein Karton solcher Tupfer, welcher 100 Stück enthält, kostet 1,25 M. Durch diese fertigen sterilen Tupfer wird beim Kystoskopieren das lästige Anfertigen von gestielten Tupfern erübrigt und die Asepsis besser gewahrt, denn beim Anfertigen der Tupfer während des Kystoskopierens kann man nie einwandfrei sterile Tupfer erlangen, da sie immer von mehr oder weniger sterilen Händen hergestellt werden müssen, was die sichere Sterilität sehr zweifelhaft macht. Diese fertigen sterilen Tupfer stellen also ein sehr brauchbares Objekt dar und werden jedem Urologen als praktische Bereicherung des Instrumentariums zur Kystoskopie bald unentbehrlich werden.

W. B. Müller-Berlin.

Ein neuer Apparat zur Vibrationsmassage der Prostata

wurde von Gunsett in Straßburg angegeben. Derselbe besteht aus einem in leichter Keulenform endenden Katheter, in dessen Mitte etwa ein ringförmiger Ansatz angebracht ist. Im Endkolben des Rohres, also direkt auf der Prostata, ist ein kleines Schwunggewicht an einer Welle exzentrisch angebracht. Die Welle wird von außen durch einen Motor in Bewegung gesetzt. Je schneller das Schwunggewicht rotiert, desto stärker oszilliert der Vibrator, welcher auf die Prostata aufgelegt wird. Man muß also auf eine gute Regulierbarkeit des Motors in der Tourenzahl achten. Die Einfachheit der Konstruktion und die reichliche Dimensionierung der Lager machen den Apparat unverwüstlich und unzerbrechlich. Will man den Apparat sterilisieren, so nimmt man die Welle mit dem Schwunggewichtchen heraus und kann nun die Hülle auskochen. Die Vorzüge dieses Apparates liegen darin, daß ein absolutes Stillliegen des Apparates im After, so daß von einer Schmerzhaftigkeit der Applikation nicht die Rede sein kann, bei der Verwendung Eigenschaft des Apparates ist, daß die Einführung des Apparates nicht schmerzhaft ist, daß die vibrierende Partie des Apparates beim Verwenden jetzt direkt auf der Prostata aufliegt, wodurch man eine direkte Erschütterung der Prostata erreicht. Für die Verwendung des Apparates kommen alle Formen der chronischen Prostatitis, beginnende Hypertrophie und vor allem die durch Prostataerkrankungen bedingten Formen der Impotenz in Betracht. Den Apparat kann man noch sehr gut mit dem faradischen und galvanischen Strome kombinieren, man braucht nur den einen Draht in die Schraube an der Welle zu fixieren und die andere Elektrode auf den Rücken zu bringen. Der Apparat wird von Reiniger, Gebbert & Schall fabriziert. Gunsett hat mit seiner Verwendung sehr gute Resultate erzielt, namentlich bei Impotenz. W. B. Müller-Berlin.

Public

Bücherbesprechungen.

Wege zur körperlichen und geistigen Wiedergeburt. Alte und neue bewährte Methoden zur Wiedererlangung der Gesundheit. Von Dr. Siegfried Möller, Arzt in Dresden-Loschwitz. Dritte, verbesserte Auflage. Verlag Otto Salle in Berlin, 1908. 154 Seiten. Brosch. M. 2,—.

Der Titel scheint uns nicht völlig dem Inhalte des Buches zu entsprechen, denn es bringt keinen Abriß der Sozialhygiene, wie man aus dem Haupttitel entnehmen könnte, ist auch mehr für den praktischen Arzt als für den Hygieniker geschrieben.

Entsprechend der anerkannten Tatsache, daß keinem Reize ein größerer und nachhaltigerer Einfluß auf den tierischen Organismus zukomme als der Nahrung, finden wir von dem klar und objektiv dargestellten Lehrstoff fast 4/5 von dem therapeutischen Einflusse der Ernährung handelnd. Außerdem werden in kurzen Kapiteln nur noch der kleine Aderlaß als konstitutions-verbesserndes, also generelles Mittel, die Sauerstoffkur, die Kräuterkuren und die sog. physikalischen Heilmethoden behandelt. Daß Verf. auch diese sonst noch wenig beachteten Mittel in seine Betrachtung hineinzieht, spricht für seine Vorurteilslosigkeit; der Zug zum Natürlichen, Einfachen, Ursprünglichen wird uns wohl auch noch weiterhin mehr die Kräuter und Mutterdrogen statt ihre chemisch extrahierten Produkte und Alkaloide bevorzugen lassen.

Den größten Raum gewährt Verf. der Ernährungslehre nach Haig, Centami, Keith und Dewey; deren Theorien werden sämtlich kritisch beleuchtet und das Beste davon nach praktischen Erfahrungen vom Verfasser übernommen. Auch die sog. Fastenkuren, besonders nach dem Laien Schroth, werden ausführlicher behandelt und ihre Erfolge geschildert. Für denjenigen, welcher bisher keine Gelegenheit benutzt hat, die geradezu umwälzenden Ernährungs-Versuche der Professoren Chittenden, Lafayette, Mende und Irving Fisher in der Yale University in Nordamerika kennen zu lernen, dürfen wir wohl einige Worte aus der Schrift Möller's zitieren (Seite 126): „Da ferner von Professor Chittenden zu verschiedenen Malen innerhalb der Versuchszeit festgestellt wurde, daß auch bei der geringsten Eiweißaufnahme (gemeint sind 34 gr täglich) Stickstoffgleichgewicht bestand, so ist durch diese Experimente einwandsfrei bewiesen, daß bei einer täglichen Eiweißzufuhr, die nur 1/3—1/2 derjenigen Voits entspricht, und deren Verbrennungswert etwa 25% geringer ist als der von demselben Forscher geforderte, der Durchschnittsmensch in den verschiedensten Altersstufen und bei sowohl geistiger als auch angestrengter körperlicher Tätigkeit vollkommen gesund und leistungsfähig bestehen kann, ja daß sogar seine Kraft und Ausdauer in erstaunlichem Maße zunehmen. Hieraus ist wiederum zu schließen, daß eine größere Nahrungs- und besonders Eiweißzufuhr, wie sie den üblichen Verhältnissen des Alltagslebens und den Forderungen der zurzeit noch herrschenden Wissenschaft entspricht, für das normale Funktionieren des menschlichen Körpers von Nachteil ist und zu Störungen verschiedenster Art Anlaß geben kann."

Möchten doch diese enormen Wandlungen unserer Ernährungs-Physiologie, seit Liebigs und Voits Zeiten, den Herrn Kollegen Veranlassung geben, Bücher wie das Möllersche eifrig zu lesen. Nächst unseren veränderten Auffassungen des Organismus als beseelter Selbstregulator, statt als Maschine, ist keine Errungenschaft der Biologie in höherem Grade berechtigt, unsere Pathologie und Therapie zu beeinflussen, als gerade die neue Ernährungslehre.

E. Bachmann, Harburg a. E.

Röntgen-Kalender. Von Ernst Sommer. Verlag von Nemnich, Leipzig. Preis 3,— M.

Sommer hat einen Röntgen-Kalender herausgegeben, der außer einem einleitenden Ueberblick einen technisch-diagnostischen und einen therapeutischen Teil enthält. Es sind eine Reihe kurzer, aber erschöpfender Artikel enthalten, die die neuesten Apparate und Einrichtungen besprechen, sowie gute Anleitung für Diagnose und Therapie geben. Das Büchlein wird sich unter den Fachgenossen manchen Freund erwerben.

Paul Zander, Berlin.

ALLGEMEINES.

Der 1908er Hauptkatalog der Brennabor-Werke, Brandenburg a. H. Wieder erscheint der Brennabor-Katalog in dem bekannten vornehmen Gewande.

Dem Vorwort entnehmen wir, daß die Brennabor-Werke auf ein erfolgreiches Geschäftsjahr zurückblicken. Der Umsatz in Brennabor-Rädern ist auch im letzten Jahre bedeutend gestiegen. Eine andere wie die gesetzlich geschützte Marke „Brennabor" stellen die Werke bekanntlich nicht her, sie lehnen es auch ab, neben dieser Marke minderwertige Spezialmaschinen zu bauen, da die Maschinen und Arbeiter nur auf Präzisionsfabrikate eingerichtet sind. Wichtig ist ebenfalls der Umstand, daß zum Bau der Brennabor-Räder nur allerbestes Rohmaterial verwendet wird und sämtliche Bestandteile, wie Sättel, Lager, Naben, Pedale und Ketten in eigenen Werkstätten hergestellt werden. Als Bereifung kommt bei allen Rädern nur prima Gummi-Qualität zur Verwendung.

Interessant ist im Katalog die Beschreibung der Bestandteile des Brennabor-Rades. Die bildlich wiedergegebenen Belastungsproben veranschaulichen dessen große Stabilität. Die darauffolgenden Brennabor-Naben sind als staubsicher und ölhaltend bekannt.

Die abgebildeten Radmodelle zeigen Eleganz und Vollendung der Bauart, deren zweckmäßige und sinnreiche Herstellung sofort ins Auge fällt. Neben stabilen Straßenrädern sind wieder die glänzend bewährten Renntypen vertreten, außerdem die Saalmaschine, deren Konstruktion nach den Bestimmungen des D. R. B. erfolgte.

Hieran schließen sich die als vorzüglich bekannten Gepäckmodelle in den verschiedenen Ausführungen.

Die Werke arbeiten heute mit fünf Dampfmaschinen von ca. 1500 Pferdekräften, 60 Elektromotoren und ca. 1100 Hilfsmaschinen; die Arbeiterzahl beträgt gegen 2500.

Der Versand der Hauptpreisliste erfolgt an Interessenten vollständig kostenfrei.

Ende jeden Jahres wird von vielen, denen das **„Jahrbuch des Invalidendank für Inserenten"** als zuverlässiger, praktischer Ratgeber auf dem Gebiete der Publizistik wert geworden, das Erscheinen der neuen Ausgabe willkommen geheißen, da im Laufe eines Jahres stets viele Veränderungen bei zahlreichen Blättern vorkommen. So bietet auch das „Jahrbuch" für 1908 wiederum viele wichtige Revisionen und Ergänzungen, letztere besonders unter den Fachzeitschriften, welche in übersichtlicher Gruppierung für alle Berufe die hervorragendsten Insertionsorgane enthalten. Das handliche, gefällige Buch ist vom Bureau des Invalidendank in Berlin W. kostenfrei zu beziehen, sowie durch dessen Agenturen. Daß der Reinertrag der Annoncen-Expedition des Invalidendank den patriotischen humanitären Zwecken dieses Vereins zur Unterstützung der Invaliden und deren Hinterbliebenen dient, möchten wir bei diesem Anlaß unseren Lesern wiederum in Erinnerung bringen.

Schöneberg. Das dem Auguste Victoria-Krankenhause angegliederte städtische Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten ist eröffnet worden. Zur kostenlosen bakteriologischen Untersuchung stehen Entnahmeapparate in den Apotheken für die Aerzte bereit.

Im warmen Sommer Lebertran zu verordnen, widerspricht ärztlicher Gepflogenheit. Dagegen wird das Nährfett Fucol auch in den heißen Monaten gut vertragen, welcher Umstand besonders für die Tuberkulose-Behandlung wichtig sein dürfte. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten rein M. 2,—, mit Guajacol M. 2,50. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S.
A. Dührssen, Berlin.
C. A. Ewald, Berlin.
R. Kobert, Rostock.
H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
H. Senator, Berlin
M. Koeppen, Berlin.
H. Rosin, Berlin.
H. Schlange, Hannover.
Ad. Schmidt, Halle a. S.
R. Sommer, Gießen.
H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 16. Februar 1908. **Nr. 7.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern.

Von Sanitätsrat Dr. **Maximilian Bresgen**, Wiesbaden.

Als ich auf der Naturforscher-Versammlung zu Kassel (1903) in der Abteilung für Hals- und Nasen-Krankheiten über Elektrolyse in der Nasenhöhle sprach[1]), war ich schon mit der Herstellung sehr langer Nadeln beschäftigt; ich hatte deshalb auch einen neuen und eingehenderen Aufsatz in baldige Aussicht gestellt. Zwischen meine damalige Absicht und meine heutige Ausführung schoben sich aber mancherlei Hindernisse, die aber sämtlich ohne Beziehung zum Gegenstand selbst waren. Was ich vor mehr als drei Jahren mitteilen wollte, ist seither durch vermehrte Erfahrung nur noch mehr gesichert worden. Ich habe nur zu bedauern, daß der Fortschritt, den ich durch die Einführung meiner langen Nadeln für die Ausübung der Elektrolyse in der Nasenhöhle erzielt habe, erst jetzt der Allgemeinheit zu Gute kommt.

Der Elektrolyse habe ich, den Anregungen von Kafemann[2]) und A. Kuttner[3]) folgend, in höherem Grade meine Aufmerksamkeit zugewendet, als ich in schwierigen Fällen von Lungen-Tuberkulose vor die Notwendigkeit mich versetzt sah, den stark verlegten Nasenluftweg zur Nasenatmung frei zu machen. Die Anwendung eingreifenderer Verfahren wie des elektrischen Brenners, des Meißels und selbst der chemischen Aetzmittel (in ausreichender Stärke) ist bekanntlich in Fällen von Lungen-Tuberkulose fast stets ausgeschlossen, wie es ja auch außerdem noch eine nicht geringe Zahl von Krankheitsfällen gibt, in denen ein etwas angreifendes Heilverfahren möglichst zu vermeiden ist. Da erwies sich mir denn die Elektrolyse als ein möglichst schonendes und doch wirksames, wenn auch damals noch sehr langwieriges Verfahren in allen den Fällen, die aus irgend einem Grunde von schwächenden Eingriffen befreit bleiben mußten. Zugleich aber erkannte ich auch, daß die Elektrolyse nicht im Stande sei, jene wirksameren Behandlungsweisen im allgemeinen zu verdrängen. Dieser Erfahrung lieh ich auch im Anschlusse an einen Vortrag von M. Schmidt[4]) lebhaften Ausdruck[5]), indem ich die einzelnen Behandlungsweisen ihrem Werte nach abgrenzte. Die Erwartung von M. Schmidt, daß „der praktische Arzt mit der Elektrolyse sicher operiert", hat sich inzwischen, wie bekannt, durchaus nicht erfüllt; ja sogar der Nasenarzt ist ihr im allgemeinen nicht einmal so weit zugetan, wie sie es in Wirklichkeit verdient. Dazu weiter mein Scherflein beizutragen, will ich mir auch heute angelegen sein lassen.

Durch alle meine Mitteilungen über Elektrolyse[6]) zieht sich die scharfe Abgrenzung ihrer Anwendung. Was mir aber immer als das größte Hindernis ihrer ausgedehnteren Verwendung erschien, war neben der Kürze der Nadelspitzen der Griff, mit dem die Nadeln während der ganzen Dauer der Durchleitung des elektrischen Stromes gehalten werden mußten. Ich hatte deshalb dieses Haupthindernis sehr bald dadurch beseitigt, daß ich den Griff ganz wegfallen ließ und dafür die in den letzteren passenden hinteren Nadelenden in kleine, mit entsprechenden Messingröhrchen durchbohrte Holzstückchen steckte, die sich durch einen überstreifbaren Schieber zu einem einzigen Stücke fest verbinden ließen; mit den Messingröhrchen war ein dünnes Kabel verbunden, dessen freie Enden in die Klemmen der Stromquelle paßten. Waren die Nadeln an den Orten der Wahl in der Nase eingestochen, so wurden sie nach Verbindung mit der Stromquelle frei gelassen: sie hielten sich infolge des leichten Kabels selbst[7]).

Auf der Naturforscher-Versammlung in Kassel führte ich nun aus, daß Jänicke[8]) uns mit einer außerordentlich zierlichen Doppelnadel und einem ungemein leichten Kabel zur

---

[1]) Eine neue Doppelnadel (nach Jänicke) zur Elektrolyse in der Nasenhöhle, nebst Erläuterungen zu ihrer Anwendung. Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. 75. Versammlung zu Kassel 20.—26. September 1903. S. 315ff.

[2]) Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen. Wiesbaden 1889. Bergmann.

[3]) Die Elektrolyse, ihre Wirkungsweise und ihre Verwendbarkeit bei soliden Geweben. Berliner klin. Woch. 1889. Nr. 45, 46, 47, S.-A.

[4]) Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Elektrolyse. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin. 12. Kongreß. 12.—15. April 1893 zu Wiesbaden. S. 176—179.

[5]) Ebenda S. 176—179.

[6]) Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachen-Leiden und seine Heilung. Unter besonderer Berücksichtigung der angeborenen und erworbenen Unregelmäßigkeiten der Nasenscheidewand. Leipzig, A. Langkammer. 1. und 2. Auflage, 1894. S. 33ff., 46ff., 50ff.; 3. Auflage, 1901, ebenso und S. 55f. — Die Anwendung der Elektrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenscheidewand sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut. Wien. medizin. Woch., 1894, Nr. 46; Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte. 66. Versammlung zu Wien 24.—28. Sept. 1894. — Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 3. Aufl. Wien 1896. [illegible] — Nasenscheidewand-Verkrümmungen. Eulenburgs [illegible] gesamten Heilkunde. Enzyklopäd. Jahrbücher, [illegible] Nasenkrankheiten. Eulenburgs Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. 3. Aufl., 1898. XIV. Bd. S. 14f. des S.-A.s.

[7]) Mitgeteilt auf der Naturforscher-Versammlung in W[illegible] schrieben in den unter [6]) und [1]) verzeichneten Schriften.

[8]) Eine sich selbst haltende elektrolytische Doppelnadel mit sehr leichtem Kabel. Deutsche med. Woch., 1901, Nr. 28. S. 4737.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anwendung der Elektrolyse in der Nasenhöhle beschenkt habe. „Es ist dadurch möglich geworden, während der ganzen Dauer des elektrischen Stromes die Nadel sich selbst halten zu lassen. Freilich hatte ich bereits zehn Jahre früher den gleichen Gedanken ausgeführt, allein Jänicke hat ihn doch noch besser verwirklicht; denn seine Nadel und sein Kabel sind noch erheblich leichter als die meinigen, erreichen also den von mir gewollten Zweck auch leichter. Allerdings ist seine Doppelnadel mit 7 ½ cm Länge zu kurz, um auch im hinteren Teile der Nasenhöhle Verwendung finden zu können. Ich ließ mir deshalb seinerzeit die Doppelnadel auf 12 cm verlängern, ferner ließ ich die beiden Nadeln an dem einen Ende 3, am anderen 5 mm auseinander stehen, so daß ihre Verwendungsfähigkeit erhöht ist; die einstechbaren Spitzen der Nadeln sind 10—12 mm lang; ich habe aber jetzt auch Nadeln mit 15 mm langer Spitze; ich glaube, daß ich auch solche mit 20 mm langer Spitze werde herstellen lassen können; damit will ich auch die Abstände der Nadeln voneinander vergrößern, so daß der jedesmal elektrolytisch zu beeinflussende Raum nicht unwesentlich vergrößert wird.“

Seither nun habe ich folgende Nadeln in dauerndem Gebrauche: 1. Doppelnadeln mit 3 und 5 mm Nadel-Abstand; die Längen der geraden Platin-Iridium-Spitzen betragen 1—2 cm. 2. Einzelnadeln von 1, 2 und 3 cm Platin-Iridium-Spitzen. Die Schaftlänge beträgt bei allen Nadeln 12 cm. Es ist zweckmäßig, bei den Doppelnadeln die beiden Schaftenden mit Platin-Iridium-Spitzen versehen und sie am einen Ende 3, am anderen 5 mm auseinander stehen zu lassen; die nicht im Gewebe steckenden Enden werden dann mit dem Kabel-Steckkontakt verbunden. In der gleichen Weise sind auch die Einzelnadeln behandelt, indem an den Enden des gleichen Schaftes einerseits eine 1 cm lange, andererseits eine 2 cm lange Platin-Iridium-Spitze angebracht ist. Die Einzelnadeln von 3 cm Spitzenlänge haben am anderen Ende eine kurze Messingnadel zur Verbindung mit dem Steckkontakte des Kabels. Eine Doppelnadel von 3 cm Spitzenlänge läßt sich für die Nase kaum je verwenden, da es nur sehr selten eine genügend gerade 3 cm lange Fläche in der Nase gibt, so daß eine Doppelnadel dieser Länge zweckentsprechend frei in die Schleimhaut eingestochen werden könnte. Ich komme auf dieses Erfordernis weiter unten noch näher zu sprechen.

Früher habe ich auch Nadeln mit recht- und spitzwinkelig angesetzter Platinspitze, besonders zur Behandlung von Fortsätzen der Nasenscheidewand oder anderer seitwärts gelegener Teile verwendet. Ich bin aber von deren Benutzung ganz abgekommen, weil sie zu große Anforderungen an die Geduld besonders der Kranken stellt. Immerhin kann gelegentlich ein Fall vorkommen, in dem man sich zur Verwendung dieser hakenförmigen Nadeln entschließen wird.

Kann man auch die Elektrolyse gegen jede Art tierischen Gewebes mit Erfolg verwenden, so bin ich im Ganzen doch dahin gekommen, sie nur in der Schleimhaut zur Wirkung gelangen zu lassen. Auf die Anwendung im Knochen komme ich später noch zu sprechen. Gegen die knorpeligen Vorsprünge an der Nasenscheidewand sollte man die Elektrolyse nie verwenden, da jene mit dem elektrischen Brenner ohne jeden Schmerz und ohne alle üble Nachwirkung in wenigen Sekunden vollständig beseitigt werden können.

Das sehr dünne Kabel Jänickes habe ich in seinen beiden Drähten rot (— Pol) und grün (+ Pol) überspinnen und die mit der Kraftquelle zu verbindenden Endstücke als gleichmäßig runde Stifte herstellen lassen; diese letzteren bieten eine sicherere Verbindung als kegelförmige Stifte; und die verschieden gefärbten Leitungsschnüre gestatten jederzeit ohne Aufenthalt (durch Benutzung von Pol-Reagenzpapier) die Kathode (rot) von der Anode (grün) zu unterscheiden, was für die Anwendung der Elektrolyse in der Nase von besonderer Bedeutung ist.

Was nun die Verwendung meiner langen Elektrolyse-Nadeln betrifft, so möchte ich zunächst im allgemeinen darüber meine Erfahrungen mitteilen. Sie hat sich mir in allen Fällen, in denen eine andere Art der Behandlung ausgeschlossen oder nicht rätlich war, durchaus bewährt. Ja, wenn es im einzelnen Falle gelang, ohne bemerkenswerte Schmerzhaftigkeit in wenigen Minuten auf 20—25 M. A. Stromstärke zu kommen, so war selbst bei starker Schleimhaut-Schwellung bezw. -Verdickung der Erfolg ein so rascher und guter, daß die Kranken geneigt waren, sich von jeder Nasen-Verschwellung befreit zu wähnen. Vor solcher Auffassung kann aber nicht genug gewarnt werden; denn in sehr kurzer Zeit ist der erzielte Erfolg mindestens ebenso rasch wieder entschwunden wie bei unzweckmäßiger Anwendung des elektrischen Brenners [9]). Wenn also die Elektrolyse im vorderen Abschnitte der unteren Nasenmuschel einerseits angewendet und die Heilung der gesetzten Zerstörung so weit vorgeschritten ist, daß alle zerstörten Gewebsteile sich abgestoßen haben, so läßt man den gleichen Vorgang in der anderen Nasenhälfte sich wiederholen. Sobald auch diese genügend weit vorgeschritten ist, kann man in der erstbehandelten Nasenhälfte weiter vorgehen, und zwar soll dies in der Regel am hinteren Abschnitte der unteren Nasenmuschel geschehen usw. Ist aber im vorderen Teile der unteren Muschel nach oben und besonders nach dem mittleren Nasengange hin eine bedeutende Verschwellung vorhanden, so ist es meistens angezeigt, diese zunächst — also vor dem hinteren Abschnitte — in Angriff zu nehmen; doch werden hierzu immer nur 1—2 cm lange und zwar gewöhnlich Doppelnadeln am vorteilhaftesten verwendet.

Die erste Anwendung der Elektrolyse an der unteren Nasenmuschel nehme ich, wenn die letztere nicht ungünstig gekrümmt ist, mit den 3 cm langen Einzelnadeln vor; lassen diese sich aber infolge ungünstiger Krümmungsverhältnisse der Muschel nicht anwenden, so benutze ich die kürzeren Doppelnadeln je nach den vorliegenden Größenverhältnissen. Zum Gebrauche der verschiedenen Längen der Nadeln ist es unbedingt notwendig, sich vorher genau die Beschaffenheit der zu behandelnden Stelle abzuschätzen, damit eine möglichst günstige Einführung der Nadeln gewährleistet wird. Geringe Krümmungsverhältnisse der Muschelknochen lassen sich durch eine ebenso geringfügige Biegung der Nadeln ausgleichen. Sowie solche aber übertrieben ist, gelingt es weder den richtigen Einstichpunkt innezuhalten, noch die Nadel frei im Schleimhautgewebe, d. h. ohne dicht an den Knochen oder an die freie Oberfläche der Schleimhaut zu kommen, einzuführen. Beides aber zu vermeiden, ist zu einem möglichst großen Erfolge und zur Vermeidung störender Schmerzen durchaus nötig. Wird die Nadel zu nahe an der Schleimhaut-Oberfläche geführt, so ist ihre Wirkung in die Tiefe zu mangelhaft; wird sie zu dicht am Knochen entlang geführt, so gelingt es wegen der bei der Durchleitung des elektrischen Stromes entstehenden lebhaften Schmerzen weder die nötige M.-A.-Zahl noch die erforderliche Dauer der Einwirkung zu erreichen; es gibt also einen ungenügenden Erfolg, was gleichbedeutend mit einem erheblichen Zeitverluste ist. Dieser Umstand der Krümmungsverhältnisse der knöchernen Muschel hindert sowohl die Anwendung sehr langer Doppelnadeln, wie auch vorläufig noch diejenige von Einzelnadeln, welche länger als 3 cm sind.

Der erste Einstichpunkt der Elektrolyse-Nadel wird am zweckmäßigsten etwa 3—5 mm vom inneren Nasenloche entfernt gewählt. Die Doppelnadel richte ich stets so, daß die untere Nadel nahe dem freien Rande der unteren Muschel, diesem entlang laufend, in der Schleimhaut ihren Weg findet. In den meisten Fällen konnte ich die 2 cm lange Doppelnadel benutzen. In jedem einzelnen Falle ist auch noch abzuschätzen, ob die Doppelnadel mit weitem oder mit engem Abstande der beiden Nadeln zu verwenden ist; vorteilhafter ist es natürlich, wenn der weite Abstand benutzt werden kann, da in diesem Falle ein größeres Gebiet beeinflußt wird. Die Wahl selbst hängt natürlich von der Beschaffenheit des Operationsgebietes ab: wesentlich ist eben, daß die Doppelnadel durchaus frei und doch tief genug durch das Gewebe geführt ist. Kann man wegen leidlich geraden Verlaufes der unteren Nasenmuschel zwei 3 cm lange Einzelnadeln einstechen, so vermag man natürlich auch die größtmögliche Wirkung zu erzielen. In manchen Fällen kann man nicht zwei gleich lange Nadeln benutzen; man muß dann die dem Operationsgebiete entsprechenden Längen bestimmen. Die erste Nadel pflege ich entlang dem freien Rande der unteren Muschel einzustechen und die zweite Nadel etwa 5 mm höher in gleicher oder auseinander laufender Richtung einzuführen. Einschaltend will ich hier noch bemerken, daß es manchmal möglich ist, eine Nadel in die im unteren Nasengange so häufig lagernde verdickte Muschelschleimhaut einzustechen und dadurch dort vortreffliche Wirkung zu erzielen. Bei der Einführung der zweiten Einzelnadel ist die bereits liegende erste Nadel etwas hinderlich. Es gehört aber nur einige Geschicklichkeit dazu, sie gleichzeitig mit der den Nasentrichter haltenden linken Hand so zur Seite zu legen, daß man die zweite Nadel ebenso sicher und gut wie die erste einzuführen vermag: Uebung wirkt auch hier sichere Beherrschung handgeschicklichen Vorgehens.

---

[9]) Ich verweise auf meine Schriften: Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle a. d. S. 1904, Marhold. S. 51 f. — Was muß der Arzt von Nasen- und Hals-Krankheiten wissen? Halle a. d. S. 1907. Marhold. S. 8.

Ist nun eine zweckmäßige Einführung der Elektrolyse-Nadeln eine Hauptbedingung zu gutem Erfolge, so ist doch mindestens ebenso wichtig eine sorgfältig und doch sparsam ausgeführte Kokainisierung der Nasenschleimhaut. Denn ohne diese kann es nie gelingen, genügend lange Zeit einen ausreichend starken Strom einwirken zu lassen. Bei der Art meiner langen Nadeln hat sich mir ein Strom von 20—25 M.-A.-Stärke als vollkommen ausreichend erwiesen, sobald man ihn 8—10 Minuten hindurchgehen und nach Stromwechsel[10]) nochmals die gleiche Zeit bei gleicher Stromstärke wirken läßt. Das letztere ist zu einer genügenden Wirkung durchaus notwendig. Gelingt es nicht, eine Stromstärke von 20—25 M.-A. in 2—3 Minuten durch langsames Einschleichenlassen des Stromes zu erreichen, so muß die Dauer der Einwirkung des Stromes entsprechend verlängert werden. Es gibt besonders empfindliche Nasenschleimhäute, die selbst bei der besten Kokainisierung nicht gestatten, mehr als 10 M. A. Stromstärke zu verwenden; die Zeitdauer muß dann mit etwa 15 Minuten bemessen werden. Gelingt es bei sonst tadelloser Kokainisierung nicht, eine höhere M.-A.-Zahl zu erreichen, so kann man mit Bestimmtheit annehmen, daß die Nadel dicht an die Knochenhaut streift; in solchen Fällen ist man dann wegen oft heftiger Kopfschmerzen genötigt, die Einwirkung des elektrischen Stromes abzukürzen; auch Zahnschmerzen können in empfindlicher Weise die Behandlung stören; doch sind sie meist leichter zu ertragen, als Kopfschmerzen, lassen nicht selten auch bald nach. Auch hier ist man zuweilen genötigt, dem einzelnen Falle entsprechend die Behandlung zu verändern.

Die mittlere Nasenmuschel eignet sich für die Behandlung mit Elektrolyse im ganzen nicht; ihre Angriffsfläche ist ungünstig und die Schmerzhaftigkeit leicht zu groß. Zudem sind die Verdickungen der Schleimhaut an der mittleren Nasenmuschel nach Freilegung des unteren Nasenabschnittes ohne besondere Störungen des Allgemeinbefindens auf langsamem Wege mittels Stichelung durch den elektrischen Brenner so weit zu beseitigen, daß sie zu Beschwerden keinen Anlaß mehr bieten. Außerdem ist es in geeigneten Fällen wohl möglich, auch mit der Schlinge helfend einzugreifen.

Wie bereits hervorgehoben, gehört zu einer erfolgreichen Behandlung mittels Elektrolyse ein sehr sorgfältiges Verfahren, um die Nasenschleimhaut wirklich und für etwa eine halbe Stunde unempfindlich zu machen. Da habe ich nun vorab festzustellen, daß sich zu diesem Zwecke einzig und allein das salzsaure Kokain (Merck) eignet. Alle anderen Mittel gewähren nicht im entferntesten die Sicherheit wie dieses. Zu warnen ist vor jeder Anwendung des Suprarenins oder ähnlicher Mittel. Denn gerade das, was diese Mittel so überaus wertvoll macht, die gänzliche Abschwellung der Schleimhaut, schließt sie bei der Elektrolyse aus. Sie verursachen eben eine so vollständige Abschwellung, daß es nicht mehr möglich ist, die Nadeln weit genug von der Knochenhaut dem Knochen entlang durch die Schleimhaut zu führen: die Behandlung mittels Elektrolyse wird dadurch trotz Unempfindlichkeit der Schleimhaut recht schmerzhaft[11]). Um aber die Knochenhaut durch Einspritzung unempfindlich zu machen, ist doch der Anlaß nicht entsprechend bedeutend genug. Denn wenn auch der Eingriff an sich keine Bedeutung hat, so gelangt doch von der angewendeten Flüssigkeit so viel in die Blutbahn, daß bei der langen Sitzungsdauer leicht ohnmachtähnliche Zustände auftreten. Um den letzteren bei der Elektrolyse, die dadurch ja wesentlich gestört werden würde, zu entgehen, lege ich auf die von mir seit vielen Jahren angegebene Verwendungsweise des Kokains in der Nasenhöhle ganz besonderen Wert[12]). Ich habe alle Ersatzmittel des Kokains wiederholt und längere Zeit geprüft; von jedem Mittel bin ich in Bezug auf die Nasenschleimhaut stets zum Kokain zurückgekehrt; das gilt ganz besonders für die Elektrolyse. (Bezüglich Yohimbin Spiegel ist Fuß-Bemerkung [11]) nachzusehen.) Selbst die 20 %ige Novokain + Suprarenin-Lösung (Novokain 2,0, Aqu. dest. 10,0, Suprarenin. boric. [1,0 : 1000,0] gtt. 30) vermag die Nasenschleimhaut nicht so unempfindlich zu machen, wie meine Bestreichung dieser mit 20 %iger Kokainlösung. Dahingegen hat es sich mir beispielsweise bei der Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase sehr bewährt, die 20 %ige Kokain-Lösung abwechselnd mit der 20 %-igen Novokain-Suprarenin-Lösung derart anzuwenden, daß zunächst die erstere 1—2 mal, dann die letztere und weiterhin beide abwechselnd aufgetragen werden; im höchsten Falle habe ich dreimal Kokain, zweimal Novokain-Suprarenin zu verwenden nötig gehabt. Auf die genauere Anwendungsweise komme ich nachher noch zurück.

Sowohl zur Anwendung der Elektrolyse in der Nase wie auch zu sorgfältiger Kokainisierung der Nasenschleimhaut bedarf man vorab eines wirklich zweckentsprechenden Erweiterers des Naseneinganges. Zweckentsprechend ist ein solcher aber nur, wenn er den letzteren, seiner anatomischen Beschaffenheit folgend, in senkrechter Richtung zu erweitern geeignet ist. Aber nicht nur der Naseneingang, sondern auch der gesamte Aufbau des Naseninnern verlangt in der gleichen Richtung seine Freilegung zur Gewinnung einer wirklichen Uebersicht der Nasenhöhle. Dazu ist aber nur ein Nasen-Erweiterer geeignet, der im Naseneingange sich in senkrechter Richtung leicht einspannen läßt. Die allgemein übliche Einspannung der Nasenerweiterer in wagerechter Richtung, besonders aber der von mir angegebenen, lediglich für senkrechte Einspannung gearbeiteten, ist vollkommen zweckwidrig[13]. Denn sowohl der Naseneingang ist anatomisch nur in senkrechter Richtung wirkungsvoll ausdehnbar, wie auch der anatomische Aufbau des Naseninnern, in dem die wichtigen Teile übereinander gelagert sind, nur dann übersichtlich zu erkennen ist, wenn der Naseneingang in senkrechter Richtung erweitert ist. Man sehe sich doch nur bei rückwärts gelegtem Kopfe (Untersuchungslage) die senkrecht gerichteten Nasenlöcher an und vergleiche dazu an einem von Weichteilen befreiten Schädel die vordere Nasenöffnung: da kann es nicht schwer fallen, zu [illegible], daß man beim Lebenden die Nasenhöhle sich nur durch Erweiterung des Naseneinganges in senkrechter Richtung übersichtlich zur Anschauung bringen kann.

---

[10]) Vor dem Stromwechsel lasse man den Kranken, nachdem das Nasenloch der nicht behandelten Seite durch leichten Fingerdruck geschlossen ist, die Luft durch die behandelte Seite stark zurückziehen, um den an den Stichstellen, besonders an der Kathode (— Pol), angesammelten Schaum zu entfernen. Man erliegt sonst leicht Täuschungen über die angezeigte Stromstärke. Man vergl. hierzu meinen Aufsatz: Die Anwendung der Elektrolyse bei Verkrümmungen und Verdickungen der Nasenscheidewand sowie bei Schwellung der Nasenschleimhaut. Wiener med. Woch., 1894, Nr. 46. S. 3. d. S.-A.s.

[11]) Manche Ersatzmittel des Kokains haben ja die Eigenschaft, die Schleimhaut noch weniger als dieses abschwellen zu machen; allein ihre Wirkung ist in der Nase nicht ausreichend genug, um sie dort verwenden zu können. Neuestens habe ich in einer Sammel-Empfehlung des Yohimbin (Spiegel) die Mitteilung gelesen, daß dies die Wirkung des Kokains auf der Schleimhaut habe, ohne dessen gefäßverengernde Eigenschaft zu besitzen. Wenn es wirklich so gut unempfindlich machen sollte wie Kokain, so wäre es diesem bei der Elektrolyse jedenfalls vorzuziehen.

[12]) Vergiftungs-Erscheinungen nach Kokainisierung der Nase. Deutsche med. Woch., 1885, Nr. 46. — Entstehung, Bedeutung und Behandlung der Verkrümmungen und kallösen Verdickungen der Nasenscheidewand. Wien. med. Presse, 1887, Nr. 7, 8. S. 8 d. S.-A.s. — Nasenkrankheiten in Eulenburgs Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. 2. Aufl., 1888. XIV Bd S. 3 d. S.-A.s; 3 Aufl. 1898. S. 4 d. S.-A.s. — Instrumente für Nase und Kehlkopf. Therapeut. Monatshefte, 1888, Nr. 3. — Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 2. Aufl. 1891. S. 102 ff.; 3. Aufl. 1896. S. 128 ff. — Ueber die Notwendigkeit örtlicher Behandlung des frischen Schnupfens. Leipzig 1900. Leineweber. S. 18 ff. — Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle a. d. S. 1904. Marhold. S. 48 ff. — In den beiden letztgenannten Schriften findet sich auch eine eingehende Beschreibung meiner Nasen-Erweiterer, die zu gutem Gelingen der Elektrolyse sehr wesentlich sind.

Hat man nun meinen allein solchen Anforderungen genügenden Nasen-Erweiterer[14], dessen beide Blätter so gearbeitet sind, daß sie nur in senkrechter Richtung im Naseneingange verwendet werden können, in dieser Weise in das Nasenloch, ohne Schmerzen zu verursachen, eingespannt, so überblickt man sofort überaus klar das ganze Naseninnere und kann sich die obersten und untersten Teile durch Senken und Heben des Instrumentes bequem einstellen. Das Instrument sitzt auch, richtig eingespannt, fest im Nasenloche, ohne seine Beweglichkeit einzubüßen, und hält sich in jeder Nase selbst, sobald nicht in ihr ganz vorne erhebliche Unregelmäßigkeiten sich finden.

Die Kokainisierung selbst nehme ich nun folgendermaßen vor[15]. Hervorheben will ich nur noch, daß ich nach meiner langjährigen Erfahrung weder die Anwendung des Spray noch gar die Einführung eines einfachen Wattebausches, der mit Kokainlösung getränkt ist, gutheißen kann. Denn bei dieser Art der Kokainisierung wird einesteils sehr viel Kokain verschluckt, während anderenteils die Unempfindlichkeit trotzdem nicht in genügender Weise sich erzielen läßt, was ja auch selbstverständlich ist, da die Kokainlösung auf solche Art in die engeren Wege nicht ausreichend einzudringen vermag[16]. Zudem wirkt das Kokain im wesentlichen auch nur an der Stelle, auf die es aufgetragen wird. Eine volle Wirkung kann also nur erzielt werden, wenn es mit der bestimmten Stelle in innige Berührung gebracht wird, und zwar so oft, wie dies im einzelnen Falle die Untersuchung als notwendig ergibt.

Um meine vorne fast nadelspitze, etwas rauh gefeilte, 15 bis 20 cm lange dünne Nasensonde wird ein kleines Fläuschchen Watte zunächst an der Spitze dergestalt mit (sauberem) Fingernagel fest angedreht, daß die Sondenspitze nicht mehr stechen kann; alsdann wird das fahnenartig angedrehte Watteflàuschchen locker um die Spitze gelegt und etwa einen halben Zentimeter unterhalb dieser fest angedreht; das Watteflàuschchen hat dann ungefähr die Größe einer Erbse und faßt etwa einen Tropfen Flüssigkeit. Taucht man diese Sonde nun in eine 20 % ige Kokainlösung, die man am Flaschenhalse noch etwas abstreifen kann, falls die gefaßte Menge zu groß erscheinen sollte, so ist die Sonde zu zweckmäßiger Kokainisierung hergerichtet. Sie wird dann, nachdem, wie oben beschrieben, in einem Nasenloche mein Nasenerweiterer vorsichtig eingespannt ist, durch diesen hindurch an das vordere Ende der unteren Nasenmuschel geführt und auf dieser langsam nach hinten, dem freien Rande entlang, sowie nach oben gegen den mittleren Nasengang hin und je nach der Sachlage auch in diesen hinein, leicht reibend und gleitend, vorgeschoben. Diese erste Einbringung von Kokain muß ganz besonders bei Kindern und anderen ängstlichen Personen recht langsam geschehen, um gewissermaßen millimeterweise die Empfindlichkeit der Schleimhaut außer Tätigkeit treten zu lassen und dadurch ein stetig weitergehendes Vorschreiten mit dem Kokain in der Nase zu ermöglichen. Der Erfolg ist ein sehr erfreulicher: Die Aengstlichkeit schwindet immer mehr, und die Gewißheit, daß alles ohne Schmerz vor sich gehen werde, vergrößert sich zusehends, so daß die zu gutem Gelingen so notwendige Ruhe des Kranken gewährleistet wird.

Nachdem die Sonde und der Nasenerweiterer wieder aus der Nase entfernt sind, läßt man den Kranken den Kopf rasch vornüber neigen, um die etwa auf dem nach hinten stark abschüssigen Nasenboden hinunterlaufende Kokainlösung wieder nach vorne zum Nasenloche fließen zu machen. Der Kopf bleibt dann etwa zwei Minuten in dieser Haltung, um dem Kokain genügende Einwirkung zu gestatten und weiteres Nachhinten-fließen desselben zu verhindern. Sodann läßt man den Kranken bei leicht geschlossenem Nasenloche der anderen Seite die kokainisierte Nasenhälfte, die von jedem Drucke ganz freigelassen werden muß, in etwa sechs langen Zügen derartig ausblasen, daß jede heftige Schneuzwirkung unterbleibt[17]. Das andere Nasenloch darf nur leicht mit dem Finger zugedrückt werden, damit nicht der Eingang zur kokainisierten Seite durch Hinüberdrängen der Nasenscheidewand verengt wird; und ein wiederholtes, leichtes Ausblasen, nicht gewöhnliches „Schneuzen“, ist erforderlich, damit jedes Eindringen von Luft und Nasenrachen-Absonderung in die Ohrtrompeten sicher verhütet wird; außerdem lernt dabei der Kranke, wie er später in der Nachbehandlung sowohl wie in gesunden Tagen seine Nase geräuschlos, wirksam und gefahrlos zu reinigen hat.

Nachdem nun die in Behandlung befindliche Nasenhälfte durch Ausblasen von Schleim- und Kokainlösung befreit worden ist, wird mit der Kokainisierung, wie begonnen, fortgefahren, und zwar so oft, bis eine vollkommene Empfindungslosigkeit in der Nase eingetreten ist. Ich bemerke ausdrücklich, daß es notwendig ist, auch die Nachbarschaft der zu behandelnden Stelle, insbesondere aber die mittlere Muschel in ihrem Randteile zu kokainisieren, da sonst ausstrahlende Schmerzen zu störend sich geltend machen können. Man darf im allgemeinen damit rechnen, daß wenigstens viermal die 20 %ige Kokainlösung eingebracht werden muß; wenn nicht eine ganz auffällige Minderempfindlichkeit von vorneherein sich zeigt, so halte ich eine fünf- bis sechsmalige Einbringung des Kokains für mindestens sehr empfehlenswert. In sehr engen Nasenseiten, wo die Empfindlichkeit der Schleimhaut meist ebenso erhöht, wie in der weiten Nasenhälfte die Schleimhaut verdickt und weniger empfindlich ist, empfiehlt sich eine ganz besonders sorgfältige Kokainisierung auch schon um deswillen, weil bei der an sich durch die räumliche Enge bedingten geringeren Schleimhaut-Schwellung die Elektrolyse-Nadeln ohnehin in nur sehr geringer Entfernung von der Knochenhaut werden eingeführt werden können, die Empfindlichkeit beim Einwirken des elektrischen Stromes also auch eher und stärker sich geltend machen kann, als in einer weiten Nasenhälfte, in der die Nadeln durch die meist wulstig verdickte Schleimhaut gelegt werden können, ohne in allzu nahe Nachbarschaft der Knochenhaut zu gelangen.

(Fortsetzung folgt.)

---

[13] Ich muß hier wiederholt darauf verweisen, daß ich hierauf bereits 1881 (Der chronische Nasen- und Rachen-Katarrh. 1. Aufl. 1881. S. 15) und seither immer wieder aufmerksam gemacht habe. Insbesondere verweise ich noch auf meine Schriften: Ueber die Notwendigkeit örtlicher Behandlung des frischen Schnupfens. Leipzig 1900. Leineweber. S. 16ff. — Fünfundzwanzig Jahre Nasen- und Hals-Arzt. Halle a. d. S. 1901. Marhold. S. 3f. — Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle a. d. S. 1904. S. 48.

[14] Meine Nasen-Erweiterer (einen für Erwachsene, einen für Kinder) liefert in neuester vervollkommneter Form nur H. Pfau, Berlin NW., Dorotheenstraße 67. Von ihm müssen auch meine Elektrolyse-Nadeln nebst Kabel bezogen werden, weil sie Abänderungen der Jänickeschen Instrumente sind.

[15] Man vergl. meine unter [12]) angegebenen Schriften.

[16] Man vergleiche meine Schrift: Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle a. d. S. 1904. Marhold. S. 49.

[17] Ich verweise hier ganz besonders auf meine Aufsätze: Das Schneuzen der Nase, das Niesen und Husten in ihrer Bedeutung zur Entzündung des Mittelohres bei Kleinkindern, Schulkindern und Erwachsenen. Die ärztliche Praxis 1898. Nr. 19, 20. — Die Wirkungen des Schneuzens, Niesens und Hustens auf den Körper sowie deren Regelung durch die Krankenpflege. Zeitschrift für Krankenpflege 1899. Heft 7.

REFERATE.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Adenoïde im Säuglingsalter.** Von J. Lovett Morse. The Journal of the American Medical Association, 1907, II, S. 1589.

2. **Keuchhusten; 550 Fälle mit Abdominalgürtel behandelt.** Von Th. Wendell Kilmer. Ibidem, S. 1750.

3. **Ein Fall von „Hautdiphtherie" von dreijähriger Dauer, mit Antitoxin behandelt.** Von A. B. Slater. Lancet, 1908, I, S. 15.

4. **Neue Beiträge zur Aetiologie der orthotischen Albuminurie im Kindesalter.** Von L. Jehle. Münch. med. Wochenschrift, 1908, S. 12.

1. L. Morse betont die Notwendigkeit, Adenoïde, wo solche bei Säuglingen sich finden, nicht erst im späteren Alter zu entfernen, wie es allgemein üblich sei; denn gerade im Säuglingsalter seien die Folgen der Wucherungen im Nasenrachenraum besonders ungünstige. Das Leiden sei viel häufiger als man im allgemeinen annehme; er hält sie für die häufigste Ursache des Schniefens und der Neigung zu katarrhalischen Erkrankungen. Die Behinderung der Nasenatmung bedinge auch eine Behinderung der Ernährung und wirke mit bei der Entwicklung der Rachitis, speziell des rachitischen Thorax. Die Entfernung der Adenoïde im Säuglingsalter sei gänzlich gefahrlos und leichter als bei älteren Kindern und Rezidive selten. Einige kurze Krankengeschichten illustrieren die günstigen Wirkungen, die eine frühzeitige Exstirpation haben kann.

2. Kilmer berichtet über gute Erfolge einer neuen Behandlungsmethode des Keuchhustens, die bei fast allen Kinderärzten in Nordamerika, die Versuche damit angestellt haben, Anklang gefunden hat. Es handelt sich um die Anlegung einer einfachen Leibbinde mit elastischen Einsätzen in Nabelhöhe, die auf dem Rücken mäßig fest geschnürt wird und einen gleichmäßigen Druck auf das Abdomen ausübt. Die Breite beträgt für Säuglinge 4 bis 5 Zoll, für ältere Kinder 5 bis 8 Zoll. Dieser Gürtel bringt den Kindern nicht nur subjektive Erleichterung, sondern er soll namentlich das Erbrechen vermindern oder ganz zum Verschwinden bringen und besonders im Säuglingsalter sehr wohltätig sein, in dem man ohnehin mit Medikamenten nicht viel erreichen kann. Verf. glaubt auch an eine prophylaktische Wirkung in Hinsicht auf Komplikationen (Bronchopneumonie und Hernien). — Die mitgeteilten Beobachtungen ermuntern sehr zur Anwendung des einfachen Verfahrens.

3. Slater berichtet eine recht interessante Beobachtung. Bei einem 13jährigen Mädchen entwickelte sich im Anschluß an ein heftiges Augenleiden (Diphtherie?) ein eigenartiger Ausschlag am ganzen Körper, speziell an der Vulva, Brust, Nacken und im Gesicht; es handelte sich um gruppenweise angeordnete Bläschen in den obersten Hautschichten. Das Leiden trotzte mehrere Jahre allen äußerlich angewandten Mitteln und antiluetischen Kuren. Verf. gelang es, aus dem Inhalt der Bläschen neben Staphylokokken Diphtheriebazillen zu isolieren. Die Affektion heilte in drei Wochen ohne Narbenbildung unter der Einwirkung großer Dosen von subkutan eingeführtem Diphtherieheilserum (15000 I. E. innerhalb 17 Tagen).

4. Die sehr bemerkenswerten Untersuchungen Jehles an sieben Kindern mit orthotischer Albuminurie haben ihn zur Erkenntnis geführt, daß die eigentlich auslösende Ursache der Albuminurie in diesen Fällen nicht die aufrechte Körperhaltung an und für sich ist, sondern die damit zusammenhängende Lordose der Lendenwirbelsäule. Bekanntlich befindet sich der Arzt dieser recht häufigen Erkrankung der späteren Kindheit gegenüber oft in einem schweren therapeutischen Dilemma, da man bis heute prinzipiell im Zweifel ist, ob es sich um eine larvierte Nephritis oder um einen ziemlich harmlosen Zustand handelt, der mit den Wachstumsverhältnissen der betreffenden Altersperiode zusammenhängt. Die therapeutischen Gesichtspunkte, die Jehle aus seinen Feststellungen ableitet, lauten:

„Da wir eine Nephritis in einer großen Zahl von Fällen ausschließen können, so ist eine Milchdiät gewiß kontraindiziert und auf eine allgemein kräftigende Ernährung zu sehen. Es bleibt noch die physikalische Behandlung dieser Erkrankung. Da Eiweiß, wie ich mich überzeugen konnte, nur im Stehen, nicht im Gehen und Laufen ausgeschieden wird, da die Lordose bei ersteren Bewegungen durch das Pendelbein, bei letzteren durch die Kyphose ausgeglichen wird, so wird man den Kindern Sport und Spiel, bei denen vieles Stehen ausgeschlossen ist (Skilaufen, Bergsteigen, Schlittschuhlaufen etc.) niemals verbieten. Das Stehen, wenn es unbedingt notwendig, kann durch einen entsprechenden Verband (Beckengürtel, Halskravatte und dazwischen gespanntes Band) unschädlich gemacht werden, letzterer wäre eventuell auch anzulegen, wenn ein Kind an Anfällen von Kopfschmerz und Erbrechen leidet. Man könnte dadurch vielleicht die lästige Bettruhe vermeiden. Selbstverständlich wäre neben einer allgemeinen Kräftigung auch auf eine spezielle Kräftigung der Lendenmuskulatur Rücksicht zu nehmen."

Ref. möchte mit Verf. glauben, daß seine Beobachtungen — falls sie allgemeine Bestätigung finden — nicht nur in der Erkenntnis des Wesens der Krankheit, sondern auch in der für Arzt und Patienten oft qualvollen Behandlung solcher Kinder uns einen erheblichen Schritt vorwärts gebracht haben.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **E. Meyer**, Assistent an der Universitätspoliklinik für Lungenkranke, Berlin.

1. **Kann, ja soll man an der Ostseeküste Volkslungenheilstätten errichten?** Von R. Kobert. Vortrag, gehalten im Rostocker Aerzteverein am 12. Okt. 1907.

2. **Die Lungenheilstättenbewegung in Ungarn.** Von Heinrich Pach. Medizin. Reform, 1907, Nr. 52.

3. **Die Pathologie und Behandlung des Asthma bronchiale.** Von Strümpell. Med. Klin., 1908, Nr. 1.

4. **Ueber die Gefahr des Morphiums bei der Behandlung Asthmatischer.** Von Goldschmidt. Vortrag auf dem Balneologenkongreß 1907. Therapeut. Zentralblatt, 1908, Nr. 1.

1. R. Kobert wies zuerst alle Angriffe zurück, die von verschiedenen Seiten gegen die Heilstätten im allgemeinen gemacht sind, und sprach dann ferner die Ansicht aus, daß man zur erfolgreichen Kur keineswegs den Aufenthalt in Davos und anderen Hochgebirgsorten nötig habe, daß im Gegenteil der Aufenthalt in einer im Heimatsklima gelegenen Anstalt den Patienten für die spätere Zeit entschieden widerstandsfähiger mache als der Aufenthalt in einem von dem der Heimat so sehr verschiedenen Klima. Was nun die Einrichtung von Heilstätten speziell an der Ostseeküste anbetrifft, so spricht er sich hierfür ganz entschieden aus, erstens in Hinblick auf die günstigen Temperatur-, Feuchtigkeits- und Luftverhältnisse und zweitens in Berücksichtigung der außerordentlich guten Erfolge, die man in Dänemark mit den an der Ostseeküste errichteten Sanatorien gehabt habe, sowie auf Grund der von Hennig im Ostseebade Cranz auch mit Winterkuren erzielten außerordentlich guten Erfolge.

2. Ueber die Lungenheilstättenbewegung in Ungarn berichtet Heinrich Pach. Nachdem in Ungarn Friedrich von Koranyi auf die Gefahren der Tuberkulose hingewiesen hatte, konnte dank seinen Bemühungen am 3. November 1901 die erste ungarische Heilstätte, das Erzsébet-Sanatorium, eröffnet werden. Infolge der dort erzielten außerordentlich guten Erfolge wurde Oktober 1907 eine weitere Anstalt, das József-Sanatorium, unweit Békés-Hyula, eröffnet. — Auch verschiedene Kassen und Behörden errichteten für ihre Kranken noch eigene Anstalten. — Aber nicht nur durch Erbauen von Sanatorien bekämpfen Koranyi und das ihm unterstellte Komitee die Tuberkulose, sondern auch noch durch Aufklärung der Bevölkerung durch Vorträge, Merkblätter und eine Monatsschrift.

3. In einem Vortrage über die Pathologie und Behandlung des Asthma bronchiale bespricht **Strümpell** zuerst die Art und Entstehung des Asthmas und gibt dann einige beachtenswerte Angaben uber die Behandlung desselben. Nach seiner Angabe haben sich bei der Behandlung des Asthmas die elektrischen Glühlichtbäder sehr gut bewährt, nachdem er vorher schon seit langer Zeit mit gutem Erfolg andere Arten Schwitzbäder angewandt hatte. Natürlich muß man streng individualisieren und darf mit den Glühlichtbädern nie während des akuten Asthmaanfalles beginnen, sondern erst dann, wenn die Anfälle durch die bekannten anderen Mittel im Abklingen begriffen sind. Im Anfange sollen die Bäder 5 bis 6 Minuten dauern, und später bis auf 15 bis 20 Minuten gesteigert werden. Nach den Glühlichtbädern müssen die Patienten ein warmes Wasserbad nehmen und dann zwei Stunden im Bette ruhen. Nach vier bis sechs Bädern tritt meist Besserung ein, während die ganze Behandlungsdauer meist vier bis sechs Wochen beträgt. Etwa eintretende Rezidive wurden gewöhnlich sehr schnell geheilt. Besonders gute Erfolge hatte Strümpell in allen den Fällen, wo er außer der Glühlichtbehandlung nebenbei Jodpräparate (meist Jodnatrium) anwandte.

4. Die Furcht vor dem Eintreten des Morphinismus bei der Asthmabehandlung mit Morphium sucht Goldschmidt zu bekämpfen. Wenn der Arzt nur gehörig aufpasse und stets nur kleinste Dosen anwende, könne man monatelang Morphium geben, ohne in Gefahr zu laufen, daß man den Patienten zum Morphinisten mache. In dem Moment, wo dem Patienten die Anfangsdosis nicht mehr genüge, sei der Beginn des Morphinismus, und dann müsse man sofort mit der weiteren Ordination des Mittels aufhören und dafür Chloralhydrat, das allerdings nicht so sicher wie Morphium wirke, geben.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **J. Perl,** Berlin.

1. **Was lehrt uns der an Appendizitis erkrankte Arzt?** Von Riedel. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
2. **Zur Behandlung der Leberverletzungen.** Von Alfred Neumann. Dtsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 3.
3. **Ueber penetrierende Verletzungen des Magendarmtraktus.** Von W. Braun. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 2.
4. **Granulationsbehandlung.** Von Franz Kiedel. Wien. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 51.
5. **80 Lumbalanästhesien ohne Versager.** Von Ernst Holzbach. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 3.
6. **Osteoplastik wegen Defekt nach Operation eines Stirnhöhlenempyems.** Von Paul Clairmont. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 2.
7. **Ueber die Entwicklung der allgemeinen und lokalen Anästhesie.** Von C. Schleich. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 1.
8. **Zum Mechanismus der Strangulation des Penis und deren Beseitigung.** Von Pels-Leusden. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 4.
9. **Ueber die Behandlung der flachen Hautkrebse.** Von Erich Lexer. Therapie der Gegenwart, 1908, Januar.
10. **Ein Fall von Totalexstirpation der Zunge.** Von Partsch. Allg. med. Zentralzeitung, 1908, Nr. 3.
11. **Klinische Beiträge zur Talmaschen Operation.** Von Victor Lübleni. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 2.
12. **Ueber Osteomyelitis kranii im Anschluß an Stirnhöhleneiterungen.** Von Hinsberg. Allgem. med. Zentralzeitung, 1908, Nr. 1.
13. **Zur Stauungsbehandlung der Eiterungen.** Von Lotheißen. Oesterr. Aerzte-Zeitung, 1908, Nr. 1.

1. Drastische Beweisführung für die Frühoperation an Hand der Krankengeschichten operierter Mediziner.

2. Die Prognose der Leberverletzungen hängt, abgesehen von den Nebenverletzungen, wie die der meisten Eingeweideverletzungen von der Zeit ab, die zwischen Trauma und Operation vergeht. So erklärt sich die außerordentlich günstige Zahl von 10 Heilungen auf 22 Verletzungen, die Neumann seit 1903 im Krankenhause Friedrichshein verzeichnet, z. T. durch die Organisation des Berliner Krankentransports bei Unglücksfällen. Es handelt sich meist um schwere Unfälle durch Fuhrwerke oder im Eisenbahndienst, seltener um Stich- und Schußverletzungen. Bei den letzteren kann ein außerhalb der Bauchwand sitzender Einschuß bei mangelndem Ausschuß über eine Leberverletzung im Unklaren lassen, bis später die bekannten Symptome auftreten, unter denen N. Schulterschmerz und Meteorismus weniger hoch anschlägt als die Zeichen der inneren Blutung und umschriebene Bauchfellreizung. Vollkommen gelöste Leberstücke werden entfernt; aber auch Stücke, deren Blutversorgung fraglich erscheint, z. B. der fast abgesprengte Leberlappen, sind besser zu entfernen, wie es N. mit Glück ausgeführt hat. Die Blutung an Leberrissen und -wunden wird nicht durch Naht, sondern grundsätzlich mit Tamponade gestillt; freilich mit breiten Mullstreifen bis zu 11 cm Länge.

3. Wo die Möglichkeit einer penetrierenden Bauchverletzung besteht, muß laparotomiert werden; es ist falsch, bestehenden Shoks halber sich vor der Operation zu scheuen; es ist aber ganz verkehrt, zu warten, weil keine alarmierenden Symptome bestehen. Die größte Gefahr der Darmverletzung, die Peritonitis durch Austritt des Inhalts, wird in den ersten zwei Stunden durch spastische Zusammenziehung des verletzten Organs hintangehalten; eine Blutung kann binnen dieser Zeit noch gestillt werden, ehe sie tödlich geworden ist. Sitz und Ort der Wunde, der Einschuß geben bei den penetrierenden Verletzungen wichtige Anhaltspunkte dafür, welche Eingeweide verletzt sein können. — Nach diesen Grundsätzen und unterstützt durch rascheste Beförderung der Verletzten nach dem Krankenhause, hat W. Braun in sechs Fällen bei mehrfacher Darmverletzung eingegriffen und nur eine Kranke verloren. Die vielfachen Darmlöcher — unter seinen Kranken sind auch die beiden Opfer des epileptischen Mädchenstechers — wurden meist doppelt übernäht; gespült nur bei gröberer Verunreinigung der Bauchhöhle.

4. Empfehlung frischen Leinöls als Verbandmittel für große Granulationsflächen; die Ueberhäutung soll überraschend schnell erfolgen.

5. Holzbach sieht in den guten Resultaten der Tübinger Frauenklinik die Folgen einer genauen Beobachtung gewisser kleiner Handgriffe; Skopolamin-Morphium (0,0003 + 0,01 vor der Operation; Einschaltung eines dünnen Schlauches zwischen Spritze und Nadel, der jede Verschiebung der Nadelspitze im Duralsack verhütet; Verwendung von reinem Stovain (Billon), dem erst vor jeder Einspritzung Suprarenin (Höchst) zugesetzt wird. Nach dem Stich bleibt die Frau kurze Zeit sitzen, wird dann hingelegt und langsam in Beckenhochlagerung gebracht, wie überhaupt jede jähe Lageveränderung verpönt ist, weil sie Niveauschwankungen des Liquors und Einschwemmen des Giftes zu lebenswichtigen Zentren bewirken kann.

Die Dauer der Anästhesie beträgt 60 Minuten; spätestens vier Tage nach der Operation (!) steht die Kranke auf.

6. Deckung der entstellenden Knocheneinsenkung über den Augen durch einen gestielten und einen freien Knochenperiostlappen aus dem Stirnbein. Das gute Resultat machte eine zu weiterer Verbesserung geplante Paraffineinspritzung überflüssig.

7. Der Vortrag gibt in großen Zügen die aus Schleichs Buche bekannten Gedankengänge wieder und wendet sich zu der augenblicklichen Stellung der drei miteinander wetteifernden Narkoseverfahren: Einatmung, Rückenmarkseinspritzung, Infiltration. Schleich hält noch immer gegenüber den neueren Abänderungen (endo- und perineuralen Einspritzung nach Braun usw.) seine ursprüngliche Infiltrationsmethode für die beste; als einzige Aenderung versetzt er in seinen Lösungen das um die Hälfte verminderte Kokain mit der gleichen Menge Alypin und kann so ungestört doppelte Menge der Lösung gebrauchen. — Die Rückenmarksanästhesie, die Sch. rückhaltslos anerkennt, wird ihren vollen Siegeslauf erst dann nehmen können, wenn ein weniger chemisches, mehr physikalisches Mittel zur Leitungsunterbrechung im Duralsack gefunden sein wird; heute muß bei genauer Wägung noch die Einatmungsnarkose, zumal mit Schleichs Gemischen, als weniger gefährlich gelten.

8. Ein zur Verhütung der Konzeption (!) über die Eichel geschobener Messingring wurde samt der sich retrahierenden Vorhaut durch die Schwellung des Gliedes bis zur Wurzel hinuntergeschoben. Er mußte mit der Gigli-Säge durchtrennt werden, die, wie P. hervorhebt, nicht nur Kupfer, Messing und Gold, sondern auch Schmiedeeisen durchtrennt.

9. Ein Krebsgeschwür ist keineswegs als geheilt anzusehen, wenn es mit flacher, unauffälliger Narbe überhäutet ist; denn darunter kann das Karzinom, wie mehrere Fälle zeigen, in die Tiefe gegangen sein; vor allem aber sind es die Drüsen, die häufig während der langen Behandlungszeit wachsen und schließlich, nach „geheiltem" Hautkrebs, den Erfolg zu schanden machen.

Neuere Untersuchungen haben auf der anderen Seite gezeigt, daß nur eine bestimmte Art von Hautkrebs, der sogenannte Basalzellenkrebs, das Koriumkarzinom, sich zur Bestrahlung eignet. Diese Formen, früher für Endotheliome gehalten, sind bräunlichrote, warzenartige Knötchen und Platten der Kutis, besonders an Kopf und Gesicht, leicht zu erkennen, solange sie nicht ulzerieren, da sie nur die harte Konsistenz und die der Oberfläche anhaftenden Hornmassen der Hornkrebse zeigen — Unterschiede, die nach erfolgter Ulzeration undeutlicher werden; dann ist Probeexzision zur Unterscheidung nötig.

Röntgenbehandlung operabler flacher Hautkrebse hat sich durchaus auf diese verhältnismäßig ungefährlichen Basalzellenkrebse zu beschränken, soweit sie als solche sicher erkannt sind und Verhärtungen der benachbarten Lymphdrüsen fehlen. Alle anderen Hautkrebse und auch die Basalzellenkrebse, sobald sie Drüsenmetastasen haben, sind zu operieren. Natürlich bleiben auch die wegen Größe der Neubildung oder Ausdehnung der Drüsenmetastasen, wegen Alter und Hinfälligkeit der Kranken durchaus inoperablen Fälle der Bestrahlung vorbehalten.

10. Die Zunge wurde (wegen Krebses) bis nahe an den Kehldeckel mit zwei nach hinten zusammenlaufenden Schnitten vom Munde aus entfernt, ohne daß Kiefer, Mundboden und Wangen irgendwie verletzt zu werden brauchten. Die ausgedehnt erkrankten Halsdrüsen wurden in einer Vor- und Nachoperation entfernt. Nach acht Wochen war der Kranke dank der erhaltenen Mundboden- und Wangenmuskulatur imstande, ziemlich deutlich zu sprechen; er ersetzt bei den Verschlußlauten die Zunge z. T. durch Lippen und Gaumen.

11. Die Talmasche Operation, der Versuch, bei Leberzirrhose dem gestauten Pfortaderblut neue Abflußwege nach den Hohlvenen zu schaffen und so den Aszites zu beseitigen, hat sich noch keine allgemeine Geltung verschaffen können. Auch das Ergebnis der 15 Fälle, über die L. aus der Prager Klinik berichtet, ist nicht gerade ermutigend; vier Todesfälle und nur drei Heilungen, also ca. 25%. Vielleicht liegt dem die Tatsache zu Grunde, daß der Aszites nicht immer nur eine Folge der Stauung, sondern ein Ergebnis toxischer Einflüsse sein kann. Bei Komplikationen von Herz und Nieren, bei schwerem Ikterus ist die Operation nicht angezeigt; auch den Mißerfolg bei drei luetischen Zirrhosen hebt L. besonders hervor. — Die Marachsche Ausführung der Operation (Einpflanzung des vorgezogenen Netzes in eine Tasche unter der Bauchhaut) scheint sich am besten zu bewähren.

12. Die Osteomyelitis des Schädeldaches, früher eine gefürchtete Folge von Schädelverletzungen, ist durch die Antisepsis außerordentlich selten geworden; sie kommt jetzt meist nur noch nach Stirnhöhleneiterung vor, wo sie eine schwere und durch häufiges Wiederaufflackern nach scheinbar radikaler Operation außerordentlich gefährliche Komplikation bedeutet. Von den 19 Fällen in der Literatur gingen 10 durch dieses Weiterkriechen der Eiterung in der Diploe zu Grunde.

H. stellt eine geheilte Kranke vor, bei der es erst nach einer zweiten ausgedehnten Knochenentfernung gelang, die Eiterung zum Stehen zu bringen; es fehlten schließlich die ganze knöcherne Umgrenzung der linken Stirnhöhle, das Siebbein und ein großer Teil des Stirnbeins; die Dura liegt direkt unter der Haut.

Auffällig ist das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes; 14 weibl., 5 männl. Fälle.

13. Lotheißen bestätigt die neuere Erfahrung, daß das Biersche Verfahren, besonders die Stauung, bei allen Streptokokken-Eiterungen nicht günstig wirkt. Aus dem refraktären Verhalten gegen die Stauung kann man geradezu auf Streptokokkenaffektion schließen. Auch bei tiefen Eiterungen sind Biers kleine Einschnitte bedenklich. Bei oberflächlicherer Erkrankung und bei Staphylokokkeneiterung hat auch L. gute Erfolge gesehen.

Ausländische Literatur.

Referent: Dr. **Alois Pollak,** Prag-Weinberge.

1. **Ueber Blasengeschwülste. (O nádorech měchýrě močového.)** Von Zahradnický. Časopis lékařu Českych., 1907, Nr. 49.

2. **Tracheotomie oder Intubation? (Tracheotomovati či intubovati?)** Von Šindelář. Ibidem Nr. 48.

3. **The surgical treatment of appendicitis.** Von W. Dow. American Medicine, 1907, XI.

4. **Stasis Hyperemia or the Bier treatment of acute inflammations and septic wounds of the Extremities.** Von Mc. Intosh. Ibidem.

5. **Modern tendencies in the treatment of bone tuberculosis.** Von H. Aug. Wulson. Ibidem.

6. **Hernie étranglée chez un enfant de cinque mois. Kelotomie, Guérison.** Von Nel. Archives génerales de Medicine, 1907, XI.

1. Bei vorgeschrittenen Blasenkarzinomen soll die Totalexstirpation der Blase (event. mit der Prostata zusammen) gemacht werden. Unter ausgiebiger Berücksichtigung der Literatur berichtet Z. über drei eigene Operationen. 1. Fall. Ureterenversorgung in der Scheide. Heilung. Durch 1 ½ Jahre arbeitsfähig und ohne Beschwerden. Exitus an akuter Peritonitis nach kurzem Krankenlager (6 Tage). Keine Sektion. 2. Fall. Ureterenversorgung in der Wunde. Lebt mit Drüsenanschwellung. 3. Fall. Rechter Ureter im Zoecum, linker im S. Roman. Noch in Behandlung. Zweite und dritte Operation Biersche Lumbalanästhesie, sämtliche in Beckenhochlagerung.

2. Autor bespricht die unleugbaren Vorzüge der Intubation vor der Tracheotomie und empfiehlt dieselbe wärmstens auch für die Landpraxis. Er macht insbesondere darauf aufmerksam, daß die Intubation ohne jede geschulte Assistenz sofort vorgenommen und durchgeführt werden kann, während eine Tracheotomie ohne Assistenz und ohne Narkose am zyanotischen und dyspnoischen Kinde eine furchtbare Operation sei, die im Falle einer schweren Durchführung oder eines Mißlingens einen schrecklichen Eindruck mache. Auch wo die Tracheotomie gemacht werden müsse, könne man das intubierte Kind so lange erhalten, bis genügende Assistenz versorgt sei. J. entfernt die Tube täglich für einige Zeit. Ganz einfach liegen jedoch die Verhältnisse doch nicht, denn unter den Krankengeschichten, welche mitgeteilt werden (es sind nur die schwersten Fälle ausgesucht), finden sich folgende zwei Fälle: 1. Ein Kind hustet die Tube aus, der Arzt findet das Kind schon in höchster Zyanose; eine kurze Zeit später wäre es vielleicht gestorben, und dieser Vorfall kann ja in der Landpraxis leicht vorkommen. 2. Ein Kind hustet die Tube aus, atmet vorläufig gut, die Eltern beruhigen sich und gehen schlafen. Früh wird das Kind erstickt im Bett gefunden.

(Es wäre doch möglich, die intubierten Kinder — die ja transportabel sind — in ein Krankenhaus zu überführen. Ref.)

3. D. empfiehlt bei der Operation von nicht ganz frischen Fällen von Appendizitis Drainage der Bauchhöhle mit Glasdrain. Man kann auch in sehr vorgeschrittenen Fällen in zwei Zeiten operieren. Zuerst nur drainieren und dann, wenn die schweren Erscheinungen geschwunden sind, die eigentliche Operation vornehmen.

4. Der Inhalt entspricht nicht ganz dem Titel der Arbeit, da auch andere Krankheitszustände in ihren Beziehungen zur Bierschen Behandlung besprochen werden, und bei den wirklich septischen Fällen eigentlich nur die Folgezustände mit Stauung behandelt wurden.

Interessant ist folgender Fall. An eine Verletzung des kleinen

Generated on 2019-09-29 01:03 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015080296653 Public Domain

Fingers schließt sich eine schwere Phlegmone an, welche nach verschiedenen Inzisionen ausheilt, jedoch werden Vorderarm, Hand und Finger vollkommen steif und unbrauchbar. Es wird wirklich alles Mögliche versucht, um den Zustand zu bessern — ohne jeden Erfolg. Zuletzt kommt der Autor dazu, die Behandlung mit der Binde zu versuchen; schon nach der ersten — 30 Minuten währenden — Applikation derselben sind die Finger etwas beweglich. Der Zustand bessert sich rapid, und nach neunwöchiger Behandlung ist der Arm vollkommen brauchbar.

Die anderen Fälle (Erfrierungen, Influenzaarthritis, gonorrhoische Arthritis u. ähnl.) bieten nichts Besonderes; die Wirkung der Stauung war immer eklatant. Hervorzuheben ist die eingehende Würdigung der Literatur, insbesondere der deutschen.

5. Nach einer bis auf Pott zurückgreifenden historischen Einleitung kommt Verfasser auf die Biersche Stauungsbehandlung und die Extension zu sprechen, erwähnt die Serumbehandlung und hebt ganz besonders die Wichtigkeit der allgemeinen Gesundheitspflege der hier in Betracht kommenden Patienten hervor.

6. Die Ueberschrift sagt eigentlich alles wichtige. Die Inkarzeration dauerte zur Zeit der Operation schon 36 Stunden. Der Fall ist sicherlich als ein sehr seltener anzusehen.

Krankenpflege.

Referent: Dr. **W. B. Müller,** Berlin.

1. **Der Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien 1887 bis 1907.** Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 12.

2. **Krankenpflege des Roten Kreuzes in der Schweiz.** Ibidem.

3. **Ein Beitrag zur Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten.** Von A. J. Grünfeld, Odessa. Ibidem.

4. **Der moderne Krankenhausbau vom wirtschaftlich-technischen Standpunkte.** Von Ruppel. Ibidem.

1. Im Jahre 1887 wurde zu dem Zwecke, die Krankenpflege in Ost-Afrika zu organisieren, der „Deutschnationale Frauenbund“, der seinen Sitz in Berlin hat, gegründet. Im ersten Jahre wurde schon ein Mitglied nach Zanzibar und Ost-Afrika gesandt und im August 1887 die erste Pflegestation in Dar-es-salam eröffnet. Im nächsten Jahre schloß sich der Verein unter dem Namen „Deutscher Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien“ dem Vaterländischen Frauenverein als Hilfsverein an, und die Kaiserin übernahm das Protektorat. Mit großen Schwierigkeiten hatte der Verein zu kämpfen, und 1889 wurde die erste Station nach Bagamoyo nach dem ersten Siege Wißmanns überführt mit einem Lazarett von 18 Betten. Bald wurden noch mehrere Schwestern nach Afrika gesandt und die Zahl der Betten auf 24 vermehrt, 1895 stattete der Verein das Krankenhaus in Tanga mit 8 Betten aus und sandte nach Dar-es-salam zwei bis drei Schwestern. In Dar-es-salam wurde, da viele weiße Frauen dort angesiedelt waren, es notwendig, daß einige Schwestern als Hebammen ausgebildet waren, und 1896 wurde die erste derartig ausgebildete Schwester dahin versetzt. Sehr bald mußte der Verein auch in andere Kolonien Schwestern senden, so nach New-Guinea 1891 und 1892 nach Stephansort und Friedrich Wilhelmshafen, 1891 auch nach Kamerun, wo er in Duala ein Lazarett errichtete. 1894 wurden fur das Nachtigall-Krankenhaus in Anecho (Togo) 6 Betten und die vollstandige Ausrüstung beschafft. Seit 1901 ist der Verein auch nach Kiautschou gegangen und hat dort sieben Schwestern. Auch nach Südwestafrika hat er ein Lazarett mit sechs Betten und zwei Schwestern gesandt. So hat dieser Verein durch rege Arbeit und Tatkraft Großes geleistet und eine überaus segensreiche Tätigkeit entwickelt, von der in dieser kleinen Abhandlung ein Bild entworfen wird.

2. Fortsetzung des Art. aus Nr. 11, in welchem die Schule mit dem Krankenhaus beschrieben wurde. (Vgl. d. Zeitschr. Nr. 4 p. 69.) Getrennt von derselben wurde ein Pflegerinnenheim vom Roten Kreuz im Berichtsjahr errichtet, welches aus einer Vorsteherin und zehn Pflegerinnen bestehend in einem Privathaus, Predigerstr. 10, untergebracht ist. In diesem Heim werden stets eine Anzahl gut ausgebildeter Pflegerinnen zur Verfügung gehalten, welche gewöhnlich für Privatpflegen Verwendung finden. Außerdem besteht eine Stellenvermittlung für Krankenpflegepersonal. Die Pflegerinnen erhalten vollständig freie Station, Wäsche und Kleidung sowie einen Jahresgehalt von 600 bis 720 Fr., außerdem für jeden geleisteten Pflegetag 50 cts. Ein gleicher Zuschlag wird für jede ganze Nachtwache gezahlt. Dazu kommen pro Jahr drei Wochen Ferien, Krankenkasse, und zwar wird jede erkrankte Pflegerin drei Monate auf Kosten des Pflegerinnenheims behandelt. An Stelle des Gehalts bezieht eine erkrankte Pflegerin das Krankengeld der Klasse, bei der sie versichert ist. Wenn sich eine Pflegerin in ihrer Familie verpflegen lassen will, so hat sie nur Anspruch auf ihren festen Gehalt während der ersten zwei Krankheitsmonate. Die Kleidung bleibt Eigentum des Vereins und muß beim Austritt einer Pflegerin wieder abgeliefert werden. Die Pflegerinnen übernehmen durch ihre Anstellung die Verpflichtung, alle zugewiesenen Pflegestellen treu und sorgfältig auszuüben und müssen sich ganz den Anordnungen der Vorsteherin fügen, dürfen auch ihren angewiesenen Platz nicht eigenmächtig verlassen. Die Anstellung geschieht durch die Aufsichtskommission auf Grund eines Leumundzeugnisses und eines Zeugnisses über die bisherige Tätigkeit. Pflegerinnen, die der Kommission nicht genügend bekannt sind, werden drei Monate auf Probe angestellt. Vor der definitiven Anstellung hat sich jede Pflegerin einer Untersuchung durch den Vertrauensarzt des Heims zu unterziehen. Das Stellenvermittelungsbureau vermittelt Stellen für männliches und weibliches Personal für Krankenpflege. Die Vermittlung geschieht unentgeltlich für Publikum und Pflegepersonal. Nach Ablauf einer Pflege zieht das Bureau über die durch seine Vermittlung plazierte Person Erkundigungen ein. Die Kommission kann unzuverlässige und sich den Bestimmungen nicht fügende, mit ungenügenden Leistungen qualifizierte Personen von der Vermittlung einer Stelle zeitweilig oder gänzlich ausschließen.

3. Diese Abhandlung stellt eine kurze Geschichte der Entwicklung des Ambulatoriums (Männerabteilung) für die an Syphilis und venerischen Krankheiten Leidenden dar. Diese Einrichtung der Ambulanzärzte für Venerischkranke ist dem städtischen Spital in Odessa angegliedert. Auf dem Kongreß der Dermatologischen und venereologischen Gesellschaft zu Odessa am 29. April 1905 wurden die Mängel des gegenwärtigen Aufsichtssystems nach der Beurteilung der Maßregeln gegen Syphilis erörtert und deshalb hat die Versammlung nach eingehender Besprechung der Fragen des Aufsichtssystems eine Reihe der hierzu gehörigen Bestimmungen ausgearbeitet. Die Kommission ist nun zu folgenden von Prof. Dr. G. W. Chlopin in drei Thesen formulierten Ergebnissen gekommen: 1. Die jetzt in Odessa bestehende Aufsicht über die Prostitution entspricht nicht dem Zwecke. 2. Nach den örtlichen Bedingungen und infolge des allgemeinen Charakters der Tätigkeit der öffentlichen und Semstwo-Anstalten in der Sache des Schutzes der Volksgesundheit ist die Annahme eines der vom Ministerium vorgeschriebenen Modi der Aufsicht über die Prostitution im Reiche für Odessa als unmöglich zu erklären. 3. Als zweckmäßig ist zu erklären: Die Aufsicht über die Prostitution soll uneingeschränkt in die Hände der Stadtverwaltung übergehen, die den geeigneten Aufsichtsmodus auszuarbeiten hat. Die Kommission hat nun neue Bestimmungen erlassen, die hier nicht genau angeführt werden können, sondern in der Abhandlung nachgelesen werden müssen. Verf. will aber noch schärfere Maßregeln, vor allem eingehendere ärztliche Behandlung der Kranken eingerichtet wissen. Die Aerzte müssen für alle diese Kranken zugänglich sein, da ist das Ambulatorium für venerisch und syphilitisch Kranke die beste Einrichtung, und es hat in der Zeit seines Bestehens schon enorm viel Gutes geleistet. Weiter wird über die Tätigkeit dieser Anstalt berichtet.

4. Bei dem Bau eines Krankenhauses muß man von vornherein bedenken, daß die Krankenräume von den Räumen für die Verwaltung, Wohnungen, die Wirtschaft, das Leichenwesen und die Desinfektion getrennt sein müssen. Ebenso müssen die Krankenräume für Frauen von denen für Männer geschieden sein. Man unterscheidet drei Hauptarten von Krankengebäuden: das Korridorsystem, Pavillonsystem und Korridor-Pavillonsystem. Den Kranken muß man möglichst viel frische Luft zukommen lassen, weshalb man auf die Anlagen von offenen Hallen, Balkonen, Loggien Bedacht nimmt und das Erdgeschoß möglichst zu ebener Erde oder nur wenig über das Niveau des Gartens baut, damit

man die Betten etc. leicht in den Garten transportieren kann. Man bevorzugt jetzt für kleinere Krankenhäuser bis 200 Betten das kombinierte System und baut das Krankenhaus dann in Hufeisenform. Die gemeinsamen Räume, wie Operationszimmer mit Nebenräumen, Baderäume etc. werden in der Mitte des Gebäudes zwischen Männer- und Frauenabteilung angelegt. Die Verwaltungsräume kommen möglichst um den Haupteingang herum. Man strebt immer mehr danach, die gemeinsamen Krankensäle nicht so groß wie früher zu 50 bis 80 Betten, sondern höchstens zu 12 bis 15 Betten zu bauen, aus Gründen der Humanität und in Rücksicht auf die Individualität der einzelnen Kranken. So werden die Kranken auf eine größere Zahl von Zimmern verteilt, was bei den Infektionskranken besonderen Wert besitzt. Für jede infektiöse Krankheitsform müßte nach streng hygienischen Grundsätzen ein besonderes Gebäude vorhanden sein; wo man das aber aus zwingenden Gründen nicht durchführen kann, soll wenigstens ein durch feste Mauern vollständig abgeschlossener, gut isolierter Bauteil vorgesehen werden. Die Krankenräume müssen nach Süden zu gelegen sein. Eine wichtige Rolle spielen die Heiz- und Ventilationsanlagen. Die Warmwasser- und Niederdruckdampfheizung haben sich am besten bewährt. Die Lüftung geschieht am besten durch Kippflügel im oberen Teil der Fenster, die zweckmäßig bis zur Decke hinaufreichen. Daneben sind künstliche Lüftungsanlagen dringend erforderlich, von denen die auf Ventilatorenbetrieb beruhenden am besten sind, da sie immer einen bestimmten Luftwechsel sicher erreichen lassen und eine gute Reinigung der zugeführten Frischluft durch Filter der mannigfachsten Art gestatten. Für den Kochbetrieb kommt überall dort, wo eine Kesselanlage vorhanden ist, nur Dampf in Frage, außerdem sind Gasbratöfen und Herde erforderlich. Auch auf die Bade-, Massage-, Elektrisier- etc. Räume mit den verschiedenen Apparaten ist Gewicht zu legen. Man hat bei dem Kostenanschlag nach maßgebenden Krankenhäusern in Deutschland pro Bett 5000 bis 6000 M. nach dem vollständigen Ausbau der Anstalt berechnet. Natürlich schwankt diese Summe in Anbetracht der Anforderungen, die an die Eleganz und Ausstattung der Anstalt gestellt werden.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Ueber die Wirkung der Luft- und Sonnenbäder.** Von Dr. O. v. Hovorka, Wien. Ibidem.

2. **Luft- und Sonnenbäder.** Von Buttersack. F. d. M., 1907, Nr. 34.

3. **Ueber die Ziele und Grenzen der Balneotherapie in den Wohnorten der Patienten.** Von Frankenhäuser. Berl. klin. Wochenschr., 1905, Nr. 15.

4. **Biologische Behandlung des akuten Magendarmkatarrhs.** Nach Dr. med. R. Spohr, Krankheit und Heilung.

5. **Ueber die physikalische Behandlung der sekretorischen und motorischen Störungen des Magendarmkanals.** Von Kreisarzt Dr. Disqué, Potsdam. Archiv für phys.-diät. Ther., 1907, Nr. 12.

6. **Hämorrhoïden, ihr Wesen und ihre Bedeutung.** Von Privatdozent Dr. Gelpke, Liestal-Basel. Med. Klin., 1907, Nr. 49.

1. Die physiologische Wirkung der Luftbäder ist je nach den Temperaturdifferenzen verschieden. Hovorka kommt zu folgenden Ergebnissen:

Das kalte Luftbad (bis 14 ° C) setzt Temperatur und Pulsfrequenz herab, steigert dagegen Respiration und Blutdruck. Das subjektive Empfinden ist durchaus kein unangenehmes.

Im kühlen Luftbade (14 bis 20 ° C) nimmt Pulsfrequenz, Respiration, Temperatur bei manchen Personen ab, bei anderen zu; der Blutdruck hat zumeist steigende Tendenz. Das subjektive Gefühl ist durchschnittlich ein angenehmes.

Im lauen Luftbade (20 bis 30 ° C) ist die Wirkung auf Pulsfrequenz und Respiration wechselnd, Temperatur und Blutdruck haben meist Neigung zu sinken. Das subjektive Gefühl ist daselbst am angenehmsten.

Das warme Luftbad bewirkt eine Steigerung der Pulsfrequenz und der Temperatur; Blutdruck und Respiration nehmen dagegen ab. Auch hier ist das subjektive Empfinden ein äußerst angenehmes. In seiner Gesamtwirkung nähert sich das warme Luftbad dem Sonnenbade.

Das Sonnenbad steigert Pulsfrequenz, Respiration, Temperatur sowie Blutdruck ziemlich erheblich und ist am ehesten einem Schwitzbade zu vergleichen, indem auch die Schweißabsonderung des Körpers zunimmt. Das subjektive Empfinden ist abweichend von jenem des Luftbades. Infolge der Temperaturzunahme empfindet man es anfangs stets angenehm, doch kommt es mitunter zu unbehaglichen Sensationen, besonders bei zu langer Ausdehnung des Sonnenbades. Es können Kopfschmerzen, Herzklopfen, Unwohlsein, Schlaflosigkeit, Hauterythem etc., auch Hitzschlag eintreten. Es sind daher bestimmte Vorsichtsmaßregeln geboten.

Im ganzen ist die physiologische Wirkung des Luftbades auf den gesunden Organismus als äußerst günstig und am ehesten gleich der eines Wasserreinigungsbades anzusehen. Seine Eigenschaft als Abhärtungsmittel ist auf den ersten Blick unverkennbar.

Die Wirkung auf den erkrankten Organismus ist noch nicht genügend beobachtet, um ein abschließendes Urteil abgeben zu können. Die Wirkung bei Neurasthenie war wechselnd, bei Basedow günstig. Bei Arteriosklerose, wo das Luftbad günstig wirkt, ist das Sonnenbad kontraindiziert. Bei Rheumatismus und Ischias war außer der von Hovorka nur auf Wärmewirkung bezogenen Schmerzlinderung kein deutlicher Einfluß nachweisbar. In einer Reihe von Fällen wurde Hämoglobinvermehrung festgestellt.

Während der Unterschied zwischen dem Luftbade im Gebirge und dem in der Ebene nicht besonders groß schien, wirkte das Gebirgs-Sonnenbad intensiver als das in der Ebene. —

Die noch aus der mechanistischen Periode stammenden „exakten“ Zählungen, Messungen etc. dürften für die Frage der Luftbadwirkung wohl nur wenig brauchbare Aufschlüsse geben, um so mehr, als sie durch die, besonders bei kühleren Temperaturen einen integrierenden Bestandteil des Luftbades bildende Körperbewegung illusorisch werden. Der günstige Effekt des Luftbades wird sich, wie so vieles andere, zahlenmäßig nie „nachweisen“ lassen und ist trotzdem vorhanden. (Ref.)

2. Aehnlich denkt auch Buttersack, wenn er in seinem Referat über Liebes sympathischen Artikel „Luft- und Sonnenbäder für Lungenkranke“ (Ztschr. f. phys.-diät. Ther., Juli 1907) folgendes ausführt:

„Es braucht nicht alles gelehrt zu klingen, um wertvoll zu sein. Für den gesunden Menschenverstand erscheinen langatmige Artikel über den Nutzen der Luft- und Sonnenbäder fast wie eine Beleidigung. — Der modernen Aerzteschule, die unter dem Einfluß der pathologischen Anatomie vorwiegend auf Lokaldiagnosen dressiert ist, ist leider der Begriff der Allgemeinerkrankung mehr oder weniger abhanden gekommen. Und gerade auf diese wirken Luftbäder ausgezeichnet; daß im Anschluß daran auch lokale Störungen günstig beeinflußt werden, liegt auf der Hand. — Es mag manchem fatal sein, in der Beurteilung biologischer Vorgänge keine absoluten Maßstäbe an der Hand zu haben, sondern auf das eigene Denken angewiesen zu sein, aber das ist nun einmal nicht zu ändern.“

3. Wertvoller als derartige „exakte“ Beobachtungen sind Erwägungen darüber, wie es möglich sei, die Vorteile des Luftbades auch der ärmeren Bevölkerung, die Kurorte und Sanatorien mit solchen Einrichtungen nicht aufsuchen kann, zugänglich zu machen.

In dieser Hinsicht ist der Artikel von Frankenhäuser: „Ueber die Ziele und Grenzen der Balneotherapie in den Wohnorten der Patienten“ von großer Wichtigkeit. Der Verfasser führt darin aus, daß es möglich sei, auch ohne Ortswechsel für die Patienten sehr Ersprießliches zu erreichen, und zwar dadurch, daß man im Freien vor der Stadt eine Art Sommerfrische einrichte, die nicht nur von den Schulkindern während der Ferien, sondern auch von Männern und Frauen nach der Arbeit aufgesucht werden könne, von letzteren besonders dann, wenn während der Kur für eine gewisse Arbeitsentlastung Sorge getragen werde.

Verfasser hält diese Einrichtung für besonders wertvoll bei den Kinderkachexien, Anämie, Rachitis, Skrofulose, bei Chlorose und den chronischen Unterleibsleiden der Frauen, bei den die

Arbeitsfähigkeit herabsetzenden Leiden der Muskeln, Sehnenscheiden und Gelenke und endlich bei der Tuberkulose.

In der „Sommerfrische" könnten auch Mineralwasserkuren ermöglicht werden durch Einrichtung entsprechender Ausschänke (Massenbezug der Salze, Herstellung billigerer Surrogate).

Schon früher (Aerztl. Rdsch., 1905) haben wir darauf hingewiesen, daß die dankenswerten Anregungen Frankenhäusers mit ihren weitgehenden praktischen und sozialen Beziehungen unter gewissen Bedingungen nutzbar gemacht werden könnten für die weitere Ausgestaltung einer bereits in mehreren Städten vorhandenen Einrichtung, nämlich der Lichtluftbadeanstalten.

Die zur Zeit noch der Verwirklichung dieses Vorschlags entgegenstehenden Bedenken haben wir seinerzeit (a. a. O.) folgendermaßen präzisiert:

„Die Lichtluftbehandlung, deren hoher Wert neuerdings, besonders im Vergleich mit der früher mehr geschätzten und vielfach wohl überschätzten reinen Hydrotherapie, immer mehr anerkannt wird, ist ja allerdings, das kann nicht geleugnet werden, vor allem durch die Naturheilkunde zu Ehren gekommen, während, wie Hueppe, v. Leyden u. a. mit Recht betonen, „die Schulmedizin diesen wertvollen Hilfsmitteln bis vor kurzem nicht die ihnen gebührende Beachtung schenkte" und erst durch die praktischen Erfolge der Naturheilbewegung dazu gezwungen werden mußte.

Jedoch darf uns dieser Umstand, ebensowenig wie das oft unqualifizierbare Verhalten mancher Anhänger jener Volksbewegung den Aerzten und der Wissenschaft gegenüber, von der Beachtung, Wertung und Nützung des genannten Gegenstandes abschrecken, und zwar gerade jetzt um so weniger, als es den Bemühungen derjenigen approbierten Aerzte, die sich der Bewegung angenommen haben, um sie auf ein höheres, wissenschaftliches Niveau zu bringen, immer mehr gelingt, die einsichtigeren Anhänger derselben von den genannten Uebertreibungen und Fehlern abzubringen und so die schöne Aufgabe der Vereinigung beider Richtungen unter dem Banner der biologischen Heillehre ihrer Lösung zu nähern."

Wenn man nur einen Bruchteil der Zeit und Mühe, die jetzt vielfach bei a priori als unfruchtbar zu erkennenden Experimenten etc. verschwendet wird, in der letzterwähnten Richtung verwenden wollte, so würde man der Wissenschaft, den Patienten und dem ärztlichen Stande besser dienen, als mit der pseudowissenschaftlichen „Exaktheit".

4. Innere Ursache des akuten Magendarmkatarrhs ist oft verkehrte Ernährung und dadurch gestörte Darmfunktion. Diese führt zu wesentlicher Erhöhung der Fäulnis des Darminhalts. Hierzu kommt in der Regel als äußere Ursache Aufnahme irgend eines leicht zersetzlichen oder gar schon verdorbenen Nahrungsmittels. So finden die im Darm schon massenhaft vorhandenen Fäulnisbakterien einen sehr geeigneten Nährboden, und es entwickeln sich massenhaft Toxine, die Erbrechen, Leibschmerzen und Durchfall verursachen.

Die biologische Behandlung eines akuten Magendarmkatarrhs kann nur die von der Natur angedeuteten Wege wandeln.

Es besteht Appetitlosigkeit, Uebelkeit, event. sogar Erbrechen; man lasse also den Kranken hungern, die Diarrhöe werde nicht bekämpft, sondern vielmehr gefördert durch Klystiere, milde Abführmittel, wie Rhabarber etc., denn nach Entfernung des Darminhalts nebst Bakterien und Toxinen hört die Diarrhöe von selbst auf. Das Leibschneiden mildere man durch wechselwarme Kompressen. In schlimmeren Fällen fördere man die Ausscheidung der Toxine durch die Haut mit Hilfe von Ganzpackungen, Heißluftbädern und ähnlichen Schwitzprozeduren.

Bei Besserung des Appetits gebe man Brei und dazu reifes frisches Obst, später leichtes Gemüse. Es ist ein völlig unbegründetes Vorurteil, daß reifes Obst Diarrhöe verursache. Es vermindert vielmehr die Darmfäulnis durch die in ihm enthaltenen Säuren. Es enthält von allen Nahrungsmitteln am wenigsten zersetzungsfähiges Material, was schon daraus hervorgeht, daß viele Obstsorten sich monatelang aufheben lassen, ohne zu faulen. Bedenkt man dagegen, wie rasch Milch, Eier und Fleisch sich zersetzen, und welch gefährliche Toxine sich dabei aus dem tierischen Eiweiß entwickeln, so versteht es sich ganz von selbst, daß man diese leicht faulenden Materialien bei Magendarmkatarrh vermeiden muß.

Trotzdem werden sie immer noch von „Autoritäten" verordnet, Obst und Gemüse dagegen streng verboten. Das Erstaunen der so behandelten und oft ungeheilten Patienten bei Anordnung der oben beschriebenen Diät wird nur übertroffen von dem noch größeren Erstaunen über den durch letztere erzielten „wunderbaren" Erfolg.

5. Bei den sekretorischen Störungen kommt

a) der akute Magen- und Darmkatarrh in Betracht, der am häufigsten durch Diätfehler, manchmal aber auch nach Erkältungen entsteht. Die Magen-Darmschleimhaut ist stark gereizt, mit Blut überfüllt. Die Hauptsache ist, eine strenge Diät einzuhalten, die reizenden Ingesta durch lauwarme (Magen- und) Darmspülungen unter geringem Druck herauszuschaffen, durch Dampfkompressen, Thermophore, $^3/_4$ Packung mit Wärmflaschen die Schmerzen zu beseitigen und den Körper in leichten Schweiß zu bringen, durch Leibumschläge, lauwarme Sitzbäder ableitend zu verfahren. Nach den Untersuchungen von François Franck sind wir durch Erweiterung der Hautgefäße imstande, die Gefäße innerer Organe zu verengern.

b) Beim chron. Magen-Darmkatarrh, bei welchem es sich um chron. Störungen der Zirkulation und Sekretion der Magen-Darmschleimhaut handelt, werden wir energischer vorgehen. Wir werden stärkere Hautreize ausüben, wir werden nicht nur die Hydrotherapie in kühleren, häufiger gewechselten Temperaturen, wir werden auch die Massage, die Heilgymnastik und Elektrotherapie anwenden, um durch diese stärkeren Reize die chron. gestörte Zirkulation und Sekretion der Magen-Darmschleimhaut wieder in das normale Geleise zu führen.

Schon Prießnitz wußte dies. Er ließ seine Patienten mit Leibumschlägen (ein langes Handtuch, ein Teil in kaltes Wasser getaucht, der größere Teil trocken darüber gewickelt) herumgehen. Noch besser wirken diese Prießnitzschen Leibumschläge, wenn sie öfter, sobald sie warm sind, gewechselt werden, weil durch häufigen Wechsel von Kälte und Wärme die Sensibilität und Zirkulation nach Winternitz bedeutend vermehrt wird (zwei Nadeln fühlt man nach häufig gewechselten Leibumschlägen auf Entfernungen, in welchen sie nur als einziger Schmerzpunkt gefühlt wurden, als zwei verschiedene Schmerzpunkte).

Wechselbäder, Wechselsitzbäder, Wechselduschen (schott. Duschen), Heißluftduschen auf den Leib, $^3/_4$ Packungen, Lichtbäder, Heißluft- oder Dampfbäder mit folgenden kühleren Anwendungen, Bädern, Duschen, sind darum beim chron. Magen-Darmkatarrh besonders zu empfehlen. Magenspülungen mit 25° Wasser beseitigen den Schleim beim chron. Magenkatarrh. Noch besser wirken bei diesem Leiden Magenduschen auf die Magenschleimhaut. Disqué nimmt dazu einen Magenschlauch, welcher unten außer eines größeren Loches noch viele kleine Oeffnungen hat und spült damit unter stärkerem Druck (Trichter mindestens 1 bis $1^1/_2$ m Höhe) die ganze Magenschleimhaut ab. Auch Magenwechselspülungen hat er vorgenommen. Er gießt Wasser von 10 und 32° R abwechselnd in den Magenschlauch oder verbindet denselben einfach mit einem Wechselhahn, welcher wieder mit zwei Irrigatoren verbunden ist. Durch diese Magenwechselspülungen wird die Zirkulation und Sekretion der Magenschleimhaut angeregt, auch die Produktion von Salzsäure vermehrt.

In derselben Weise wirken die Massage mit der Hand, die Vibrationsmassage, die Heilgymnastik (Freiübungen, Gymnastik an Apparaten), besonders Rumpf- und Beinübungen, die faradische und galvanische Elektrizität (Kathode auf den Magen, Anode in breiter Platte auf den Rücken).

c) Bei der nervösen Dyspepsie ist eine physikalische milde, tonisierende Allgemeinbehandlung die Hauptsache. Man wird durch Wasseranwendungen, allgemeine Massage, Luftbäder, durch elektrische und psychische Behandlung die Eßfurcht beseitigen, die Blutverteilung regeln, den Appetit bessern, die Ernährung heben, die Nerven kräftigen. Eine Karlsbader Kur ist dabei kontraindiziert, weil das abführende Wasser und die Entziehung der Fette einen schwächenden Einfluß hat.

d) Bedeutende Zirkulationsstörungen in der Magenschleimhaut sind beim Ulkus rotundum vorhanden. Nur durch die ableitende, Blut verteilende Wirkung unserer Hydrotherapie können dieselben beseitigt werden. Ein Schlauch mit durchfließendem heißen Wasser auf den Leib (darunter ein warmer Leibumschlag), heiße Leibaufschläge, Breiumschläge, Dampfkompressen wirken günstig.

e) Auch beim Magenkarzinom wird man durch Magenspülungen, Leibumschläge, Dampfkompressen, Thermophore, wenn auch nur mildernd, eingreifen können.

f) Bei den motorischen Störungen des Magendarmkanals spielt zunächst die Atonie des Magens eine Rolle. Sie ist ein Schwächezustand und häufig angeboren. Sie kann aber zur muskulären Stauungsinsuffizienz ersten Grades werden, wenn sechs bis sieben Stunden nach der Leubeschen Probemahlzeit, zur Insuffizienz zweiten Grades, wenn am nächsten Morgen sich noch Speisereste im Magen vorfinden.

g) Die Enteroptose, Gastroptose ist ebenfalls am häufigsten angeboren, der Magen ist dabei immer atonisch. Sie kann aber auch erworben sein durch unzweckmäßige Ernährung und Kleidung und durch starke Abmagerung. Eine Schwäche der Bauchmuskeln ist gewöhnlich damit verbunden.

Bei der Atonie des Magens, der Enteroptose und den damit verbundenen Schwächezuständen sind neben einer modifizierten Mastkur vor allem eine tonisierende Allgemeinbehandlung, milde Wasserbehandlung, allgemeine Massage, elektrotherapeutische Anwendungen und Luftbäder zu empfehlen, event. ist auch bei Enteroptose eine gute Leibbinde zu verwenden.

h) Die Stuhlverstopfung kann durch anatomische Veränderungen, chronische Darmkatarrhe, Karzinom, Narben, Verlagerungen der Gebärmutter entstanden, sie kann aber auch eine habituelle, durch Anpassung erworbene, sein. „Mangelhafte Erziehung des Darms zur pünktlichen Arbeit“, mangelhafte Körperbewegung, unzweckmäßige Ernährung (übertriebener Fleischgenuß, Nahrung in Extraktform), allgemeine Körperschwäche, Anämie und Neurasthenie mit Erschlaffung der Bauchdecken sind eine häufige Ursache.

Vom klinischen Standpunkte unterscheidet man 1. die spastische, 2. die atonische Form der Obstipation. Es ist diese Unterscheidung sehr wichtig, weil die physikalische Behandlung bei der ersteren eine gerade entgegengesetzte sein wird wie bei der letzteren. Bei der spastischen Form ist mehr die Wärme in Anwendung zu bringen, bei der atonischen Form mehr der thermische und mechanische Reiz (Massage, Duschen, kurze kalte hydrotherapeutische Anwendungen.)

Bei der spastischen Form kommen besonders bei nervösen Leuten krankhafte Zusammenziehungen der Darmwand zu stande, ähnlich wie bei der Bleikolik und der Meningitis. Der Stuhl hat nicht die gewöhnliche wurstartige Form, sondern ist bleistiftähnlich dünn, manchmal plattgedrückt. Die Behandlung wird vor allem eine beruhigende sein, durch warme Sitzbäder und Vollbäder von 35 bis 40° C, Dampfkompressen und Leibumschläge mit daraufolgendem Schlauch, durch welchen Wasser von 45 bis 50° C fließt. Auch warme Wasser- und Oelklistiere von 45° C und der Atzbergersche Mastdarmapparat, durch welchen warmes Wasser von 45° C fließt, sind hier angezeigt. Auch das Galvanisieren des Leibes (die Anode in den After oder in breiter Platte auf den Leib) ist zu empfehlen.

Bei der atonischen Form der Stuhlverstopfung kommen dieselben thermisch-mechanischen Reize zur Anwendung wie bei der Atonie des Magens. Häufig gewechselte kühle Leibumschläge, kalte kurze Sitzbäder mit Durchkneten des Leibes, Wechselsitzbäder, schottische Duschen, kalte Schenkelgüsse regen reflektorisch die Magen-Darmtätigkeit an, Magenduschen, Magenwechselspülungen vermehren den Blutzufluß zur Magenschleimhaut, Bewegung des Körpers (viel Gehen), Massage, Vibrationsmassage, Heilgymnastik (besonders Rumpf- und Beinübungen, Rumpfbeugen, -kreisen, -aufheben beim Liegen, Axthauen, Sägebewegungen), die faradische und galvanische Elektrizität [eine Elektrode (Kathode) in den Magen oder in den Mastdarm, eine breite Elektrode (Anode) auf den Leib, oder die elektrische Massierrolle (Kathode) auf den Leib, eine breite Anode auf die Lendenwirbel] regen den Blutzufluß zu der Magen-Darmschleimhaut an, vermehren die Sekretion und Peristaltik und kräftigen die Muskulatur des Magen-Darmkanals. Auch die erschlaffte Bauchmuskulatur, welche eine häufige Ursache der Stuhlverstopfung ist, wird so gekräftigt und zur Tätigkeit angeregt.

Durch Hypnose kann häufig die chron. Obstipation beseitigt werden, besonders dann, wenn durch schlechte Gewohnheit und unregelmäßige Lebensweise oder bei nervösen hysterischen Patienten ein Widerstand gegen die Peristaltik geübt wird.

Brunnenkuren, der häufige Gebrauch von Abführmitteln, auch häufig vorgenommene Darmeingießungen mit viel Wasser sind bei einer Atonie des Magens und bei chron. Stuhlverstopfung kontraindiziert. Der Magen wird dadurch immer mehr aufgetrieben, die Magen- und Darmmuskulatur immer mehr erschlafft.

i) Die Diarrhöe entsteht 1. infolge von anatomischer Veränderung der Darmschleimhaut (wie beim Katarrh, bei Darmgeschwüren etc.), 2. durch unzweckmäßige Ernährung, 3. infolge von abnormer Erregbarkeit des Darmnervensystems, 4. infolge von Erkältung, psychischen Einwirkungen, veränderter Lebensweise etc.

Im ersteren Falle ist der Darmkatarrh, wie angegeben, zu behandeln.

Bei unzweckmäßiger Ernährung oder Ansammlung reizender Stoffe im Darm sind vor allem durch Durchspülungen von 1 bis 2 l Wasser von 35° C diese reizenden Stoffe zu entfernen. Kurze kühle Sitzbäder, häufig gewechselte Leibumschläge wirken dabei günstig.

Bei Innervationsstörung des Darms kann die Peristaltik und die Sekretion vermehrt sein. Hier sind beruhigende Anwendungen, warme Bäder, Dampfkompressen, 3/4 Packungen mit Wärmflaschen, Leibumschläge mit daraufliegendem Schlauch, durch welchen warmes Wasser fließt, von größter Wirkung. Alle diese Prozeduren wirken beruhigend und ableitend. Das Blut wird von der Darmschleimhaut abgelenkt. Die Sekretion und die Peristaltik werden dadurch vermindert. Auch lange dauernde kühle Sitzbäder 10 bis 15° C 10 bis 15 Min. lang sind zu empfehlen, da sie die Reflexerregbarkeit herabsetzen und die Peristaltik und Sekretion günstig beeinflussen resp. vermindern. Bei nervösen Patienten haben wir Diarrhöen häufig mit Hypnose beseitigt.

Liegt eine Erkältung vor, so ist eine Trockenpackung mit heißen Flaschen, oder ein Lichtbad oder Dampfbad angezeigt.

k) Schließlich werden noch kurz die Hämorrhoiden besprochen, welche besonders durch eine Trägheit des Darms, ungenügende körperliche Bewegung, schlechte Blutzirkulation, unzweckmäßige Lebensweise entstehen. Daß wir nur durch unsere physikalischen Anwendungsformen, Hydrotherapie, Massage, Heilgymnastik in Verbindung mit einer reizlosen, leichten Diät, Regelung des Stuhlgangs imstande sind, die Zirkulation zu bessern, venöse Stauungen zu verhindern und auch prophylaktisch zu wirken, wird noch nicht genügend gewürdigt. Ableitende Packungen, langdauernde kühle Sitzbäder 10 bis 15° C 10 bis 15 Minuten, Atzbergerscher Mastdarmkühler mit durchfließendem kalten Wasser von 8 bis 12° C wirken auch gegen Hämorrhoiden und die hämorrhoidalen Blutungen günstig. Eisbeutel sind möglichst zu meiden. Bei starken Blutungen läßt Disqué den Stuhlgang durch Ruhigstellen des Darms und Breidiät anhalten, bis die blutende Stelle verheilt ist. Nur bei schweren Fällen, wenn die Blutungen gar nicht aufhören, läßt er operieren, da sonst der Körper event. zu sehr herunterkommt. Das allzuhäufige Operieren ist zu verwerfen, da oft Narbenbildungen mit unangenehmen Folgen, besonders Verengerungen des Mastdarms zu stande kommen.

6. Einen hygienischen Wink für Neurastheniker, insonderheit für die vorwiegend kopfarbeitenden Kaufleute und Gelehrten gibt Gelpke. Der mechanische Moment der Blutstauung, des Schadens, den das anhaltende Sitzen (und Stehen) mit sich bringt, wird, wie Verf. ausführt, noch immer viel zu wenig berücksichtigt. Er gelangt dabei zu der kulturgeschichtlich interessanten Feststellung, daß das Sitzen in der Ausdehnung, wie es der moderne Mensch übt, in gewissem Sinne eine Erfindung des Mittelalters, eine Folge des Lebens in engen Räumen sei. „Wohl kannten auch die alten Kulturvölker den Stuhl, aber dieses Gerät wurde nur ausnahmsweise benutzt, für gewöhnlich lag man beim Mahle, sowie in der Ruhe zu Hause. Auch die barbarischen Völker lagen, wenn sie nicht in körperlicher Tätigkeit waren: die Germanen, nach Tacitus, auf Tierfellen. Noch im frühen Mittelalter kamen Stühle zum Sitzen nur selten vor, hauptsächlich für das Familienoberhaupt und für hohe Besuche, die übrigen lagen auf Teppichen, Fellen etc.“

Die schädlichen Folgen des habituellen Sitzens (und Stillstehens) auf den Organismus und seine verschiedenen Organe sind

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

für die Pathologie gewisser Körperteile bekannt (Hämorrhoïden, Krampfadern etc.), nicht aber in genügendem Maße für die des Gehirns, trotz der glänzenden Erfolge der Bett- und Liegekuren bei Geistes-, Nervenkranken etc. Es muß daher, so schließt Verf., verlangt werden, daß der Kaufmann, der Gelehrte, nachdem er den ganzen Tag auf seinem Stuhl verbracht hat, nicht auch noch seinen ganzen Feierabend versitze, sondern sich (entweder Körperbewegung mache oder) lege, wie das die Amerikaner, die uns auch auf diesem Gebiete weit voraus sind, mit ihren Liege- und Schaukelstühlen tun.

Es liegt auf der Hand, daß dabei auch für das Gehirn günstigere Zirkulationsverhältnisse geschaffen werden.

Varia.

1. **Luftdünger.** Von J. Hundhausen. Umschau, XII. Jahrg., Nr. 2.

2. **Sexuelle Probleme.** Von Dr. Neumann, Bromberg. Ibidem.

1. Aus der neuerdings geglückten Herstellung von Stickoxyd und Salpeter aus der Luft auf elektrischem Wege schließt Hundhausen, daß auf dem gleichen Wege, durch Gewitter und andere elektrische Vorgänge der Atmosphäre, aller jetzt organisch gebundene Stickstoff aus der Luft zur Erde gelangt sei, wo ihn dann zunächst die Pflanzen und die niederen Lebewesen des Planktons und späterhin die Tierwelt aufnahm. Zur Bestätigung dient ihm die durch den Ueberfluß an Wasser und Wärme allein nicht erklärbare Ueppigkeit der Flora der gewitterreichen Tropen und die bekannte, bis jetzt nicht verstandene günstige Einwirkung der Gewitter auf das Pflanzenwachstum. Neben diesem Stickoxydstoffwechsel würden die Salpeterablagerungen, an deren drohende Erschöpfung Befürchtungen angeknüpft werden, eine unbedeutende Rolle spielen. Die Welt lebt also, wenn H. recht hat, „vom Gewitter und wird es fernerhin tun, solang es blitzt und donnert". Er knüpft die Frage daran, ob nicht vielleicht auch das der Elektrizität verwandte Licht Stickoxyd liefert und somit nicht nur den Stoffwechsel fördert, sondern auch Material für ihn herstellt.

F. von den Velden, Frankfurt a. M.

2. Unter allen Rätseln des Daseins spielt das sexuelle Problem die größte Rolle. In der Neuzeit haben sich viele Autoren mit demselben befaßt, aber doch ist das Wissen über sexuelle Dinge noch recht gering, und doch ist da ein einwandfreies Wissen, wo uns alle ja das sexuelle Sein so sehr beherrscht, ungeheuer notwendig und wünschenswert. Der Mensch steht über den Tieren und hat daher für den lediglich tierischen Geschlechtstrieb das Wort Liebe gefunden. Zwischen der körperlichen und geistigen Liebe bestehen organische Zusammenhänge. Das ganze Gefühls- und Willenleben erhält durch die verschiedene Geschlechtsnatur seine charakteristische Färbung. In der Praxis sind die Versuche, die Geschlechtsdifferenz aufzuheben, immer wieder an der Verschiedenheit der Geschlechtsnatur gescheitert. Auf der Geschlechtsdifferenz beruht auch die Antipathie der Geschlechter; wahre Liebe ist daher Verständnis des gegenseitigen Wesens, Enträtselung. Zu den schwierigsten Sexualproblemen gehört die Natur der geschlechtlichen Sensibilität des Weibes: Man unterscheidet zunächst einen erotisch-exzentrischen, altruistisch-sentimentalen und einen egoistisch-frigiden Typ, aber damit ist die Reihe der Möglichkeiten noch lange nicht zu Ende. Es gilt als ausgemacht, daß die Einehe die beste und sittlichste Form der Vereinigung der Geschlechter bildet, sie ist der Kulturzustand der sexuellen Vereinigung als solcher. Die freie Liebe, die Gruppenehe, Vielmännerei, Vielweiberei, das Hetärenwesen etc. sind kulturwidrige Zustände. Nur in der Dauerehe kann die Frau sich eine ihrer würdige Stellung erringen. Was die Zunahme der durch den Geschlechtsakt bedingten nervösen Reizbarkeit anlangt, so besteht kein Zweifel, daß totale Enthaltsamkeit von sexueller Betätigung keine Krankheiten erzeugen kann. Der sexuelle Trieb wird ausgelöscht durch körperliche Anstrengung (Holzhacken, Sport etc.). Nur in der Ehe findet der Geschlechtstrieb seine normale Befriedigung. Die Vernunft des Mannes ist des Weibes Gesundheit. Der normale Geschlechtstrieb ist eine natürliche reine, an sich durchaus ethische Naturerscheinung, die der Mensch erst zur Sünde gestempelt hat. Ein weiteres Problem ist die sexuelle Erziehung. Je eher sie begonnen wird, um so besser ist es.

W. B. Müller, Berlin.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Mergal, ein neues internes Antisyphilitikum.

Sammelreferat von Dr. **Carl Grünbaum**, Spezialarzt für Dermatologie und Syphilidologie, Berlin.

Von der Erwägung ausgehend, daß den bisher geübten Behandlungsmethoden der Lues, der Inunktions- und Injektionskur mancherlei Mängel anhaften, daß man mittels der internen Darreichung am besten die für eine antisyphilitische Kur erforderliche, möglichst große Menge Quecksilbers einverleiben kann, wenn es gelingt, ein Quecksilberpräparat herzustellen, das in großen Dosen gut vertragen wird, keine Darmläsionen hervorruft, genau dosierbar und konstant resorbierbar ist, hat Boß (1) das cholsaure Quecksilberoxyd aus der chem. Fabrik von J. D. Riedel in Berlin in die dermatologische Therapie eingeführt. Da nach den Untersuchungen von Overbeck, Gorup-Besanez, Riederer die Leber die Hauptablagerungsstätte für das in den Organismus aufgenommene Quecksilber ist, wählte Boß das Produkt der Leberzellen, die Cholsäure zu einem Präparat: Quecksilberoxydcholat, das dem Endprodukte des im Organismus kreisenden Quecksilbers, dem Quecksilberoxydalbuminat, am nächsten steht. So entstand das cholsaure Quecksilberoxyd, ein gelblich-weißes, in Wasser unlösliches Pulver von der Zusammensetzung $(C_{24}H_{39}O_5)_2Hg$, das, mit Tanninalbuminat gemischt, unter dem Namen „Mergal" in elastischen Gelatinekapseln in den Handel kommt. Jede Kapsel enthält 0,05 g cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 g Albuminum tannikum. Der Zusatz von Tanninalbuminat wurde gewählt, um von vornherein etwaige Darmläsionen zu verhindern.

Boß hat das Präparat zwei Jahre lang bei 30 Patienten (davon hatten 20 frische Infektionen) gegeben, und zwar die ersten vier bis fünf Tage dreimal täglich eine Kapsel = 0,15 g cholsaures Quecksilberoxyd pro die, vom sechsten Tage ab dreimal täglich zwei Kapseln = 0,3 g pro die, ansteigend bis 0,4 bis 0,5 g pro die. Hautsyphilide, Plaques, Kondylome schwanden unter Mergal ebenso schnell wie bei einer Inunktions- oder Injektionskur, im Durchschnitt nach drei bis vier Wochen, nur in fünf Fällen nach fünf bis sieben Wochen. Bei den zehn Altinfizierten war die Wirkung in fünf Fällen prompt, in drei Fällen weniger schnell, in zwei Fällen gering, weil der Körper durch sechs resp. vier schnell hintereinander vorgenommene Kuren mit Quecksilber gesättigt war. Nur in drei von den 30 Fällen trat Stomatitis ein; vom Magen und Darm wurde das Mittel in 24 Fällen gut vertragen; in drei Fällen konnten nicht mehr als drei Kapseln täglich genommen werden, in drei Fällen bei acht Kapseln täglich trat weicher Stuhlgang ein. Das Durchschnittsquantum für einen Patienten dürfte 20 bis 25 g cholsaures Quecksilberoxyd sein.

Auf Grund seiner Beobachtungen gibt Boß folgende Indikationen:

„1. Das Mergal ist angezeigt bei allen Formen von Syphilis, seien sie sekundärer oder tertiärer Art. Nur da, wo sich die Syphilis durch schwere oder direkt lebensgefährliche Symptome äußert, wie Gehirn- oder Rückenmarkssyphilis, Apoplexien, Syphilis der Augen usw., wird man mehr energisch wirkende Kuren vorziehen.

2. Das Mergal eignet sich vorzüglich zur chronisch-intermittierenden Behandlung im Sinne Fournier-Neißer. Ohne Zweifel ist der beste Schutz gegen die schweren Späterscheinungen eine häufige Behandlung der Syphilis. Am bequemsten erreicht man dieses Ziel mit Mergal.

3. Das Mergal ist zu empfehlen bei den sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen bei der Tabes und der Paralyse."

Die Wirkung des Präparates:

„1. Das Mergal ist ein gutes inneres Antiluetikum, das auf das syphilitische Virus in gleicher Weise einwirkt, wie eine Inunktions- oder Injektionskur.

2. Es wird vom Verdauungsapparat gut vertragen, erzeugt keine Koliken bezw. Durchfälle und keine Nierenreizung. Es kann demgemäß monatelang ohne Nachteil genommen werden.

3. Aus der spezifischen Mergalkur geht der Patient nicht geschwächt, sondern gekräftigt und frei von Erscheinungen hervor.

4. Die Mergalkur ist von allen Behandlungsmethoden die einfachste, bequemste und angenehmste. Sie stört den Patienten nicht in seinem Berufe, verursacht ihm keine Belästigungen und keine Schmerzen und, was sehr wichtig ist, sie läßt sich überall diskret durchführen."

Saalfeld (2) betont, daß die interne Behandlung der Lues in Deutschland wenig Anklang gefunden hat, weil das Quecksilber leicht Reizung des Darmkanals hervorrufe und die Aufnahme desselben in den Organismus schwankend sei. In Frankreich dagegen hält Mauriac die innere Quecksilberbehandlung für „la méthode la plus commode et la plus géneralement adoptée", in England verwirft Hutchinson die Schmierkur, weil sie von den Patienten selten befriedigend ausgeführt werde, die intramuskuläre Injektionskur, weil sie zu gefährlich sei. Da in der Tat Inunktionskur sowohl wie Injektionskur gewisse Schattenseiten aufweisen, hat Saalfeld mit Mergal im Zeitraume von $1\frac{1}{2}$ Jahren bei 100 Patienten Versuche angestellt. Weil nach der anfänglichen Verabreichung des reinen Präparates sich neben der eklatanten antisyphilitischen Wirkung unangenehme Darmerscheinungen einstellten, wurde, zumal Opiumzusatz nicht ausreichte, zu einem Teil cholsaurem Quecksilber zwei Teile Tanninalbuminat zugesetzt. Seitdem gibt Saalfeld die vorrätigen Mergalkapseln mit je 0,05 cholsaurem Quecksilber und 0,1 Tanninalbuminat und läßt im Anfange der Kur bei Eintritt von Durchfällen jedesmal ein bis zwei Tropfen Opiumtinktur einnehmen. Er beginnt mit drei bis sechs Kapseln und steigt zu zehn bis zwölf bis fünfzehn Kapseln pro Tag und beobachtete bei dieser Art der Medikation bei seinen Patienten ein Schwinden sowohl sekundärer wie tertiärer Lueserscheinungen. Das häufige Eintreten von Stomatitiden und Gingivitiden sieht Saalfeld im Gegensatz zu anderen Autoren nicht als Nachteil an, er glaubt nicht, daß die Güte eines Quecksilberpräparates danach zu beurteilen sei, daß dasselbe wenig Intoxikationserscheinungen hervorruft, vertritt vielmehr die Ansicht, daß eine Quecksilberverbindung, die bei Patienten mit dazu disponiertem Zahnfleisch keine Stomatitis oder Gingivitis bewirkt, auch keinen Einfluß auf die syphilitischen Erscheinungen hat. In einer Anzahl von Fällen, wo die Schmierkur vollkommen versagt hatte, bewirkte Mergal ein Schwinden der luetischen Symptome. Er empfiehlt die Mergalkur wegen ihrer Bequemlichkeit für Fälle von Lues mit normalem Verlaufe, während bei schwerer Lues mit Affektion lebenswichtiger Organe doch zu Injektionen unlöslicher Salze wie Kalomel geschritten werden muß. Saalfeld hält Mergal für ein brauchbares und wirksames Quecksilberpräparat, das viel dazu beitragen dürfte, der intermittierenden Behandlung der Lues nach Fournier-Neißer in immer weiteren Kreisen Eingang zu verschaffen.

Ehrmann (3) betont aus praktischer Erfahrung, daß es wünschenswert ist, ein internes Quecksilberpräparat zu haben, für Fälle, wo die äußeren Bedingungen für eine Einreibungs- oder Injektionskur nicht erfüllt sind oder wo beide Kuren nicht vertragen werden, und hat, angeregt durch die günstigen Erfolge anderer Autoren, das Mergal in 20 Fällen von Lues verschiedener Perioden angewandt. Es wurden täglich drei bis sechs Kapseln mit je 0,05 cholsaurem Quecksilber gereicht. Frische makulo-papulöse Syphilide waren nach 100 Kapseln vollkommen geschwunden; bei einem 18jährigen phthisischen Dienstmädchen, welches auf Injektionen mit Fieber reagierte, schwand ein großmakulöses Exanthem, trotzdem eine Hämoptöe kurz vorangegangen war, gleichfalls nach 100 Kapseln, ohne daß es zu einer Temperatursteigerung gekommen wäre. Zwei Spätformen, ein Gumma des hinteren Nasenrachenraums war nach 100 Kapseln im Abheilen begriffen, ein artikuläres, kinderflachhandgroßes, ulzeröses Syphilid nach 150 Kapseln mit Hinterlassung von Pigment resorbiert und vernarbt. Von allen Patienten, selbst den poliklinischen, die es mit der Mundpflege nicht so genau nehmen, wurde das Präparat gut vertragen. Die Resorption des Mergals ist rasch, die Einwirkung auf die Erscheinungen der Syphilis in allen Stadien sicher, intensiv und nachhaltig. Wenn auch ein abschließendes Urteil über den Wert des Mergal noch nicht möglich ist, so sieht Ehrmann doch in ihm ein brauchbares Quecksilberpräparat, weil

„1. seine Heilwirkung der Inunktions- bezw. Injektionskur nicht nachsteht,

2. man die Menge des zuzuführenden Quecksilbers exakt zu dosieren vermag,

3. die Resorption keine schwankende, sondern eine gleichmäßige ist,

4. weil es vorzüglich vertragen wird."

von Zeißl (4) hat, bevor er das Präparat seinen Patienten verabreichte, damit an sich selbst Versuche auf seine Wirksamkeit angestellt, indem er — ohne besondere Mundpflege — durch drei Tage nach den drei Hauptmahlzeiten je zwei Kapseln nahm. Er beobachtete bei der gleichen Diät nichts weiter, als daß statt einer einmaligen eine zweimalige Stuhlentleerung eintrat. Unter den 40 von ihm bisher behandelten Fällen schwanden Gummata bei täglicher Verabreichung von sechs Kapseln sehr schnell, ein sehr intensives makulo-papulöses Syphilid ebenso rasch, wie wenn graue Salbe eingerieben worden wäre. Allerdings trat in vielen von den 40 Fällen schon nach 48 Stunden — bei sechs Kapseln täglich — Gingivitis ein. Auf gewissenhafte Mundpflege ist daher besonders zu achten! Bei einem Manne, der freilich lange an Verdauungsbeschwerden litt, mußte die Mergalkur alle 14 Tage für 2 bis 3 Tage unterbrochen werden, weil Pat. über Magendrücken klagte. Nach den bisherigen Erfahrungen von Zeißls ist Mergal „ein Merkurialpräparat, das die Erscheinungen der Lues rasch zum Schwinden bringt und sehr selten Magenbeschwerden hervorruft. Keines von den Präparaten, die bisher zur innerlichen Darreichung verwendet wurden, wird so gut wie Mergal vertragen".

Auch Henryk Groß (5) hat 15 Fälle von Lues — fünf Frischinfizierte, 10 Altinfizierte — nach der von Boß gegebenen Anweisung mit Mergal behandelt. Seine Erfolge waren so günstige, daß er eine Mergalkur einer Inunktions- oder Injektionskur fast gleichwertig erachtet und als Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung vorschlägt, jeden Syphilitiker drei bis vier Jahre lang in jedem Jahre in sechsmonatlichen Zwischenräumen je zwei Mergalkuren von zwei bis drei Monaten Dauer vornehmen zu lassen.

E. Fröhlich (6) hat in acht Fällen von nervösen Erkrankungen nach voraufgegangener Syphilis mit Mergal überraschende Erfolge erzielt. Er hält Mergal insbesondere angezeigt bei Frühstadien der Tabes, wenn eine voraufgegangene Syphilisinfektion sicher ist, bei Neuralgien spezifischen Charakters, bei unbestimmten Beschwerden allgemein nervöser Art (Mattigkeit, Kopfschmerzen) nach vorhergegangener Syphilis. Apoplexien luetischen Ursprungs, Gehirnsyphilis, Gummata im Gehirn und Rückenmark erfordern eine eingreifendere Behandlung in Gestalt einer Inunktions- oder Injektionskur, später ist event. eine Mergalkur am Platze.

Da es von größter Wichtigkeit für die Beurteilung eines Quecksilberpräparates ist, wieviel davon durch Resorption in den Kreislauf gelangt, hat Korpsstabsapotheker Varges (7) bei einem 36jährigen Syphilitiker, während und nach der Behandlung mit Mergal Untersuchungen von Harn und Fäzes vorgenommen und kommt zu folgendem Schlußergebnis:

„1. Die Aufnahme des cholsauren Quecksilbers in das Blut und die Körpersäfte erfolgt schnell; bereits nach vier Stunden ist Quecksilber im Harn nachweisbar, in erheblichen und größeren Mengen als bei der Schmierkur, im proportionalen Verhältnis zu den gegebenen Mergalmengen. Die Quecksilberausscheidung erfolgt nach Mergalgaben regelmäßiger als bei der Einspritzungskur.

2. Die Ausfuhr des Quecksilbers erfolgt unregelmäßiger in den Fäzes als im Harn, die Gesamtmenge ist in den Fäzes eine höhere. Die Quecksilberausscheidung ist nach beendeter Kur im Harn länger andauernd als in den Fäzes.

3. Das cholsaure Quecksilberoxyd übt bei langem Gebrauche keinen ungünstigen Einfluß auf den Stoffwechsel aus und ist als wirksames unschädliches Antisyphilitikum zu bezeichnen, da es Organschädigungen des Magens, Darms und der Nieren usw. nicht bewirkt.

4. Das cholsaure Quecksilberoxyd ist in chemisch-physiologischer Hinsicht auf Grund der günstigen Zusammensetzung zum innerlichen Gebrauch zu empfehlen."

Literatur.

1 S. Boß, Straßburg i. E.: Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, einem neuen Antisyphiliticum. Med. Klinik, 1906, Nr. 30.
2. Edmund Saalfeld: Zur inneren Therapie der Syphilis. Therapeut. Monatsh., 1907, Januar.
3. S. Ehrmann Die Behandlung der Syphilis mit Mergal. Dermatol. Centralbl., XI. Jahrg., Nr. 1.
4. Maximilian von Zeißl: Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung Oesterr. Aerzte-Ztg., 1907. Nr. 7.
5. Henryk Groß: Ueber Mergalbehandlung bei Syphilis. Fortschr. d. Med., 1907, Nr. 16.
6. E. Fröhlich: Ueber die Verwendbarkeit des Mergals in der Nervenpraxis. Therap. d. Gegenw., Oktober, 1907.
7. Korpsstabsapotheker J. Varges: Ueber Quecksilberausscheidung aus Harn und Fäzes nach Mergalgaben. Fortschr. d. Med., 1907, Nr. 27.

Neuere Arzneimittel.

Von der Brunnendirektion in Birresborn (H. Löhr & Eglert), Birresborn-Düsseldorf, wird die **Birresborner Lindenquelle** versandt, ein natürlicher Natron-Säuerling, gefüllt ohne jeden Zusatz und ohne Ausscheidung, wie das Wasser der Quelle entfließt.

Die früher fiskalische „Lindenquelle" tritt im Kyll-Tale (Eifel) als juvenile Quelle zu Tage, nahe dem durch seine Mineralquellen in aller Welt schon lange bekannten Flecken „Birresborn", und wird in reiner Naturfüllung wie alle Medizinalwässer zum Versand gebracht.

Ihr therapeutischer Wert ist begründet besonders durch ihren hohen Gehalt an doppeltkohlensaurem Natron, neben reichlicher Beimengung von doppeltkohlensaurer Magnesia, Chlornatrium, etwas Lithium, und besonders an gebundener und halbgebundener Kohlensäure; eine genaue Analyse ist von dem chemischen Laboratorium Fresenius-Wiesbaden ausgeführt und zeigt den hervorragenden Platz, den die „Lindenquelle" unter der Gruppe der ähnlichen Mineralbrunnen einnimmt.

Schon Masenius erwähnt die Quelle in seiner Ende des 17. Jahrhunderts geschriebenen „Metropolis" und sagt, daß sie gegen „Leber-, Milzleiden und Blasenstein als Heilmittel gebraucht werde"; eingehend schildert Dr. Cohausen im Jahre 1748 im Auftrag des Trierschen Curfuersten Franz Georg (Graf von Schönborn) die Eigenschaften und den therapeutischen Wert der Birresborner Quellen; Dr. Jacob Schneider — Trier 1843 —, Professor Dr. Nöggerath — Bonn 1877 —, in neuerer Zeit Hofrat Dr. Siegle-Stuttgart, Geh. Med.- und Regierungsrat Dr. Schwarz-Trier, Dr. Preyß-Düsseldorf, Dr. Bach-Prüm, Charles H. Piesse-London haben sich in eingehender Weise mit den Birresborner Mineralbrunnen durch praktische Anwendung und klinische Untersuchungen befaßt und darüber geschrieben; sämtliche Urteile stimmen darin überein, daß bei allen Erkrankungen der Schleimhäute, der Nieren, bei Gries- und Blasensteinbildungen, Diabetes, gichtischen Erkrankungen etc. das Wasser der „Lindenquelle" mit gutem Erfolg angewandt ist und sich als vorzügliches Prophylaktikum bei dauerndem Gebrauch besonders gegen gichtische Erscheinungen und alle Folgeerscheinungen von Ablagerungen harnsaurer Salze bestens und seit Jahrhunderten bewährt hat.

Das Wasser hat einen angenehmen, prickelnden Geschmack und hält sich auch in angebrochener Flasche, dank seines reichen Gehaltes an gebundener Kohlensäure, längere Zeit; mit Fruchtsäften etc. gemischt, ist es ein wohlschmeckendes, diätetisches Erfrischungsgetränk. P. Höckendorf.

Fucol, Ersatzmittel für Lebertran. Dem Lebertran haften manche Nachteile an. Viele Kinder nehmen ihn nicht wegen seines tranartigen Geschmackes, oft wird er nicht gut vertragen, ruft Aufstoßen, Uebelkeiten und Erbrechen hervor. In der heißen Jahreszeit wird Lebertran leicht ranzig und kann dann Darmstörungen hervorrufen. Die meisten Ersatzmittel für Lebertran sind bedeutend teurer als dieser und enthalten nicht so viele freie Fettsäuren, durch die gerade dem Lebertran erhöhte Resorptionsfähigkeit und ausgiebige Verwertung im Organismus zukommt, da sie mit den Magen- und Darmsäften verseifen.

Das Fucol, das aus jodhaltigen Meeralgen gewonnen wird, hat die unangenehmen Eigenschaften nicht und übertrifft den Lebertran noch in seiner Emulsionsfähigkeit. Es ist geruch- und geschmacklos und wurde unter 43 Fällen, über die Dr. J. Guttmann-Wien in der Oesterreichischen Aerzte-Zeitung 1906, Nr. 7, berichtet, nur von zweien nicht gern genommen. Sehr gut waren die Erfolge des genannten Arztes bei Rachitis, auch wenn sie mit Bronchitis verbunden war. Sehr günstige Wirkung sah er ferner bei anämischen und chlorotischen Kindern. Auch bei tuberkulösen Affektionen der Lunge hatte Guttmann mehrere günstige Erfolge bei Kindern. Ueberhaupt besitzt das Mittel dort hervorragenden Wert, wo es darauf ankommt, die Gesamternährung zu heben.

Kindern unter drei Jahren gibt man zwei bis drei Kaffeelöffel, größeren drei Kinderlöffel bis zu drei Eßlöffel täglich. Bei empfindlichen Patienten kann als Geschmackskorrigens eine Tablette Saccharin auf 100 g oder können einige Tropfen Ol. menthae pip. hinzugefügt werden, das Fucol auch mit etwas Zitronensaft oder Zucker gegeben werden. Auch verschiedene wirksame Bestandteile können beigegeben werden, wie Ferrum jodat. (in Originalflasche 0,2 %), Kreosot, Kreosotal (0,5 %), Malzextrakt usw. Das Fucol wird auch von Kindern in der Säuglingsperiode gut vertragen. Es ist relativ billig.

P. Höckendorf, Großlichterfelde.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Guajakose (flüssige Guajakol-Somatose), ein rationelles Guajakolpräparat.** Von Dr. J. Doberer-Linz. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 51.
2. **Ueber Decilan.** Von Aufrecht-Berlin. Med. Klinik, 1907, Nr. 52.
3. **Dolor post extraktionem.** Von Zahnarzt L. Karfunkel-Berlin. Separat-Abdr. aus Zahnärztl. Rundsch., 1907, Nr. 46.
4. **Ueber Blutstillung.** Von Dr. J. Weiß-Wien. Therapeut. Ratgeber, 1907, Nr. 25.
5. **Ueber die Zweckmäßigkeit verschiedener Pillenmassen.** Von E. Rieben. Arch. f. Pharm., 1907, Nr. 7. Ref. Pharm. Ztg., 1907, Nr. 104.
6. **Wissenschaftliche Mitteilungen** über **Antirheumol** und **Stomagen.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitung, Berlin, 1907, Nr. 104 und 1908, Nr. 1.

1. Im Kampfe gegen die Tuberkulose pflegt man den Kreosotbezw. Guajakol-Präparaten noch das meiste Vertrauen entgegenzubringen. Denn wenn sie auch keine spezifischen Mittel sind, so beeinflussen sie doch in den meisten Fällen den Appetit und die Expektoration günstig. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, hat D. einige Versuche mit „Guajakose", d. i. flüssige Guajakol-Somatose, gemacht und glaubt auf Grund von vier Krankengeschichten, die er kurz mitteilt, das Mittel empfehlen zu können. Die Guajakose enthält das wirksame Guajakol in Form des nicht ätzenden, ungiftigen, guajakolsulfosauren Kalziums. Roßbach hat seinerzeit 30 g Guajakolsulfosäure Tieren verfüttert, ohne daß Reizerscheinungen auftraten. Eine schädliche Wirkung auf das Herz ist im Gegensatz zu dem nicht indifferenten Kalium nicht zu befürchten. Durch die Kombination mit der appetitanregenden, roborierenden Somatose gewinnt das Mittel noch an Wert. Die Guajakose hat einen aromatisch-bitteren, durchaus nicht unangenehmen Geschmack und wurde von D.s Kranken

stets anstandslos genommen; sie regte den Appetit an und verursachte niemals Verdauungsbeschwerden. D. konnte in allen Fällen von Lungentuberkulose eine Zunahme des Gewichts und Rückgang der physikalischen Symptome konstatieren.

2. Da von allen Desinfektionsmitteln, die in den letzten Jahren auf den Markt gebracht wurden, das Formaldehyd die meisten Vorzüge aufweist, so ist es begreiflich, daß dieses in den verschiedensten Kombinationen für Desinfektionszwecke verwendet und empfohlen wird, und es ist bekannt, daß man — wie Versuche ergeben haben — schon durch einen Zusatz von 5% Kaliseife die desinfizierende Kraft einer 1%igen wässerigen Formaldehydlösung um etwa 20% steigern kann. Leider haben aber diese Formaldehydseifenlösungen, die unter den verschiedensten Bezeichnungen im Handel sind, den Nachteil, daß sie bei längerer Aufbewahrung, namentlich in der wärmeren Jahreszeit, eine mehr oder weniger starke Veränderung erleiden, wobei sich das Formaldehyd z. T. verflüchtigt, z. T. zersetzt, wodurch die Wirkung herabgesetzt wird. Anscheinend ist es nun der Firma Dr. Horowitz, Chemisches Institut, Berlin N., gelungen, eine beständigere Verbindung des Formaldehyds herzustellen, welche „Decilan" genannt wird und nach Angaben des Herstellers eine Formaldehydkaliumoleinat-Lösung darstellt, in welcher ein Teil des Formaldehyds in Form von Trioxymethylen gebunden ist und erst in statu nascendi abgespalten wird. Mit diesem Mittel wurden im chemischen und bakteriologischen Institut von Dr. Aufrecht, Berlin, interessante Untersuchungen vorgenommen, deren Resultate wir hier mitteilen wollen.

Das Decilan ist eine klare, gelbe Flüssigkeit von alkalischer Reaktion. Es ist mit Wasser, Alkohol und Glyzerin in jedem Verhältnis klar mischbar, bildet beim Stehen keinen oder nur einen geringen Bodensatz, ist in unverdünntem Zustande unbegrenzt haltbar, ist frei von Säuren und ätzenden Alkalien und weist nicht den widerlichen Geruch der meisten Formaldehydseifenlösungen auf. Vielmehr hat es einen angenehmen, erfrischenden Wohlgeruch infolge seines Gehaltes an ätherischen Oelen. Bei der chemischen Untersuchung fand A. im Destillat 6,4 g Formaldehyd in 100 ccm, bei der direkten Bestimmung 4,55%. Daraus ist zu entnehmen, daß annähernd 2% Formaldehyd im Decilan in gebundenem Zustande (in Form von Hexamethylentetramin) vorhanden sind. Somit würde die im Decilan vorhandene Gesamtmenge von Formaldehyd 11,25% der üblichen Formaldehydlösung entsprechen; mithin müßte theoretisch das Präparat die antiseptische Wirkung einer ungefähr 11% Formalin enthaltenden Lösung besitzen. Dazu kommt noch die kumulierende Wirkung des Kaliumoleinats und der ätherischen Oele.

A. hat weiter bakteriologische Versuche mit dem Mittel gemacht, aus denen hervorgeht, daß das Decilan (ebenso wie das vergleichsweise herangezogene Lysoform) den bekanntlich sehr resistenten Streptokokkus pyogenes bereits in 1%iger Lösung nach fünf Minuten langer Einwirkung abtötet, während Lysol bei gleicher Konzentration und Zeitdauer einen deutlich hemmenden, Karbolsäure unter den gleichen Bedingungen einen kaum merklichen Einfluß ausüben. Typhus- und Diphtheriebazillen tötet das Decilan bereits in 1‰igen Lösungen nach 10 Minuten. Auch darin zeigt es sich somit den anderen Mitteln überlegen.

In einer weiteren Versuchsreihe hat A. das Mittel auf seine desodorierende Wirkung, in einer andern auf seinen Wert als Händedesinfektionsmittel geprüft.

Auf Grund seiner Ergebnisse bei den verschiedenen Untersuchungen äußert sich A. dahin, daß „das Decilan ganz bedeutende antiseptische und desinfizierende Eigenschaften besitzt".

3. Seit Einführung der lokalen Anästhesie in die Zahnheilkunde hat der Nachschmerz nach Zahnextraktionen, der früher nur bei wurzelkranken Zähnen sich einstellte, eine große Erweiterung gefunden. Er ist umso unangenehmer, als die Operation selbst keine oder nur geringe Schmerzen verursacht. Gegen die Schmerzen bei der Extraktion und gegen den Nachschmerz in gleicher Weise wirksam scheint das vom Apotheker Hadra-Berlin hergestellte „Phenyphrin" zu sein; wenigstens hat Zahnarzt L. Karfunkel-Berlin gute Erfolge damit gesehen. Das Präparat besteht aus Alypin, Kochsalz und einem phenylsauren Nebennierenextrakt. K. hat das Mittel in mehreren 100 Fällen mit stets gleichem Erfolge angewendet.

4. W. berichtet über die bisherigen Erfahrungen mit Ergotinol. Dasselbe ist eine klare, braune Flüssigkeit, die in jedem Verhältnis in Wasser oder Alkohol löslich und klar mischbar ist. Seine Vorteile sind: 1. Es ist von verläßlicherer und stärkerer Wirkung als die bisher gebräuchlichen Ergotinpräparate; 2. seine toxische Grenze liegt nach den Versuchen von Gottschalk viel weiter als bei jedem anderen Sekale-Präparat; 3. es ist unbegrenzt haltbar; 4. seine subkutane Anwendung ist absolut schmerzfrei und verursacht 5. an der Injektionsstelle keine Abszedierungen; 6. es ist absolut konstant zusammengesetzt und daher leicht zu dosieren; 7. es ist jederzeit chemisch rein; 8. in Form der Ergotinol-Dragées behauptet es seine styptische Wirkung allen möglichen, selbst hochgradigen Blutungen gegenüber und ist speziell bei Lungenblutungen von hervorragendem Werte; 9. dadurch, daß man unbenützte Reste jederzeit wieder mit gleichem Erfolge verwenden kann, ist die Ergotinoltherapie billiger als jede andere blutstillende Behandlung (das ist doch wohl fraglich! Ref.); an Wirkung kommt 1 ccm Ergotinol 0,5 Extr. secal. cornut. gleich; 10. schädliche Nebenwirkungen von seiten des Organismus, von der Toxizität des Mittels abgesehen, wurden nie beobachtet.

In der gynäkologischen Praxis fand das Ergotinol hauptsächlich in Form von Injektionen, bei Blutungen anderer Natur in Form der Dragées, die leicht und angenehm zu schlucken sind, Anwendung. Sogar schwere Ulkus ventrikuli-Blutungen werden durch Darreichung von acht Dragées durch drei Tage und deren sodann täglich um ein Dragée reduzierte Menge meist prompt gestillt. Bei Hämoptoe genügen ein bis zwei wöchentliche Einnahmen von täglich dreimal zwei Dragées; daneben bekämpft man den Hustenreiz mit Kodein oder Morphium. Bei profusen Menstruationsblutungen anämischer Mädchen gibt man dreimal zwei Dragées täglich, um stärkere Blutverluste zu unterdrücken. Eklatant sind die Wirkungen der Injektionen bei großen Myomen, deren Operation aus irgendeinem Grunde hinausgeschoben werden mußte, ferner bei Blutungen im Klimakterium, bei Aborten nach Ausräumung des Uterus und zur Beschleunigung der Involution nach langdauernden oder instrumentellen Geburten.

5. In der Pharmazeut. Zeitg., 1907, Nr. 104, lesen wir ein Referat über die Zweckmäßigkeit verschiedener Pillenmassen, das auch für Aerzte von Interesse sein dürfte.

Um den Zerfall verschieden zusammengesetzter Pillen im Verdauungskanal zu studieren, hat E. Rieben Versuche in der Weise angestellt, daß er verschiedenen Personen unter ganz gleichen Versuchsbedingungen eine Reihe Pillen mit 0,02 Kal. jodat. gab und ihren Harn auf Jod untersuchte. Er stellte zunächst fest, daß eine wässerige Lösung von Jodkalium schneller resorbiert wird als eine Jodkaliumpille. Bei den verschiedenen Mischungen, die E. als Pillenkonstituens verwendete, tritt die Resorption des Jodkalis am spätesten auf, wenn man die Pillen aus Oel und Wachs herstellt. Sie ist gleichfalls beschränkt bei den aus Gummi arab. und Sacch. alb. angefertigten Pillen, etwas günstiger bei solchen von Bolus alb., besonders wenn man Kombinationen von Sirup. simpl. und Lanolin anwendet. Weniger günstig scheint der von Boehm empfohlene Zusatz von Glyzerin zu sein. Die besten Resultate hinsichtlich der Resorption ergeben sich bei den Pillen, die aus Radix Liquirit. und Radix Althaeae angefertigt werden. Hier steht an erster Stelle die Verbindung von Rad. Liquirit. und Sir. spl. Die aus Sapo medikat. bestehenden Pillen stehen jenen aus den erwähnten Pflanzenpulvern angefertigten nicht nach. Daß durch das Ueberziehen mit Silberfolie der Zerfall der Pille im Magendarmkanal beeinträchtigt wird, leuchtet ohne weiteres ein.

6. Unter den Wissenschaftlichen Mitteilungen veröffentlicht Dr. Zernik in der Apotheker-Zeitung, 1907, Nr. 104 und 1908, Nr. 1, die Ergebnisse einiger Untersuchungen über neuere Mittel, die im Pharmazeutischen Institut der Universität Berlin vorgenommen wurden, und denen wir folgendes entnehmen:

Unter dem Namen „Antirheumol" brachte die Firma Dr. Sorger, Chem. Laboratorium, Frankfurt a. M., ein zur äußerlichen Behandlung rheumatischer Affektionen etc. bestimmtes Präparat in den Handel, das chemisch als Salizylsäureglyzerinester bezeichnet wurde. Ein solcher ist schon bekannt und wird zu therapeutischen Zwecken von E. Merck-Darmstadt als „Glykosal" in den Handel gebracht. Dieses nach D. R. P. dargestellte

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Präparat bildet ein kristallinisches Pulver von bitterlichem Geschmack, das sowohl innerlich wie äußerlich angewendet werden kann. Das im Handel befindliche „Antirheumol konzentratum“ ist dagegen eine sirupdicke Flüssigkeit, aus der sich in der Kälte reichlich nadelige Kristalle abscheiden. Nach dem Untersuchungsbefunde ist es kein chemisch reines Präparat, sondern stellt vermutlich das nach dem Patent gewonnene rohe Reaktionsprodukt dar.

„Stomagen“ ist ein neues Magenmittel, das von der Firma Apotheker A. Lincke, G. m. b. H. in Berlin-Steglitz in Zeitungsinseraten, Broschüren und Flugblättern angepriesen wird. Als Bestandteile werden Papayotin, Pepsin, Bismut. subnitric., Milchzucker und ein geringer Prozentsatz von Acid. citric., außerdem noch Cort. Condurango, Rhizom. Zingeribis, Cort. Angostur. und Ol. Menth. piperit. angegeben. Eine Schachtel kostet 2,75 M. Das Präparat stellt ein hellbraunes Pulver dar von säuerlichem und zugleich bitterem Geschmack, das sich in verdünnter Salzsäure bis auf einen ganz kleinen Rest (= 3% Vegetabilien) auflöst. Die Untersuchung hat im übrigen ergeben, daß die Angaben des Darstellers im wesentlichen zutreffen.

Technische Neuerscheinungen.

Fieberthermometer „Pneumomaxima“,

welches von der Firma A. Küchler & Söhne, Ilmenau, angefertigt wird, stellt eine interessante Neuerung dar. Jedem Arzte werden die Schwierigkeiten schon lange und hinlänglich aufgefallen sein, welche man mit den bisher im Gebrauch befindlichen Maximalthermometern immer und immer wieder, namentlich bei Behandlung im Privathaus, bekämpfen mußte, denn nur zu oft kam es vor, daß der Patient, die Angehörigen oder Pfleger und Pflegerinnen mit dem Maximalthermometer nicht richtig umzugehen verstanden, indem sie das Quecksilber nach dem Messen nicht wieder herunterschlagen konnten. Viele Personen brachten diese einfache Tätigkeit nicht fertig, andere vergaßen es immer wieder und so ist der Arzt nie sicher, ob richtig gemessen worden ist, wenn er Fieber gemeldet bekommt bei einem Kranken. Viele Irrtümer kamen da zustande, und unendlich viele Thermometer gingen bei der Prozedur des Herabschlagens entzwei. Das neue Thermometer soll dem abhelfen. Es besteht in folgender Konstruktion. Die Kapillare mündet oben in einen birnenförmigen Hohlraum, welcher durch eine elastische Membran abgeschlossen ist. In der Birne befindet sich ein sorgfältig getrocknetes Gas. Ein am oberen Ende des Thermometers hervorstehender Knopf ist mit der elastischen Membran in Verbindung, und wenn man auf diesen Knopf drückt, so komprimiert er das Gas in der Birne und über dem Quecksilber. Wenn nun das Quecksilber hochgestiegen ist, und man es wieder herunterbringen will, braucht man nur auf den Knopf zu drücken. Im übrigen ist das Instrument ein gewöhnliches Maximalthermometer und genau wie ein solches zu behandeln. Es scheint, als ob dieses nur drei Mark kostende Thermometer für die Familienpraxis geeignet ist; ob es sich auch für Hospitale eignet, muß die Erfahrung lehren. Die Konstruktion ist sinnreich, aber es bleibt abzuwarten, ob das Instrument auf die Dauer genau funktioniert und haltbar ist. Es wird vielleicht die Membran nicht zu lange halten. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Unter Mitwirkung von Fachgelehrten herausgegeben von Dr. O. v. Hovorka und Dr. A. Kronfeld. Mit einer Einleitung von Professor Dr. M. Neuburger. Verlag Strecker & Schröder, Stuttgart. Mit 28 Tafeln und etwa 500 Abbildungen im Text. Gesamtumfang 84 Bogen = 1344 Seiten Lexikon-Oktav. Broch. 22,40 M., geb. 28 M.

„Unter Volksmedizin verstehen wir den Inbegriff der von alters her überkommenen Heilmethoden und Krankheitsvorstellungen des Volkes im Gegensatz zur Heilwissenschaft und zur Kunst der Aerzte.“ Diese Worte Prof. Neuburgers aus der Einleitung des Werkes, dessen erster Band Anfang April erscheinen wird, orientieren über den Inhalt der beiden Bände, die uns zwei als Forscher auf dem Gebiete der Volksmedizin bekannte Wiener Aerzte bescheren. Das großangelegte Werk, das ebensowohl für Aerzte als für alle, die sich für die volksmedizinischen Sitten und Gebräuche interessieren, ohne Jünger Aeskulaps zu sein, bestimmt ist, ist eine durchaus neue Erscheinung auf dem Büchermarkt. Es handelt sich um eine neue Zweigwissenschaft der Geschichte der Medizin, zu welcher anläßlich des Hamburger Orientalistenkongresses (1901) die Grundlagen gelegt wurden. Die „Vergleichende Volksmedizin“ verfolgt zwei Ziele; in erster Linie ist sie berufen, die vom ethnographischen und folkloristischen Standpunkte wichtigen und interessanten Tatsachen der Vergessenheit und dem sicheren Untergange zu entreißen. In den volksmedizinischen Sitten und Gebräuchen gibt es aber eine Fülle von Volks- und Hausmitteln, welche nicht nur auf dem Lande, sondern auch in der Stadt hoch in Ehren stehen und neben den Vorschriften der wissenschaftlichen Medizin sehr beliebt sind. Gegen solche wertvolle Volks- und Heilmittel (Kamillentee, Leinsamenumschläge, Kräuterbäder, Fenchel, Senffußbäder usw.) hat die Wissenschaft niemals etwas einzuwenden gehabt, wohl ebensowenig gegen die indifferenten. Dagegen muß sie sich gegen direkt schädliche oder gegen sogenannte Zaubermittel verwahren (Spinnwebe auf blutende Wunden, Auflegen von Erde auf Wunden, Tierexkremente, Maulwurfspfote, Abbeißen eines Mäusekopfes usw.). Die „Vergleichende Volksmedizin“ wird über den Nutzen und den Schaden dieser Mittel vom ärztlichen Standpunkte aufklären.

Die Tendenz des Werkes dürfte also alle Teile befriedigen und ihm eine freundliche Aufnahme sichern, abgesehen von dem hohen wissenschaftlichen Werte, der uns sein Erscheinen mit besonderer Freude begrüßen läßt. Der Inhalt ist, nach dem Verzeichnis zu urteilen, ein durchaus umfassender, die Einteilung des speziellen Teiles in medizinische Spezialfächer recht zweckmäßig.

Das Werk erscheint übrigens auch in 28 Einzellieferungen oder in 4 Abteilungen. Lungwitz, Berlin.

ALLGEMEINES.

Berlin. Der Berliner Polizeipräsident erläßt eine Warnung vor dem von einem gewissen Lindekuh gegen Menstruationsstörungen angepriesenen Mittel Mesembryantheum. „Das aus der gepulverten römischen und gemeinen Kamille bestehende, durch geringe Mengen von Grasbestandteilen und Samen verschiedener Art verunreinigte Mittel wird zu dem Preise von 10 M. verkauft, während sein wirklicher Wert etwa 30 bis 40 Pf. beträgt.“

Eine wirksame Phosphor-Therapie ist in einfachster, zuverlässigster und billigster Weise durchführbar mittels Fucol mit Phosphor (0,001%). Selbst durch jahrelange Aufbewahrung und in jedem Klima bleibt der Phosphorgehalt unverändert. Orig.-Flaschen à 125 Gramm kosten in den Apotheken M. 1,20. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstrasse 44
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 23. Februar 1908. Nr. 8.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern.

Von Sanitätsrat Dr. **Maximilian Bresgen**, Wiesbaden.

(Schluß.)

Ist nun die Kokainisierung beendet, so werden die als geeignet bereitgehaltenen Nadeln eingeführt, nachdem vorher der Nasen-Erweiterer in die richtige Stellung gebracht worden ist. Das Vorgehen dabei habe ich bereits weiter oben genauer beschrieben. Sitzen also die Nadeln, so wird der Nasenerweiterer vorsichtig entfernt; die aus dem Nasenloche heraushängenden Teile der Nadeln werden sodann mit dem Kabel, das vorher mit dem Schaltbrette auf + und — Pol verbunden worden ist, durch die Steckkontakte in Verbindung gebracht, so daß die Kathode (— Pol) an die zu oberst in der Nase liegende Nadel kommt. Es ist so am vorteilhaftesten, weil dabei der Strom zuerst in den oberen, meist empfindlicheren Teilen seine Hauptwirksamkeit entfaltet, in denen später infolge nachlassender Kokainwirkung leicht größere Schmerzhaftigkeit auftreten könnte. Nachdem man dann den Kranken sich hat bequem im Stuhle zurecht setzen lassen, ihn auch darauf aufmerksam gemacht hat, daß nicht nur ruhiges Sitzen, sondern auch Liegenlassen der Hände auf dem Schoße notwendig ist, damit das Kabel nicht durch eine Bewegung gelöst werde, ihm auch gesagt hat, daß er wie gewöhnlich durch die Nase atmen soll, auch ohne Zwang sprechen könne, und nachdem man sich überzeugt hat, daß alle Verbindungen festsitzen, auch das Schaltbrett in Ordnung ist, so läßt man den elektrischen Strom in dieses eintreten. Sodann schaltet man, nachdem man den Stand der Uhr festgestellt hat, ganz allmählich den Widerstand aus, und zwar so, daß der Kranke niemals Schmerz empfindet. Der Kranke, der zu Aeußerungen über seine Empfindungen aufgefordert werden muß, hat dadurch die Bestimmung der Stromstärke selbst in der Hand, so daß man stets in der Lage ist, die für den einzelnen Fall mögliche Stärke des Stromes anzuwenden. So wichtig dies auch ist, so schlage ich doch einen anderen Umstand noch höher an: in den allermeisten Fällen, selbst bei Kindern, wird das Zutrauen zur eingeschlagenen Behandlung sehr rasch so groß, daß sie sehr gern eine stärkere Einwirkung des Stromes trotz geringen Brennens oder Ziehens in den Nerven gestatten, wenn man solche zur Erreichung einer bestimmten Ampère-Zahl für wünschenswert erklärt. Hat der elektrische Strom, entsprechend dem Grade der Erkrankung der eben in Behandlung befindlichen Stelle, genügend lange eingewirkt, so läßt man durch sehr langsame Vermehrung des einschaltbaren Widerstandes den Strom fast unmerklich sich ausschleichen. Ist dies erreicht, so läßt man den Kranken zuerst, wie oben schon dargelegt, den an den Nadeln gebildeten Schaum durch stärkeres Einziehen der Luft durch das betreffende Nasenloch bei Schließung desjenigen der anderen Nasenseite nach hinten beseitigen, alsdann wendet man mittels des zuständigen Hebels die Stromrichtung und schaltet darauf ganz allmählich wie zuerst den Widerstand wieder so lange aus, bis der Kranke durch Aeußerung von Empfindlichkeit Halt gebietet. Hierzu ist noch im allgemeinen zu bemerken, daß meist nach wenigen Sekunden schon das langsame Ausschalten des Widerstandes fortgesetzt werden kann, immer wieder so lange, als des Kranken Empfinden es gestattet oder bis die gewünschte Ampère-Zahl erreicht ist.

Muß man schon bei der ersten Einwirkung der Elektrolyse sein Auge stets dem Ampère-Meter zugewendet halten, so ist dies nach dem Stromwechsel nur um so notwendiger. Denn dem anfänglichen Ansteigen des Ampère-Meters beim langsamen Einschleichen des Stromes folgt meist bald ein Stillstand, ja sogar Rückgang, so daß man wähnen könnte, es ginge gar kein Strom durch die Nadeln hindurch, zumal der Kranke meist auch nichts empfindet. Ja, man kann bisweilen sogar den ganzen Widerstand ausschalten, ohne daß ein Vorhandensein von Strom am Ampère-Meter oder durch Schmerzempfindung beim Kranken angezeigt wird. Die Ursache für dieses Verhalten des Stromes muß im bereits elektrolysierten Gewebe liegen. Meist bleibt das Ampère-Meter auf 5 M.-A. stehen, wenn auch der ganze Widerstand ausgeschaltet ist; doch dauert es gewöhnlich nur etwa drei Minuten, bis daß am Ampère-Meter geringe Schwankungen der Nadel anzeigen, den Widerstand rascher einzuschalten. Geschieht dies nicht, so tritt plötzlich eine große Schmerzhaftigkeit ein. Man muß also nach der Stromwendung, sobald der Widerstand über das gewöhnliche Maß ausgeschaltet ist, die Hand am Widerstandshebel haben, um sofort bei Auftreten von Schwankungen der Ampère-Nadel den Widerstand nach und nach so zu vermehren, daß dem Kranken keinerlei Schmerzen erwachsen. Ist dabei das Ampère-Meter auf einen Punkt gesunken, der eine zu geringe Wirksamkeit befürchten lassen muß und ist die Zeitdauer noch nicht erreicht, so kann man langsam wieder eine Verminderung des Widerstandes versuchen, so weit es der Kranke zuläßt. Im allgemeinen lasse ich den Strom nach seiner Wendung ebenso lange durchgehen wie zuvor, vorausgesetzt, daß ich die erforderliche Ampère-Zahl erzielen konnte; im anderen Falle muß man die Zeitdauer entsprechend verlängern. Nachher läßt man dann wie auch zuerst durch Einschaltung des Widerstandes den Strom ganz

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

allmählich sich ausschleichen, löst dann nach Ausschaltung des Stromes aus dem Schaltbrette die Steckkontakte von den Nadeln, bringt sodann das leicht verletzliche Kabel in Sicherheit und zieht schließlich mit einem kurzen, aber doch zarten Ruck die Doppelnadel oder die beiden Einzelnadeln aus der Schleimhaut und der Nase heraus. Der Kranke bleibt dann noch mit gerade gehaltenem Kopfe ruhig sitzen, darf also den Kopf nicht vornüber neigen, auch die Nase nicht ausblasen, geschweige schneuzen. Da ich die Kranken schon vorher darauf aufmerksam mache, daß aus den beiden Stichöffnungen meist geringe Blutmengen auszutreten pflegten, genügt zum Schlusse ein Hinweis, daß sie nicht ausspucken, falls sie die Empfindung bekämen, als ob etwas Flüssiges im Halse hinablaufe; Blut pflegt das ja ohnehin nicht zu sein, wohl aber etwas dünne, mehr wässerige Absonderung im Gefolge der Kokainisierung. Wird ausgespuckt, so neigt der Kranke den Kopf nach vorne und die wenigen in der Nase befindlichen Tropfen Blut zeigen sich im Nasenloche und beunruhigen den Kranken. Verhält sich der Kranke aber in der angegebenen Haltung einige Minuten ruhig, so läßt sich nachher leichter beurteilen, ob ein wirkliches Nachbluten von einiger Bedeutung vorliegt. Ich benutze diese Ruhepause zur Reinigung der Nadeln mit Bürste und fließendem Wasser, worauf ich sie noch in einen mit Perhydrol-Lösung (Perhydrol Merck 10,0, Aqu. dest. 40,0) getränkten Wattebausch einstecke und einige Minuten liegen lasse. Finde ich bei der Nasen-Untersuchung, daß die Blutung mehr als einige Tropfen beträgt, so betupfe ich den blutenden Stich — es ist gewöhnlich der der letzten Anode — mit Perhydrol, das ich mit wattebewickelter Sonde einige Sekunden andrücke; früher habe ich mit befeuchteter Wattesonde etwas Ferripyrin-Pulver ebenso lange aufgedrückt. Selten ist es nötig, einen losen Wattebausch ins Nasenloch zu stecken, um unterwegs hervortretende Bluttropfen aufzufangen; am besten ist es, das Nasenloch frei zu lassen und nötigenfalls bei geschlossenem anderen Nasenloche etwaige Feuchtigkeit mit dem Luftzuge nach hinten in den Hals zu befördern. Zu Hause angekommen, ist Ruhe sehr zu empfehlen. Sodann hat der Kranke stündlich mit schwacher Kochsalz-Lösung (ein Teelöffel Kochsalz auf eine Weinflasche Wasser) einige Male zu gurgeln; es ist dies sehr wichtig, um Reizzustände der Rachenhöhle fernzuhalten. Ferner hat der Kranke stündlich meine Menthol-Nasensalbe (Menthol 0,30, Paraffin. liqu. 5,0, Lanolin. anhydric. Liebreich ad 30,0 M. f. ter. ungt. D. in tuba S. Menthol-Nasensalbe) in die behandelte Nasenseite einzuziehen. Zu diesem Zwecke reinigt der Kranke stündlich die letztere dadurch, daß er bei leicht geschlossenem Nasenloche der anderen Seite fünf bis sechs starke Luftzüge einwärts, also in den Hals macht. Sodann nimmt er durch Druck auf die Tube etwas Nasensalbe (etwa linsen- bis erbsengroß) auf die Kuppe des kleinen Fingers (am besten der andersseitigen Hand) und führt diesen in das Nasenloch derart ein, daß der Fingernagel an den Nasenflügel zu liegen kommt und dieser durch Druck des Fingers soweit abgehoben wird, daß zwischen Finger und Nasenscheidewand ein kleiner Spalt entsteht; schließt man nun gleichzeitig durch zarten Fingerdruck das Nasenloch der anderen Seite und zieht kräftig Luft durch den hergestellten Spalt, so fliegt mit dem Luftzuge das kleine Salbenstück weiter in die Nase hinein; ja manchmal, besonders wenn es zu groß, also zu schwer ist, fliegt es durch die Nase hindurch in die Rachenhöhle; in solchem Falle muß das Einbringen der Salbe natürlich auf weniger heftige Weise erneuert werden[18]). Das Schneuzen bezw. Ausblasen der Nase, auch der nichtbehandelten Seite ist strengstens verboten und darf als „Ausblasen der Nase" erst wieder erlaubt werden, wenn jede Schwellung der Nasenschleimhaut verschwunden ist[19]). Alsdann aber hilft das stündliche sorgfältige, langsame „Ausblasen" in langen Zügen, abwechselnd mit mehrmaligem starkem Zurückziehen der Luft durch die Nase, mit nachherigem Einbringen der Nasensalbe ganz vortrefflich lösend und reinigend gegen die in der Nasenhöhle sich leicht ansammelnde Absonderung.

Sobald also der Kranke nach Hause gekommen ist, entfernt er zuerst einen etwa in die Nase gelegten Wattebausch. Er hat dabei darauf zu achten, daß der letztere vollständig entfernt wird, was am leichtesten so geschieht, daß er die einmal erfaßte Watte ruckweise, an dem hervorgezogenen Zipfel immer weiter nachgreifend, herauszieht; geschieht dies nicht, so bleibt leicht ein Teil der Watte in der Nase sitzen; davon, daß dies nicht der Fall ist, muß der Kranke sich im Spiegel, das Gesicht nach dem Fenster gekehrt, überzeugen. Bleibt Watte in der Nase sitzen oder wird solche oder dergl. für längere Zeit in die Nase gelegt, um die etwa einsetzende starke Absonderung aufzufangen, so tritt in der Nase erhöhte Schwellung der Schleimhaut infolge Luftabschlusses ein. Außerdem kann der Kranke, der sich ja in den ersten Tagen wenigstens recht ruhig verhalten soll, ohne zu große Mühe Herr der Absonderung werden, indem er sie mit einem weichen Taschentuche oder (noch besser) mit Gazestückchen abtupft, nicht abwischt, und indem er öfter bei geschlossenem anderen Nasenloche die Feuchtigkeit in der behandelten Nasenseite nach hinten zieht. Das Abwischen der Nase ist sehr zu widerraten, weil dadurch die Haut des Nasenloches und seiner Umgebung wund wird, während das bei Abtupfen möglichst unterbleibt; befördert wird dies noch dadurch, daß man zwei- bis dreimal am Tage mit etwas Gaze und lauem Wasser den Naseneingang tupfend säubert und nachher trocken tupft; darauf bestreicht man die Stelle mit einer Spur Menthol-Nasensalbe.

Das Befinden des Kranken ist je nach der Nasenverschwellung[20]) und je nach der Enge des knöchernen Gerüstes recht verschieden. In den ersten 24 Stunden tritt bei starker Schleimhaut-Verschwellung leicht Verschluß der behandelten Nasenseite besonders in der Nacht ein. Kopfdruck bezw. Kopfschmerz ist dabei im ganzen selten. Dieser kommt viel leichter vor bei knöcherner Enge, weil hier, wie bereits weiter oben dargelegt wurde, die Elektrolyse-Nadel der Knochenhaut sehr nahe zu liegen kommt und diese dadurch in Reizzustand versetzt wird. Auch Zahnschmerzen treten manchmal auf, sind aber meist mehr vorübergehend. Wenn die Kranken die gegebenen Vorschriften, sich recht ruhig zu verhalten, nur sehr wenig zu lesen, sich des Tabaks und der geistigen Getränke zu enthalten, ernstlich und ehrlich befolgen, so werden sie von Nachwehen der Elektrolyse kaum nennenswert oder gar nicht befallen, vorausgesetzt freilich, daß der geschilderte Reizzustand in besonderen Fällen nicht Platz gegriffen hat.

---

[18]) Versuche, die Salbe auf andere als die angegebene Weise in die Nase zu bringen, beispielsweise mittels Glas- oder Holzstäbchen, sind vielfach gemacht worden, müssen aber als unzweckmäßig ausgeschlossen werden. Das tiefere Hineinschieben von Stäbchen — auch Wattestäbchen eignen sich meiner Erfahrung nach gar nicht — aus hartem Stoffe, selbst wenn sie mit Watte bewickelt sind, in die Nase ist jedenfalls zu verwerfen, nicht bloß weil immerhin Verletzungen gemacht werden können, sondern auch weil die Salbe von Laien durchaus nicht sicher an den richtigen Ort gebracht werden kann; zudem wird die Salbe vom Stäbchen zum größten Teile vorne an den Nasenhaaren abgestreift, was beim richtigen Einführen der Fingerkuppe sehr wohl zu vermeiden ist. Will man aber ein Stäbchen nur bis ganz vorne ins Nasenloch einführen, so bedarf man eines Spiegels, was die Sache sehr umständlich macht. Die von mir angegebene Einführungsweise kann selbst von Ungeschickten bei gutem Willen rasch erlernt werden. Wertvoll aber ist dabei noch, daß eine gewisse höhere Sauberkeit der Hände beansprucht und geleistet werden muß.

[19]) Von welch' unheilvoller Wirkung ein zu starkes oder überhaupt fehlerhaftes Schneuzen sein kann, habe ich schon in meinem Aufsatze „Wann treten nach Operationen in der Nase und im Nasenrachenraume leicht Entzündungen des Ohres und anderer benachbarter Teile auf?" (Wien. med. Woch. 1892, Nr. 45—47) eingehend dargelegt. Uebrigens verweise ich noch auf folgende Schriften von mir: Nasenkrankheiten in Eulenburgs Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. 2. Auflage 1888. S. 3 d. S.-A.s; 3. Auflage 1898. S. 4 d. S.-A.s. — Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 2. Aufl. 1891. S. 182; 3. Aufl. 1896. S. 247. — Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen? Leipzig 1891. S. 10. — Naseneiterung. Eulenburgs Real-Enzyklopädie der gesamten Heilkunde. 2. Auflage. Enzyklopäd Jahrbücher V. Bd. 1895. S. 2 d S.-A.s — Fortbildungs-Vorlesungen. Halle a. d. S. 1903. Marhold. S. 9f., 26, 45. — Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken. Halle a. d. S. 1904. Marhold. S. 34. — Ferner die beiden unter [17]) angeführten Schriften.

[20]) Gegen die Verschwellung habe ich meiner Nasensalbe seit Jahren mit Vorteil das Menthol beigefügt. Da nach Eingriffen in einer Nasenseite auch die andere zeitweise anzuschwellen pflegt, so empfehle ich auch für diese das häufigere Einbringen der Mentholsalbe. Neuestens ist mir von der Chemischen Fabrik Flörsheim Dr. H. Nördlinger in Flörsheim am Main eine von ihm Aethrin benannte aromatisierte Menthol-Aethrol-Derizin-Salbe, bestehend aus 5% Menthol-Aethrol und 95% Derizin-Salbe zu Versuchen übersendet worden. Diese Salbe hat sich mir in Fällen, wo eine rasche und etwas länger dauernde Abschwellung der Nasenschleimhaut wünschenswert schien, im ganzen bewährt. Es genügt, eine sehr geringe Menge vorne in die Nase zu bringen, um rasch und meist auch für einige Stunden ziemlich gut Luft durch die Nase zu haben. Da das Einbringen meiner Nasensalbe noch den Zweck hat, die Wundflächen vor Krustenbildung zu schützen, so habe ich jene stets zuerst einziehen und nachher etwas Aethrin einbringen lassen. Dies hat sich bei den in Rede stehenden Fällen besonders auch in der Nacht bewährt. Man kann das Aethrin, so oft die Wirkung schwindet, erneut einführen.

Die Nachbehandlung ist bei der Elektrolyse sehr wichtig, weil sie die Heilung beschleunigt und das Befinden rascher bessert, wenn es gestört sein sollte. Auf den Stichwunden bildet sich eine Speckhaut und das von der Nadel beherrschte Gebiet stirbt ab; es stößt sich bei geringerer Einwirkung des Stromes aus der Stichöffnung im Laufe der nächsten zwei bis drei Wochen, oder bei kräftigerer Wirkung der Elektrolyse als zusammenhängender Schorf mit dem über dem Stichkanal gelegenen Schleimhautstreifen ab; es dauert dies bei regelrechter Nachbehandlung etwa zwei Wochen; alsdann hat man eine saubere granulierende Wundfläche, die in wenigen Tagen zur Heilung zu bringen ist. Ist die Knochenhaut in Mitleidenschaft gezogen, so dauert es selbst bis in die vierte Woche; ebenso und noch länger kann sich die Heilung hinziehen, wenn man an einer sehr engen Stelle den Knochen absichtlich angegriffen hat.

Die Nachbehandlung selbst führe ich jetzt nur mit Perhydrol Merck (10 : 40) aus, indem ich eine mit Watte etwa 3 cm lang leicht bewickelte, von der Spitze und weiter hinten fest angedrehte spitze Nasensonde in das Perhydrol tauche und an die behandelte Stelle für einige Sekunden lege, während welcher der beim Aufbrausen frei werdende Sauerstoff seine Wirkung ausübt; diese besteht wesentlich auch darin, daß er die Schorfe lockert und dadurch rascher zum Abstreifen gelangen läßt. In der Regel bestelle ich den Kranken zuerst auf den folgenden Tag; an diesem sehe ich dann je nach dem Nasenbefunde, ob eine Nachbehandlung am anderen oder am zweiten Tage notwendig ist. In der Regel ist das letztere der Fall. Schon nach vier bis fünf Tagen beginnen die zerstörten Teile der Schleimhaut vom Rande her unter der Wirkung des Perhydrol sich zu zerfetzen und abzustoßen. Ist die Knochenhaut in Reizzustand geraten, so bringe ich zuerst mit wattebewickelter Sonde einen Tropfen 20%iger Novokain + Suprarenin-Lösung (Novokain 2,0, Aq. dest. 10,0, Solut. Suprarenin. boric. [1 : 1000] gtt. 30) auf die schmerzhafte Stelle und erst nach einigen Minuten das Perhydrol. Wurde die Elektrolyse gegen den Knochen selbst angewendet, so bleibt schließlich, nachdem die Schleimhautteile bereits wieder ziemlich in Ordnung sind, noch der tote Knochen zu entfernen. Das geschieht nach vorhergegangener Kokainisierung am leichtesten und schnellsten unter Anwendung eines meiner Nasenmeißel[21]), mit denen man in schonendster Weise die nur noch wenig festhaftenden Knochenplättchen gewissermaßen abstreifen kann. Ist aller tote Knochen entfernt, so heilt die Wunde unter Behandlung mit Perhydrol in wenigen Tagen.

Sobald nun in der behandelten Nasenseite eine saubere Wundfläche vorhanden ist, also besondere Nachbeschwerden nicht mehr vorhanden sind, kann man die Elektrolyse in der anderen Nasenseite anwenden; in manchen Fällen, in denen überhaupt keine besonderen Beschwerden nach der Elektrolyse auftreten, kann man auch schon nach etwa acht Tagen die Fortsetzung folgen lassen. Handelt es sich hier auch meist um besonders weite Nasenwege, in denen nennenswerte Störungen ja überhaupt nicht leicht auftreten, so soll man doch nicht vor acht Tagen die andere Nasenseite in Angriff nehmen, weil man nicht wissen kann, wie hier der Eingriff vertragen wird. Ist dann die zuerst behandelte Nasenseite noch nicht genügend vorgeschritten, so kann im ungünstigen Falle der Gesundheitszustand des Kranken doch etwas angegriffen werden, was immerhin von erheblicher Bedeutung ist, weil es sich ja meist um solche handelt, denen man eine andere, angreifendere Behandlung gerade fernhalten will. Ueberhaupt muß man vor jedem Weiterschreiten in der Behandlung genau über dessen voraussichtliche Folgeerscheinungen ins Klare zu kommen trachten; es muß also immer auch das ganze Befinden des Kranken in Rechnung gestellt werden. So wenig im allgemeinen die Elektrolyse auch im Gegensatze zur Anwendung des elektrischen Brenners den Kranken „angreift“, so darf doch nie aus dem Auge verloren werden, daß mit jedem neuen Eingriffe, und sei er an sich noch so bescheiden, der Kranke doch an ursprünglicher „Frische“ verlieren muß. Es ist also gut, sich darauf vorher zu besinnen, um nicht eines Tages von wirklicher „Abgespanntheit“ des Kranken überrascht zu werden. Das kann sich aber unter Außerachtlassung der geschilderten Umstände sehr leicht ereignen, weil die Kranken, die doch im ganzen wenig durch die Behandlung beschwert werden, zu rascherer Wiederholung der Elektrolyse gern drängen — aus dem nur zu natürlichen Grunde, möglichst bald fertig zu sein. Ganz besonders aber müssen diese Umstände im Gedächtnisse behalten werden, wenn es sich um Kranke handelt, die sonst an irgend einem Organe schwach oder gar krank sind und gerade deswegen der Elektrolyse, nicht der Behandlung mit dem elektrischen Brenner unterworfen werden.

Ueber die Reihenfolge der Eingriffe mittels Elektrolyse habe ich weiter oben das Nähere dargelegt. Es bleibt nur noch übrig zu sagen, wie man in manchen Fällen unter Zuhilfenahme anderer Verfahren schließlich rascher das gewünschte Ziel zu erreichen suchen darf, wenn auch solchen Eingriffen von vorneherein der Gesundheitszustand oder andere Gründe entgegenstehen würden.

Wenn man durch die Elektrolyse die Nasenverschwellung im ganzen gehoben hat, so daß nur noch einzelne, geringe Reste der letzteren übrig sind, so kann man bei sonst gutem Befinden kleinere Schleimhaut-Verdickungen, die da oder dort übrig blieben, oder knorpelige Vorsprünge an der Nasenscheidewand mit dem elektrischen Brenner beseitigen. Dazu sind die gleichen Vorbereitungen wie bei Anwendung der Elektrolyse zu treffen, um vollkommene Unempfindlichkeit zu erzielen; hier treten dann auch meine Mitteilungen über Verwendung des Kokains wechselweise mit Novokain-Suprarenin, die ich weiter oben schon machte, in Wirksamkeit. Die knorpeligen Vorsprünge im vordersten Teile der Nase werden mit dem Brenner ohne jede Schwierigkeit und ohne nachfolgende Beschwerden beseitigt; bei älteren Personen können gegen den Knochen hin unregelmäßige Knochenkerne sich finden. Verdickungen der Schleimhaut, wie sie leicht am Rande der unteren Nasenmuschel oder an dieser im unteren Gange oder am hinteren Muschelende nach Elektrolyse übrigbleiben, kann man, sobald sie umschriebene kleine Stellen darstellen, mit dem Brenner zerstören, ohne nachfolgende Beschwerden zu verursachen; es ist aber nötig, solche Stellen bis gegen die Knochenhaut hin zu zerstören. Bei zurückbleibenden Verdickungen des hinteren Muschelendes ist es empfehlenswert, die kalte Stahldrahtschlinge zu verwenden, da sie sicher die endständige Verdickung beseitigt. Es entsteht in solchen Fällen auch keine besondere Blutung, weil vorher bereits die dazu gehörige „Interessensphäre“ im Muschelschwellgewebe verödet worden ist. Die gleiche Art des Vorgehens kann ich auch überhaupt bei starken, geschwulstförmigen Verdickungen des hinteren Muschelendes empfehlen, d. h. also zuerst das Schwellgewebe in der übrigen Muschelschleimhaut durch den Brenner zerstören und nachher mit der Schlinge die Geschwulst am hinteren Ende beseitigen. Während bei umgekehrtem Vorgehen fast regelmäßig eine starke Blutung stattfindet und auch hinterher noch Beunruhigung verursacht, bleibt dies bei meinem Vorgehen aus oder wird doch unschwer gestillt.

Ueber die Behandlung der mittleren Nasenmuschel mit dem Brenner habe ich weiter oben schon das nötige gesagt. Sie kommt ja in den für die Verwendung der Elektrolyse besonders angezeigten Fällen nur dann in Frage, wenn wirklich störende Verdickungen an ihr sich geltend machen.

---

[21]) Beschrieben in meiner Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 3. Aufl. 1896. S. 170.

Bei der Anwendung des Brenners ist eine ganz besonders sorgfältige Nachbehandlung erforderlich. Sie wird in gleicher Weise und in gleichem Sinne wie nach der Anwendung der Elektrolyse geführt. Die Heilung der gesetzten Brandwunden ist sorgfältig zu überwachen und durch vorsichtige Behandlung mit Perhydrol möglichst zu fördern. Daneben hat der Kranke, der nie sich selbst überlassen werden darf, alle jene Verhaltungsmaßregeln, die ich oben besprochen habe, gewissenhaft zu beobachten.

Das Schwellgewebe der Nasenschleimhaut ist niemals einem beliebigen anderen Körpergewebe gleich zu achten. Die Neigung, wieder anzuschwellen bezw. sich wieder zu verdicken, liegt in seiner Beschaffenheit an sich schon begründet. Unterstützt wird sie aber stets durch ein gesundheits- und vernunftwidriges Verhalten. Wenn ich mir bewußt bin, daß die Nase zu jeder Tages- und Nachtzeit für die Atmung vollkommen frei sein und bleiben muß, und daß die Nasenschleimhaut auch befähigt sein muß, die Atmungsluft während ihres Durchstreichens durch die Nasenwege mit Wasserdampf nahezu zu sättigen, von Staubteilen zu säubern und entsprechend vorzuwärmen, so muß ich bei Nasenkranken auch die Wege einschlagen, die sie zur Erfüllung beider Forderungen befähigen. Ich darf also bei Verschwellung der Nasenwege die hinderliche Schleimhaut nicht so beseitigen, daß sie der zweiten Forderung nicht mehr zu genügen vermag. Indem ich aber dadurch genötigt bin, das übermächtige Schwellgewebe nicht mit einem Male gründlich zu zerstören, lasse ich zugleich einen Herd für Rückfälle zurück. Dieser Gefahr kann aber nur dadurch wirksam begegnet werden, daß man je nach der Schwere des Falles die Kranken nach einigen oder mehreren Monaten zu erneuter, wenn auch kürzerer Behandlung bestellt und ihnen nicht freigibt zu kommen, sobald sie wieder Beschwerden empfinden. Alsdann ist es in der Nase wieder zu so ausgedehntem Rückfalle gekommen, daß man in der Behandlung gewissermaßen wieder von vorne anfangen muß. Dadurch gelingt es nie, der übermächtigen Wachstums-Energie des Schwellgewebes Herr zu werden; es nützt dagegen kein noch so gutes Heilmittel, wenn es nicht richtig, sowohl in der Art wie in der Zeit, angewendet wird. Wie die Nasenpolypen immer wieder wachsen, wenn man nur sie entfernt, nicht aber ihren Mutterboden, die verdickte Nasenschleimhaut zerstört, wie die „radikal" operierte Rachenmandel immer wieder Schwierigkeiten macht, wenn nicht gleichzeitig auch die nie fehlende Verschwellung des Naseninnern kunstgerecht beseitigt wird, so ist auch Schneiden, Brennen und Elektrolyse gegen die Nasenverschwellung ohne dauernden Erfolg, wenn das Mittel nicht so angewendet wird, wie die Eigenheit des zu Grunde liegenden Schwellgewebes es erheischt: in zwei bis drei Behandlungszeiten muß die Verschwellung der Nase in Angriff genommen werden und zwar so, daß jedesmal nur geringe Rückfälle, die dem Kranken noch keine Beschwerden verursacht haben dürfen, zu bekämpfen sind. Alsdann kann man mit aller Sicherheit auch auf einen Dauererfolg rechnen. Das gilt aber ganz besonders bei der Behandlung mittels Elektrolyse.

Die Appendizitisfrage und die Obstipation.

Von Dr. med. **Georg Hünerfauth,** Homburg v. d. Höhe.

In Nr. 40 der Deutschen medizinischen Wochenschrift vom Jahre 1905 spricht sich der bekannte Pariser Chirurg des Hôtel-Dieu Dr. Lucas Championière in einem lehrreichen Artikel über die Aetiologie und Behandlung der Appendizitis folgendermaßen aus:

Nach seiner großen Erfahrung spielt die Influenza eine wesentliche Rolle bei der Entstehung dieser Krankheit. „Ich schließe mich — so schreibt er — der Ansicht vieler französischer und ausländischer Aerzte an, welche dahin geht, daß die Influenzainfektion ein ätiologischer Faktor für die Entwicklung der Appendizitis gewesen ist. Wir sehen noch unter unseren Augen alle partiellen Epidemien von Influenza partielle Epidemien von Appendizitis im Gefolge haben." — Doch fühlt Lucas Championière selbst, daß er hiermit allein noch nicht den Nagel auf den Kopf getroffen habe, er fährt — und nun komme ich auf den Kernpunkt meines Themas — sogleich weiter fort:

„Allein in vielen Ländern hat die Influenza geherrscht, und trotzdem hat man die Appendizitis dort entweder gar nicht oder sehr selten beobachtet. Hier kommt meiner Meinung nach ein anderer ätiologischer Faktor in Betracht, dem ich eine große Wichtigkeit beimesse. Es scheint mir nämlich unzweifelhaft, daß die Länder, in denen die Fleischnahrung vorwiegend ist, auch eine starke Verbreitung der Appendizitis aufweisen. In Amerika und in England z. B. hat sich die Krankheit, die dort zuerst beobachtet worden ist, mit einer exzeptionellen Häufigkeit und Schwere entwickelt. Noch gegenwärtig, wo die Krankheit überall bekannt ist, findet man sie in diesen Ländern viel häufiger als bei uns in Frankreich. Andererseits wird, nach einer von mir angestellten Statistik, in den Ländern, in denen die Fleischnahrung zurücktritt — also z. B. in Algier, wo die Influenza sehr stark gewütet hatte — die Appendizitis nur ausnahmsweise gefunden. Weiter hat meine Sammelforschung lokale Anhäufungen der Krankheit nachgewiesen. Ich habe konstatiert, daß in den Klöstern, in welchen eine exklusiv vegetarische Ernährung üblich ist, die Appendizitis nicht vorkommt, und das, obwohl die Influenza dort geherrscht hat und die Tuberkulose die Empfänglichkeit der Insassen für andere Krankheiten beweist. Ein ähnliches Verhältnis habe ich für die Gefängnisse festgestellt; in Paris in der Prison de la Roquette erkranken die jungen Leute, die ungefähr in dem Alter der in den Pariser Lyzeen befindlichen Jünglinge stehen, an Appendizitis nicht, während die Appendizitis in unseren Lyzeen eine häufige Erscheinung ist, und in den genannten Gefängnissen herrscht das vegetarische Regime. Endlich hat mir auch meine persönliche Erfahrung die Häufigkeit und Schwere der Appendizitiden bei solchen Leuten gezeigt, welche an eine übermäßige Fleischnahrung gewöhnt waren. Ich glaube, daß die sogen. familiäre Appendizitis viel mehr von einem individuellen Ernährungsregime als von einem besonderen Rassenverhältnis abhängt.

Resümiere ich, so ist die größere Häufigkeit der Appendizitis durch die Influenza begünstigt, der Boden für deren Wirkung war vorbereitet durch die übermäßige Fleischnahrung, die seit einigen Jahren mehr und mehr überhand nimmt. Namentlich bei jugendlichen Leuten hat sie besonders vorteilhafte Bedingungen für die Infektion gefunden, weil man bei deren körperlicher Erziehung im allgemeinen von der periodischen Darmentleerung, welche früher die Nahrungsexzesse kompensiert hat, seit einiger Zeit absieht. Ich finde diese ätiologische Auffassung um so besser begründet, als wir gegenwärtig eine starke Häufung aller Darminfektionen gegen früher wahrnehmen, und die Appendizitis scheint mir lediglich eine der schweren Formen dieser Infektion darzustellen.

Diese Betrachtungen scheinen mir um so wichtiger zu sein, als sie eine Prophylaxe der Appendizitis gestatten, die als Grundlage eine Verminderung der Fleischnahrung und eine periodische künstliche Entleerung des Darmes haben muß. Diese Ueberwachung des Darmes wird besonders sorgfältig sein müssen bei denjenigen, die Influenza durchgemacht haben." —

Soweit der erfahrene Lucas Championière, dessen beachtenswerte Ausführungen bei uns nicht auf den fruchtbaren Boden gefallen und die Würdigung gefunden zu haben scheinen, die sie doch eigentlich verdienen.

Ich ziehe meine Schlüsse aus obigen Darlegungen etwas weiter und in etwas veränderter Form als unser Gewährsmann: überwiegende Fleischkost schadet in zweifacher Weise:

1. sie scheint im Darme leichter wie fleischlose Ernährung, wohl infolge der Zerfallsprodukte des tierischen Eiweißes, schädliche Agentien zu bilden, welche wiederum

2. Hand in Hand mit der bei ausgesprochener Fleischnahrung meistens vorhandenen Verstopfung (zähe Fibrin-

massen), auf dem Nährboden der stagnierenden Kotmassen, eine lebensgefährliche infektiöse Darmerkrankung hervorrufen kann, die wir, infolge ihrer Lokalisation, Appendizitis nennen.

Die therapeutischen Folgerungen ergeben sich hieraus von selbst: Verminderung des Fleischgenusses und möglichste Heilung einer jeden bestehenden Obstipation bei unseren Patienten.

Gegen periodische künstliche Darmentleerungen, z. B. einbis zweimal im Monat, ist durchaus nichts einzuwenden; doch bedenke man wohl, daß diese Therapie mit der radikalen Beseitigung einer vorhandenen chronischen Verstopfung nichts zu tun hat.

Seien wir ehrlich und gestehen, daß wir mit der Forderung einer verminderten Fleischnahrung aus prophylaktischen Gründen beim Publikum wohl nur recht bescheidene Erfolge erzielen werden: hier sprechen Gewohnheit, Indolenz und äußerer Zwang (z. B. auf Reisen, bei Angestellten, in Gesellschaft usw.) ein viel zu großes Wort mit, so daß unsere neuen und unbequemen Lehren bald im Winde verhallen werden. Anders verhält es sich, wenn der Patient zu uns kommt, der von einer lästigen und nicht ungefährlichen Obstipation geheilt sein will. Jetzt wird er, je schwerer der Fall liegt, desto gehorsamer unseren Verordnungen folgen und sich weit leichter unserem Vorschlage fügen, eine Zeitlang fleischlos zu leben, als in gesunden Tagen. Es geht nämlich ganz gut, ohne Fleisch zu leben, wie ich selbst, der Wissenschaft wegen, während eines halben Jahres bei tüchtiger körperlicher und geistiger Arbeit an mir erprobt habe. Einige Fingerzeige dürften den Kollegen, denen diese Art der Therapie neu ist, vielleicht willkommen sein: man beginne die fleischlose Ernährung in der warmen Jahreszeit, wenn genügend frisches Gemüse und Salat zu haben ist; man fange nicht plötzlich an, sondern verringere allmählich die Quantitäten der einzelnen Fleischmahlzeiten und zwar dermaßen, daß man in zirka vier Wochen zur völlig fleischlosen Diät gelangt ist. Bei einigem guten Willen und entsprechenden Geldmitteln gelingt es leicht, einen derartig reichhaltigen und abwechselnden Speisezettel zusammenzustellen, daß der Patient stets genügend und schmackhaft zu essen bekommt. Am besten leben die Patienten mit fleischloser Diät in der eigenen Häuslichkeit, woselbst in der Zubereitung und Auswahl der Speisen die größte Rücksicht genommen werden kann. Wer auf Restaurationsküche angewiesen ist, kann nur schwer in diesem Punkte befriedigt werden, es sei denn, daß in der betreffenden Stadt ein gutes vegetarisches Restaurant zu finden ist. Ferner ist zu bemerken, daß bei dieser Kost sich bei manchen Patienten anfänglich leichte Abstinenzerscheinungen, mitunter in Gestalt von Depressionen, Blässe, Frösteln, Unbehagen etc. einstellen; diese Symptome weichen am ehesten einem warmen Bade von 30 ° R und darauffolgender Ruhe. Damit in einem Badeorte gelegentlich der Trinkkur sich diese Erscheinungen nicht mit der Kurkrise summieren und den Kranken allzusehr angreifen, schwächen und verstimmen, geht mein Rat dahin: die fleischlose Ernährung nicht während eines Badeaufenthaltes, sondern zu Hause zu beginnen. Auch bei älteren Leuten sei man bei der Einleitung und Durchführung dieser Kur recht vorsichtig. Es heißt bei dieser Diätänderung wie bei der gesamten Heilkunst überhaupt: individualisieren! Ein Schema gibt es bei uns nicht, und es gilt immer der Satz: eines schickt sich nicht für alle!

Hat man bei dem Patienten mit Hilfe dieser Diät wieder einen normalen, regelmäßigen und genügenden Stuhlgang erzeugt, so kann er langsam wieder zur gemischten Kost zurückkehren, soll aber stets für alle Zukunft den Fleischgenuß gegen früher bedeutend einschränken. Wer dauernd fleischlos leben will und sich kräftig und arbeitsfreudig dabei fühlt, kann dies unbesorgt tun; die meisten Leute werden aber wieder zur gemischten Ernährungsweise zurückkehren.

Nunmehr gilt es aber, eine Reihe von Gründen namhaft zu machen, bei denen von der Anwendung einer fleischlosen Diät nicht die Rede sein kann. Hierher gehören in erster Linie die Fälle von Obstipation, bei denen es nicht gelingt, mit Hilfe der fleischlosen Kost einen vollen Dauererfolg zu erzielen, oder welche bei der Rückkehr zum gemischten Regime wieder Verstopfung zeigen. Ferner gibt es Patienten oder deren Familienangehörige, die das Ansinnen, fleischlos zu leben, einfach glatt zurückweisen, oder ihr Hausarzt oder ein anderer Kollege hat Bedenken und dergl. mehr. Außerdem gibt es tatsächlich Menschen, welche es nicht vertragen, gänzlich ohne Fleisch zu leben, und schließlich sollen es die Patienten nicht während einer Trink- und Badekur.

Können wir in allen diesen Fällen auch nicht mit der völlig fleischlosen Diät arbeiten, so wird es uns doch meistens gelingen, den Speisezettel dermaßen mit schlackenreicher vegetabilischer Kost auszustatten, daß immerhin einige Aussicht vorhanden ist: Hand in Hand mit den jetzt zu erwähnenden physikalisch-hygienischen Heilmethoden schöne Dauererfolge zu erzielen.

Betrachten wir uns einmal die Zahl der an habitueller Verstopfung leidenden Personen etwas näher (ich schließe jetzt alle Fälle mit anatomischen Ursachen der Obstipation sowie schwere destruktive Leiden etc. aus), so finden wir, daß hartnäckige Verstopfung häufig als Begleitsymptom der Neurasthenie gefunden wird. Ich mache hierbei besonders auf die nicht seltene Trias: nervöse Hypersekretion von Magensäure, Verstopfung und Hämorrhoiden bei vielen Patienten aufmerksam. Es ist natürlich schwer, in solchen Fällen zu entscheiden, was primär und was sekundär ist; doch brauchen wir uns gar nicht so sehr den Kopf mit solchen Spekulationen zu zerbrechen, sondern wir haben dem Patienten zu helfen, indem wir ihn von seiner Neurasthenie und seiner Obstipation heilen. Hier kommen in Betracht: Ruhe und Ausspannung für überarbeitete Individuen, Luftveränderung, mäßige körperliche Bewegung und ein ärztlich überwachter Sport für Stubenhocker, Bureaumenschen und für Faulenzer. Ferner leichte Hydrotherapie, kohlensaure Bäder, zentrale Galvanisation, allgemeine Faradisation, Wechselstrombäder oder — sehr wirksam — Franklinisation. Individualisieren! Es ist gut, wenn der Arzt über einen größeren, abwechslungsreichen therapeutischen Heilschatz verfügt. Aus diesem Grunde sieht man in den geeigneten Badeorten so schöne Erfolge in allen Fällen neurasthenischer Obstipation, da hier alle heilbringenden Faktoren vereinigt zu sein pflegen.

Ich muß bei dieser Gelegenheit die Notwendigkeit von Trinkkuren bei chronischer Verstopfung mit einigen Worten streifen. Soll dem Patienten ein Dauererfolg gewährleistet und derselbe mit seinem Badeaufenthalt zufriedengestellt werden, so ist es absolut notwendig, seine Obstipation neben der Trinkkur und Allgemeinbehandlung auch noch mit einer kombinierten lokalen ärztlichen physikalischen Therapie energisch in Angriff zu nehmen. Dieser Satz sollte für alle schwierigeren Fälle wohl beherzigt werden! Wenn wir uns klar machen, daß bei der Obstipation neben der oben erwähnten allgemeinen Nervosität gewöhnlich noch drei lokal auslösende Momente in Frage kommen, so müssen wir uns logischerweise auch sagen, daß wir gegen diese Ursachen gleichzeitig auch lokal vorgehen müssen. Diese drei wohlzubeachtenden Punkte sind: 1. Schwäche der Bauchmuskulatur, Fett- und Hängebauch, 2. ungenügende Innervation und Atonie des Magen-Darmsystems und 3. abgestumpfte Sensibilität des Rektums.

Wir finden also ein ganz respektables Arbeitsfeld vor uns und müssen gestehen, daß es nicht immer zu den leichtesten therapeutischen Aufgaben gehört, einem Verstopften wieder zu einem normalen Stuhlgange zu verhelfen; desto größer die Freude, wenn es gelingt. Wie unerträglich eine hartnäckige Obstipation für ihren Träger sein kann, erhellt recht schön aus den Worten der gequälten Patienten, welche man oft in übereinstimmender Weise zu hören bekommt: sie seien nur noch halbe Menschen.

Es muß also mit Recht für diese Fälle eine kombinierte physikalisch-diätetisch-hygienische Behandlung neben einer Trinkkur gefordert werden.

Diese Forderungen auf diesem Gebiete als einer der ersten präzis aufgestellt, wissenschaftlich niedergelegt und praktisch bei einer großen Zahl von obstipierten Patienten seit Jahrzehnten erprobt zu haben, ist das unbestreitbare Verdienst

Publ

meines Vaters. Jeden, der sich hierfür interessiert, verweise ich auf seine Monographie über dieses Thema, welche sich hauptsächlich mit der kombinierten physikalischen Therapie der Obstipation befaßt. (Die habituelle Obstipation und deren Behandlung etc. von Dr. Georg Hünerfauth; II. Auflage, Wiesbaden, Verlag von Bergmann. Preis 1,80 M.)

Wir lassen also unsern Patienten noch zuteil werden: eine sachgemäße ärztliche Massage; entsprechende Elektrotherapie, teils allgemein, teils lokal. Ferner werden angewandt: die Bauchmuskeln kräftigende Gymnastik, wobei man durchaus kein ganzes mediko-mechanisches Institut mobil zu machen braucht, sondern suchen muß, alles so einfach und leicht wie möglich zu gestalten, damit der Patient auch zu Hause und mit Lust und Liebe ohne große Apparate sich der verordneten Gymnastik unterzieht. Kniebeugen, Rumpfrollungen, Steigbewegungen usw. Dazu kommt neben den kohlensauren Bädern (speziell bei Neurasthenikern und Herzleidenden) noch eine möglichst einfache lokale Wasseranwendung: Prießnitzscher Leibumschlag, kalte Waschungen des Abdomens, Sitzbäder usw.

Zum Schlusse muß ich noch besonders nachdrücklich hervorheben, daß eine geschickte psychische Behandlung auch bei der Obstipation, wie in der gesamten Heilkunst, eine bedeutende Rolle spielt. Die oft schwer deprimierten Patienten müssen suggestiv entschieden mit Energie und Verständnis angegangen und ärztlich erzogen werden. Ihre berechtigten Klagen dürfen nicht scherzend bei Seite geschoben, sondern es muß mit Geduld und unerschütterlicher Ruhe ihr Leiden untersucht und in Angriff genommen werden. Besonders gewinnt eine gründliche Untersuchung, innerlich und äußerlich, meistens von Anfang an mit einem Schlage das ganze Vertrauen, wodurch man oft schon halb gewonnenes Spiel hat.

Mit den auflösenden, leicht und angenehm eröffnenden Kochsalzwässern zur Trinkkur habe ich bei Obstipation stets gute Erfahrungen gemacht und will dem Leser endlich noch eine kleine Tabelle aus meinem Büchlein: „Trink- und Badekuren zu Hause“ (Leipzig, bei Thieme, Preis 2,80 M.) zur Anschauung bringen, welche den Chlornatriumgehalt einiger bekannter Heilquellen zeigt. Diese Uebersicht ist der Broschüre von Prof. Dr. H. Fresenius-Wiesbaden entnommen: „Chemische und physikalisch-chemische Untersuchung des Landgrafenbrunnens in Bad Homburg v. d. Höhe“.

Vergleichung des Gehaltes an Kochsalz:

In tausend Gewichtsteilen Wasser sind enthalten Gewichtsteile Kochsalz:

Homburg v. d. H., Landgrafenbrunnen .	9,878044
„ „ „ „ Elisabethenbrunnen .	7,767251
Pyrmont, Salzquelle	7,05747
Kissingen, Rakoczyquelle	5,82205
„ Pandurquelle	5,52071

Fassen wir, der besseren Uebersicht wegen, nochmals alle wesentlichen Punkte unsrer Ausführungen zusammen:

1. Bei der Entstehung der Appendizitis spielen eine große Rolle: einseitige Fleischkost und Obstipation. — Es erwächst hieraus für den Arzt die Aufgabe:

2. Diese übermäßige Ernährung mit Fleisch einzudämmen und nach der vegetarischen Seite hin zu korrigieren, ohne in Extreme zu verfallen, da ihm alsdann die überwiegende Zahl seiner Patienten dauernd weder folgen kann noch will: goldener Mittelweg und individualisieren!

3. Der Praktiker hat sich die Heilung jeder ihm vorkommenden Obstipation angelegen sein zu lassen, er soll nicht blos palliativ mit Abführungsmitteln und Klystieren arbeiten, sondern radikal! Wem hierfür Zeit, Kenntnisse oder Apparate fehlen, der hat die Pflicht, solche „langweiligen“ Fälle dem Spezialisten zu überweisen.

4. Eine Trink- und Badekur ist bei der gründlichen Behandlung der Obstipation nicht immer eine conditio sine qua non. Es gibt eine Reihe von einfachen Fällen, bei denen fleischlose Diät, leichte Hydrotherapie und sonstige Maßnahmen ihre Schuldigkeit tun. Dagegen bleiben

5. eine Anzahl verstopfter Patienten übrig, bei welchen es nur mit Aufbietung aller Kräfte und Zuhilfenahme eingehender sachgemäßer Detailarbeit nebst einer Trinkkur gelingen kann, erfreuliche Erfolge zu erzielen.

Nachschrift.

Während der Drucklegung lese ich soeben in Nr. 2 der „Medizinischen Klinik“ von 1908 in einem Referate über „Verhütung von Appendizitis“ (Referent Dr. Gisler): W. J. Tyson in Folkestone schreibt unter anderem über dieses Thema im Brit. med. Journal, 26. Oktbr. 1907, Seite 1142.

„Die wichtigste und wirksamste Ursache ist wohl die Konstipation, eine Ansammlung unverdauter Speisen oder Fäkalmassen im Darm. Sie kann bestehen trotz täglichem Stuhlgang, ja sogar trotz Diarrhöe.“ (Sterkoraldiarrhöe!)

Tyson beobachtete bei sich selbst zwei Anfälle, beide Male nach mehrtägiger Verstopfung während einer Reise.

„Die früheren Aerzte hielten viel energischer auf die Durchführung einer regelmäßigen Darmtätigkeit als wir. Ihre regelmäßigen Verordnungen von Salzen haben jedenfalls viel zur Verhinderung infektiöser Darmzustände beigetragen. Sie waren gute Beobachter und wußten, daß freier Stuhl das Haupt klar und den Leib kühl hielt. Der Orientale hat eine wahre Abscheu vor Konstipation; er leidet selten an Appendizitis!“

Zur Konstipation kommen noch andre Ursachen, wie Mundsepsis, unnatürliches und starkes Essen (wie in unsren modernen Hotels), unzweckmäßige Nahrung, Alkoholismus in seinen verschiedenen Formen, geschwächte Abdominalmuskeln, unregelmäßige Defäkation!“

Nachdem noch weiterhin auf die verschiedensten Momente, wie schlechte Zähne, mangelhaftes Kauen und zu schnelles Essen usw. hingewiesen wird, schreibt er weiter:

„Viel zu wenig Gewicht legt man auf die natürliche Ernährung der Kinder und vergißt, daß die heute so bevorzugten künstlichen Nährmittel eine schlechte Wirkung auf Magen- und Darmverdauung ausüben.

Zu den häufigen Darmstörungen geben neben der Qualität auch die Quantität der Speisen und der Konsum von auf Eis gelegtem Fleisch, Fisch, Wildpret usw. Veranlassung.

Der Einwand, daß unsre Vorfahren ebensoviel aßen wie wir, wird hinfällig, wenn wir bedenken, daß sie mehr im Freien waren und mehr körperliche Bewegung hatten als wir. Wir essen zu viel und zu rasch und lassen dem Magen nach dem Essen nicht genügend Ruhe.

Würde der Ernährungsfrage in allen Schichten der Bevölkerung mehr Aufmerksamkeit geschenkt, so würde die wohltätige Wirkung auf die Darmstörungen bald zu Tage treten.

Im Zusammenhang damit steht auch die mangelhafte Regulierung der Defäkation und der unzureichende Gebrauch, den wir von unsrer Bauchmuskulatur zur Beförderung des Stuhlganges machen!“

„Die periodischen Trink- und Badekuren, die auf dem Kontinent Mode sind, üben zweifellos einen wohltätigen Einfluß aus und verhüten manche Darmerkrankung.“ — — —

— — — — — — — — — — — — — — — — — —

Bei der Wichtigkeit unsres Themas konnte ich es mir nicht versagen, diese trefflichen Worte des englischen Kollegen als weitere Beweise und wertvolle Bausteine etwas eingehender zu zitieren, und überlasse es jedem Leser, die notwendigen Folgerungen selbst zu ziehen.

REFERATE.

Balneologie.

Uebersichtsreferat von Dr. **Max Hirsch**, Bad Kudowa.

Einen wunderschönen Abriß über die Entwicklung der Balneologie in den letzten Jahrzehnten gab Frankenhäuser (9) in einem Vortrage in der Hufelandschen Gesellschaft. Als wichtigste Merksteine in der Entwicklung der Balneologie stellte er das von dem Deutschen Reichsgesundheitsamte herausgegebene Bäderbuch hin und ferner ein im Anfange des verflossenen Jahrhunderts von dem genialen **Hufeland** verfaßtes Büchlein, in dem 17 deutsche Bäder beschrieben werden. Aber trotz der geringen Anzahl der Bäder hat das Buch doch einen sehr großen Wert, da **Hufeland** nur diejenigen Bäder beschrieben hat, die er aus eigener Anschauung kannte, und weil in dem Büchlein die Praxis eine größere Rolle spielt als die Theorie. Daran habe ja gerade die Entwicklung der Balneologie nach **Hufeland** gekrankt, daß man immer nur theoretische Erwägungen in den Vordergrund rückte und die Praxis und Erfahrung beiseite drängte. Gerade in dem tiefsten Tiefstande der Balneologie wurde vor ca. 30 Jahren die Balneologische Gesellschaft gegründet. Trotz der großen Kluft, die zwischen den Männern der Praxis und denen der Wissenschaft bestand, hielten die Balneologen doch zusammen, und die Gesellschaft entwickelte sich zu ihrer heutigen Höhe. Nach den Arbeiten von **van t'Hoff**, **Arrhenius** u. a. lenkte die physikalische Chemie die Balneologie in neue Bahnen. Nicht die Resorbierbarkeit der Mineralwässer, sondern die eigentümliche Konzentration der Flüssigkeiten traten bei den Bade- und Trinkkuren in den Vordergrund. Nicht die pharmakodynamische als vielmehr die osmotische Wirkung der Brunnen beherrschten das Interesse. **Frankenhäuser** führt die Wirkung der Bäder auf die Salze zurück, die hygroskopisch sind und auf der Haut eine besondere Schicht bilden, wodurch die Oberfläche der Haut einen anderen physikalischen Charakter bekommt. Die bekannte **Senator-Frankenhäusersche** Theorie von der Wirkung der kohlensauren Bäder wird kurz besprochen und die Frage der Radioaktivität gestreift, auf die man jetzt so große Hoffnungen setzt.

Was **Brieger** (4) in seinem Vortrage „Hydrotherapie und innere Medizin" sagt, gilt auch von der Balneologie, die ja der Hydrotherapie so nahe verwandt ist. Es bestehen keine unüberbrückbaren Gegensätze zwischen diesen Disziplinen, sondern sie ergänzen einander. Ihre Indikationen und Kontraindikationen sind scharf abgegrenzt. Aber man soll sich davor hüten, in der Hydrotherapie ein Universalmittel zu suchen oder eine spezielle Behandlungsart, sondern sie soll ebenso wie die anderen therapeutischen Mittel in gleicher Weise überall Anwendung finden, wo sie angebracht ist.

Aus der Klimatologie verdient großes Interesse der Vortrag von **Laqueur** (13) über das Klima und die Heilanzeigen Aegyptens. Nach einigen Winken über die Reise empfiehlt er, Kairo nur als vorübergehende Station zu betrachten und nicht als längeren Aufenthaltsort zu wählen, da es zu sehr Weltstadt ist und demnach zu geräuschvoll. Heluan ist ein ruhiger Platz mit guten hygienischen Einrichtungen. Die Schwefelquellen von Heluan hätten keine andere Wirkung als die europäischen. Luxor und Assuan sind als Kurorte erst im Aufblühen, schwer zu erreichen und ohne hygienischen Komfort. Die Indikationen für den Aufenthalt in Aegypten sind Krankheiten der Nieren in nicht zu weit vorgerücktem Stadium, Rheumatismus mit ausgeglichenem Herzfehler, Lungenkrankheiten im ersten Stadium ohne Fieber und ohne Kavernen, Asthma, Emphysem, Diabetes, depressive Neurasthenie. Die Wirkung besteht hauptsächlich darin, daß die Hautatmung im Wüstenklima eine intensivere ist, und daß es nicht zu Schweißabsonderungen kommt. Vor allem macht er auf die interessante Tatsache aufmerksam, daß man in Aegypten als Gegenstück zu unseren Erkältungskrankheiten sich vor Erwärmungskrankheiten in acht nehmen müsse. Am besten empfiehlt es sich, im November in Kairo einzutreffen, Weihnachten in der Wüste zu sein und im März abzureisen. Der Aufenthalt in Aegypten soll sich nicht auf vier bis sechs Wochen, sondern auf einige Monate ausdehnen.

Nikolas (18) betont in seinem Aufsatz „Ueber die Stellung der Nordseebäder in der heutigen Balneologie" darüber, daß der Fortschritt der Frequenz in den Seebädern ein ganz enormer sei und daß auch die Literatur über die Seebäder stark zugenommen habe. Die Eigenschaften des Seeklimas seien seine reine, staubfreie Luft, größere Luftbewegung, gleichmäßige Temperatur. Er hebt den therapeutischen Wert der Nordsee im Anschluß an die Vorträge von **Grawitz**, **Heubner**, **Posner**, **Koblank**, **Passow** etc. hervor und gibt eine vielleicht etwas zu reichliche Aufzählung der Indikationen der Seebäder.

„Nordseekuren im Winter" (26) empfiehlt eine Reihe von Aerzten aus den Nordseebädern wie **Nicolas**, **Kock**, **Gmelin** und andere.

Mit den Winterkuren beschäftigt sich auch der Artikel „Davos als Zentrum des Wintersports" (23), wie denn überhaupt in neuerer Zeit die Frage der winterlichen Kuren schon aktuelles Interesse gewonnen hat.

Paull (19) hebt den Wert der therapeutischen Seereisen hervor und gibt zunächst an, daß die Wirkung der kalten Seebäder nichts anderes sei als die von Duschen, daß die erwärmten Seebäder einfach Kochsalzthermen entsprächen, daß die Sonnenbestrahlung auf dem Meere sich durch das Luftbad ersetzen ließe. Spezifische Eigenschaften der Meeresluft wären ihr großer Gehalt an Ozon und Sauerstoff, ihr geringer Gehalt an Kohlensäure, ihre Feuchtigkeit, ihre Staub- und Keimfreiheit, ihr Gehalt an Kochsalz und Bromsalzen, ihre Bewegung und ihre größere Dichtigkeit. Demnach wären ihre Wirkungen nervenberuhigend, schlafmachend, expektorierend, stoffwechselbeschleunigend, tonisierend und blutverbessernd. Die Seebadeorte müßten möglichst weit von der Küste entfernt sein. Am günstigsten wäre der Aufenthalt auf einem Schiffe, das je nach den Jahreszeiten seinen Standort ändern könnte. Verf. gibt einen Ueberblick über die Entwicklung der therapeutischen Seereisen, die man erst seit $1^1/_2$ Dezennien kennt. Der Versuch, Seesanatorien zu gründen, wie sie **Schweninger** und die Hamburg-Amerika-Linie beabsichtigten, ist nicht zur Ausführung gekommen. Verf. beschäftigt sich sodann damit, die Bedingungen der therapeutischen Seereisen festzustellen und die Bauart eines solchen Seesanatoriums des genaueren zu schildern.

Von balneographischen Arbeiten ist „die Entwicklung der ungarischen Bäder in den letzten Jahren", wie sie **Preysz** (20) beschreibt, sehr interessant. Von den ungarischen Bädern hätten sich einige schon in uralten Zeiten entwickelt, andere im vorigen Jahrhundert und in neuester Zeit die Plattenseebäder, auf die man dadurch aufmerksam wurde, daß die Weinstöcke infolge ihres Wassers zerstört wurden. Untersuchungen dieses Wassers ergaben sodann ihren therapeutischen Wert.

Kuljabko (12) schildert die Aufgaben der russischen Bäder, die sich zum größten Teil in einem jämmerlichen Zustand befinden, wenn auch ihr balneologischer Wert nicht zu unterschätzen ist. Es liegt das an den unreifen kulturellen Verhältnissen in Rußland, die erst gebessert werden müssen.

In St. Moritz sind Quellenfassungen aus der Bronzezeit (27) gefunden worden, die Beweise für das ehrwürdige Alter des Bades sind, das nach diesen Funden auf 3000 Jahre anzuschlagen ist.

Ludwig (15) beschreibt die Thermen Karlsbads, deren Entdeckung schon im 12. Jahrhundert stattgefunden haben soll. Urkundlich kommt Karlsbad zuerst im Jahre 1370 vor und 1376 beherbergte es Kaiser Karl IV. als Kurgast. Die erste chemische Untersuchung wurde im Jahre 1770 von Dr. David **Becher**, Brunnenarzt in Karlsbad, vorgenommen und ist für ihre Zeit eine bewundernswürdige wissenschaftliche Leistung. Nach einer Lobpreisung Karlsbads betont **Ludwig** die Wichtigkeit des Quellenschutzes, da ja die Quellen einen unersetzbaren Schatz für die Nation bedeuten.

Eine weitere Beschreibung Karlsbads gibt **Drobny** (6), während **Scherrer** (21) seine Quellenarbeiten in Karlsbad eingehend beschreibt.

Marcuse (17) schildert das Wesen und die Bedeutung des Salzbrunner Oberbrunnens.

Eine treffliche Abhandlung von wissenschaftlichem Werte ist das Buch von **Loebel** (14) über „die Entwicklung des Bades Dorna". Das Buch dürfte für alle Bäderbeschreibungen mustergültig sein. Neben der ausführlichen Geschichte der Entwicklung des Bades wird sein Klima, seine meteorologische Beschaffenheit und der Charakter seiner Quellen eingehendst geschildert, die Kuranlagen und Bäder gut beschrieben und die Heilanzeigen in wissenschaftlich einwandfreier Weise unter Anführung der großen Literatur, die hauptsächlich **Loebel** selbst zu verdanken ist, zur Darstellung gebracht.

Der Magistrat der Stadt Meran (25) gibt einen künstlerisch schön ausgestatteten Prospekt mit der Beschreibung des neuerbauten Kurmittelhauses in Meran heraus, das als Muster einer modernen Anstalt geschildert ist. Rühmenswert ist die Anlage eines Volksbades in dem Seitenflügel des Kurmittelhauses. An Material und Raum ist in der neuen Anstalt nicht gespart und allen modernen Heilfaktoren Rechnung getragen worden. Merkwürdig berührt es, daß Meran durch die vielfache Anwendung künstlicher Bäder seine Indikation zu erweitern sucht und die Konkurrenz mit Bädern aufnehmen will, die sich natürlicher Heilkräfte erfreuen. Bemerkungen, wie „Meran ist auf dem besten Wege, ein Herzheilbad ersten Ranges zu werden", weil es die Nauheimer Kohlensäurebäder nachahmt, oder die Angabe „radioaktive (sogenannte künstliche Gasteiner) Bäder" sollten in Prospekten, die Aerzten in die Hände gegeben werden, vermieden werden.

Hintz und Grünhut (10) beschreiben die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Martinusquelle zu Orb, welche als erdig-sulfatischer Kochsalzsäuerling angesprochen wird.

Interessant ist die durch die ganze Presse geschickte Notiz über den Wiener Radiumschatz (33). 10000 kg Uranpechblende haben 3 g Radium gegeben. 1 g Radium hat den Wert von 180000 Kr., zumal seine Verarbeitung 44000 Kr. kostet. Mit diesen 3 g Radium werden im Wiener Laboratorium Versuche angestellt. Die österreichische Regierung, welche in Joachimsthal in Böhmen die größten Radiumgebiete besitzt, stellte dem großen Forscher auf dem Gebiete des Radiums Sir Ramsay den Bruchteil eines Gramms Radium für Versuchszwecke zur Verfügung.

Unter den balneo-therapeutischen Aufsätzen und Arbeiten der letzten Zeit verdient die Arbeit von Benderski (2) über das Bergabsteigen besonderes Interesse. Nach einer günstigen Beurteilung der Oertelschen Kur beschreibt Verf. den Unterschied zwischen dem Auf- und Absteigen. Beim Aufsteigen bleibt der Leib relativ ruhig, während er beim Abstieg erschüttert wird. Dadurch wird die Peristaltik erhöht, sodaß wir bei der balneologischen Behandlung der Obstipation von dieser Uebung ausführlichen Gebrauch machen sollen. Bei erlaubtem Steigen ist der Abstieg verboten, wenn Neigung zu Appendizitis besteht oder heftige Leibschmerzen, nach entzündlichen Prozessen im Leib, Wanderniere, Magen- und Darmgeschwüren, Hernien etc. In solchen Fällen soll man die Berge hinauf gehen und abwärts fahren, während in anderen Fällen der Bergaufstieg zu verbieten und der Abstieg indiziert ist.

Klinische Untersuchungen über die Viskosität des Blutes nach dem Gebrauch von Mineralwässern verdanken wir Boveri (3), der mit dem Wasser von San Pellegrino mit Determanns Viskosimeter an Gesunden und Kranken Untersuchungen anstellte. Er fand in allen Fällen eine Abnahme der Viskosität, und zwar betrug die Differenz bei Gesunden 0,6 bis 0,8, bei Kranken 1,2 bis 1,5. Die Verminderung der Viskosität erleichtert die Herzarbeit. Bei Uratikern fand er stets Hyperviskosität. Da das Wasser von San Pellegrino die harnsaure Diathese günstig beeinflußt und auch die Viskosität herabsetzt, nimmt er an, daß die Herabsetzung der Viskosität in der Behandlung der harnsauren Diathese von Wichtigkeit ist.

Die hygienische Seite der Balneologie ist in einem Auszug aus Mamlocks (19) Briefen Friedrichs d. Gr. an Aerzte durch einen wertvollen Beitrag bereichert worden. In diesem Aufsatz ist das Bestreben Friedrichs d. Gr. geschildert, die Hygiene in den schlesischen Bädern zu verbessern, denen von Landeck und Kudowa eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet ist.

In der Abhandlung über den „Barackenbau" empfiehlt am Ende (7) eine möglichst große Verwendung der Döckerschen Baracken in Kurorten, da deren Einwohnerzahl fortwährend schwankt und Baracken schnell errichtet und schnell abgebrochen werden können. Baracken seien notwendig in Kurorten zur Unterbringung von Infektionskranken, gegen deren Eindringen ein Badeort sich nicht schützen kann.

Die wirtschaftliche Seite der Balneologie stand unter dem Einflusse der Verhandlungen im preußischen und im böhmischen Landtag über das Quellenschutzgesetz. Die natürliche Folge davon war eine recht stattliche Zahl von Abhandlungen in allen balneologischen Zeitungen, die sich mit dieser Frage beschäftigten (8, 28, 29, 30, 31, 32).

Kisch (11) schildert in der Erörterung über gemeinsame Arbeiten der Quellenbesitzer und Kurärzte die Zunahme der Frequenz der Bäder und der therapeutischen Erkenntnis von dem Wert der Badeorte. An die Stelle der Empirie sei die klinische Beobachtung und das wissenschaftliche Experiment getreten. Den Aerzten stände die Aufgabe zu, durch wissenschaftliche Arbeiten den Wert der Bäder zu heben, die Quellenbesitzer hätten die Pflicht, die Bäder in stand zu halten und für hygienische und sanitäre Maßregeln Sorge zu tragen. Nur das gemeinsame Arbeiten von Badebesitzer und Kurarzt kann zu segensreichen Folgen führen.

Einige Arbeiten beschäftigen sich mit der Entstehung der Bäder. Sehr interessant ist die von Delkeskamp (5), der die Herkunft der natürlichen Kohlensäure schildert. Er unterscheidet zwischen vadoser und juveniler Kohlensäure. Erstere könne aus der atmosphärischen Luft stammen oder aus Braunkohlen-, Torf- und Moorlagern oder aus Kalkstein; letztere sei die letzte Phase vulkanischer Tätigkeit und unbedingt von größerer Bedeutung.

Baur (1) gibt einen Beitrag zur Entstehungsgeschichte der Mineralquellen, der aber nicht genügend geprüft und unvollkommen ist und gelegentlich mineralquellentechnischer Arbeiten beobachtet wurde.

Ueber künstliche Mineralwässer sind geschichtliche Beobachtungen mitgeteilt, wonach 1688 Dr. Willis, Arzt in England, und in derselben Zeit ein Arzt in Lyon künstliche Mineralwässer herstellten. Letzterer machte das Emser, Aachener und Wiesbadener Wasser so nach, daß sein Erfolg mit dem natürlichen gleich zu sein schien.

Die unangenehmen Nebenerscheinungen der Mineralwässer werden in einer Arbeit über ihren Jodoformgeruch (24) beschrieben. Es scheint, daß Mikroorganismen die Schuld an der Bildung von Schwefelwasserstoff in den Mineralwässern trügen, die aber nur dann vorkämen, wenn in den Flaschen Verunreinigungen wären.

Wagner (22) widerlegte die Angabe eines englischen Arztes, wonach tödliche Dosen von Antimon aus dem Gummiverschluß der Mineralwasserflaschen in die Mineralwässer selbst übergingen. Die sich hieran anschließende Preßpolemik konnte die Arbeiten Wagners in ihrem Werte doch nicht herabsetzen und dürfte zum mindesten als überflüssig angesehen werden.

Literatur:

1. Baur: Ein Beitrag zur Entstehungsgeschichte der Mineralquellen. Intern. Mineralquellen-Zeitung, 1907, Nr. 174.
2. Benderski: Ueber Bergabsteigen. Zeitschrift für physik. und diät. Therapie, Band 9, Heft 8.
3. Boveri: Ueber Veränderungen der Viskosität des Blutes nach Gebrauch von Mineralwässern. Blätter für klin. Hydrotherapie, 1907, Heft 11.
4. Brieger: Hydrotherapie und innere Medizin. Zeitschrift für physik. und diät. Therapie, Band 11, Heft 8.
5. Delkeskamp: Die Herkunft der natürlichen Kohlensäure. Int. Mineralquellen-Zeitung 1907, Nr 172—174.
6. Drobny: Brunnen, Kolonnaden und Badehäuser von Karlsbad in alter und neuer Zeit. Balneolog. Zeitung, 1907, Nr. 35—37.
7. am Ende: Die Barackenbauten und ihre Bedeutung für die Kurorte. Balneolog. Zeitung, 1907, Nr. 28.
8. Fleischner: Die Gesetzgebung zum Schutz der Heilquellen in Europa. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 31—33.
9. Frankenhäuser: Die Entwicklung der Balneologie in den letzten 30 Jahren.
10. Hintz und Grünhut: Chemische und physikal.-chemische Untersuchung der Martinusquelle in Orb. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 32.
11. Kisch: Ueber gemeinschaftliche Arbeit der Quellenbesitzer und Kurärzte. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 29.
12. Kuljabko: Die Aufgaben der russischen Bäder. Russ. med. Rundschau 1907, Heft 12.
13. Laqueur: Bemerkungen über das Klima und die Heilanzeigen Aegyptens. Zeitschr. für physik. und diät. Therapie, Bd. 11, Heft 8.
14. Loebel: Entwicklung, technische Einrichtung und therapeutische Bedeutung des Bades Dorna. Wien 1906.
15. Ludwig: Die Thermen Karlsbads. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 29.
16. Mamlock: Korrespondenz Friedrichs des Großen mit Aerzten. Stuttgart 1907.
17. Marcuse: Der Oberbrunnen in Bad Salzbrunn. Illustr. Badeblatt 1907, Nr. 29.
18. Nicolas: Ueber die Stellung der Nordseebäder in der heutigen Balneologie. Int. Mineralquellen-Zeitung 1907, Nr. 175—177.
19. Paull: Ueber therapeutische Seereisen mit besonderer Berücksichtigung der Nordlandfahrten der Hamburg-Amerika-Linie. Zeitschrift für physik. und diät. Therapie, Band 11, Heft 9.
20. Preysz: Entwicklung der ungarischen Bäder in den letzten Jahren. Int. Mineralquellen-Zeitung 1907, Nr. 174.

21. Scherrer: Die Scherrerschen Arbeiten in Karlsbad. Balneolog. Ztg. 1907, Nr. 28.
22. Wagner: Untersuchung über den Antimongehalt und Antimonverlust der zu den Patentverschlüssen gehörigen Gummiringe. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 20.
23. Davos als Zentrum des Wintersports. Illustr. Badeblatt 1907, Nr. 29.
24. Der Jodoformgeruch bei Mineralwässern. Int. Mineralquellen-Zeitung 1907, Nr. 173.
25. Das neue Kurmittelhaus in Meran. 1907.
26. Nordseekuren im Winter. Illustr. Badeblatt 1907, Nr. 29.
27. Eine Quellenfassung aus der Bronzezeit. Illustr. Badebl. 1907, Nr. 29.
28. Die Quellenschutzgesetzgebung. Illustr. Badeblatt 1907, Nr. 29.
29. Das preußische Quellenschutzgesetz. Int. Mineralquellen-Zeitung 1907, Nr. 178.
30. Preußisches Quellenschutzgesetz. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 34.
31. Quellenschutzgesetz in Oesterreich. Balneolog. Zeitung 1907, Nr. 28.
32. Ein Quellenschutzgesetz für Böhmen. Int. Mineralquellen-Zeitg. 1907, Nr. 175.
33. Der Radiumschatz in Wien. Int. Mineralquellen-Zeitg. 1907, Nr. 178.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster,** Freiburg i. B.

1. **Ueber die Beziehungen des Typhus und Paratyphus zu den Gallenwegen.** Von Forster. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

2. **Ueber Typhusbazillenträger in Irrenanstalten.** Von Grimme. Ibidem.

1. Die Tatsache, daß es gelingt, schon während der Inkubationszeit bei Leuten, die nachträglich an Typhus erkranken, Typhusbazillen im Blut und Stoffwechselprodukte der Typhusbazillen im Blutserum nachzuweisen, zwingt zu der Annahme, daß wir beim Typhus eine andere Art der Infektion annehmen müssen, als es bisher der Fall war. Die Typhusbazillen entwickeln sich primär nicht im Darmkanal, sondern dringen — vielleicht schon von dem Rachen aus — in den Säftestrom des Körpers, gelangen in Leber und Galle, vermehren sich dort intensiv — entzündlich veränderte Galle ist experimentell als guter Typhusnährboden bewiesen — und gelangen mit der Galle in den Dünndarm; eine Vermehrung der Bazillen findet im Darm wahrscheinlich nicht oder nur in geringem Grade statt. Bei Paratyphus scheint auch eine lebhafte Vermehrung im Darm stattzufinden. Mit der Genesung verschwinden für gewöhnlich die Bazillen aus Galle und Darm, doch bleiben bei einem beträchtlichen Prozentsatz auch nach dem Verschwinden aller Krankheitserscheinungen Typhusbazillen in der Galle erhalten. Solche „Bazillenträger" stellen eine ständige Infektionsgefahr dar, und F. konnte von 386 Typhusfällen 20% als von Bazillenträgern ausgehend nachweisen. 79% der Bazillenträger sind Frauen, und da etwa ein gleicher Prozentsatz von allen an Gallensteinen Leidenden Frauen sind, so deutet dies darauf hin, daß zwischen Bildung von Gallenstein und langdauernder Vegetation von Typhusbazillen Beziehungen bestehen müssen. Bis jetzt ist es noch mit keinem Mittel sicher gelungen, die Typhusbazillen in der Galle bei Bazillenträgern zum Verschwinden zu bringen, eine Aufgabe, die für die Typhusbekämpfung von der größten Wichtigkeit ist. Die Anschauungen F.s, die wissenschaftlich durchaus gestützt erscheinen, mögen manchem überraschend sein, hoffentlich werden auf dieser Basis die Typhusbekämpfungen von besserem Erfolg gekrönt sein, als dies bisher der Fall war.

2. Typhusbazillenträger wurden bisher besonders häufig unter den älteren und schwächlichen Insassen von Irrenanstalten gefunden, und man hatte diese Tatsache so zu erklären versucht, daß Typhus für Psychosen disponiere und bei geschwächten psychisch Kranken Typhusbazillen besonders leicht im Organismus sich dauernd erhielten. Beide Annahmen weist G. mit Recht zurück, erkennt aber die besondere Bedeutung der Typhusbekämpfung in den Irrenanstalten vollauf an. Die Gefahr, welche ein geisteskranker Bazillenträger für seine Umgebung darstellt, ist eine sehr große, aber die Isolierung, welche bei dem Fehlen einer spezifischen Behandlungsmethode gegenwärtig den größten Schutz gegen Infektion abgibt, wird von vielen psychisch Erkrankten schlecht vertragen und ist deshalb ein zweischneidiges Hilfsmittel. Eine erhebliche Schwierigkeit ergibt sich auch bei der Beantwortung der Frage: darf man Geisteskranke, die der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, entlassen, wenn sie als Bazillenträger erkannt sind? G. ist der Ansicht, daß nur von Fall zu Fall entschieden werde könne, eine Ansicht, der man gewiß beipflichten muß, doch glaube ich, daß man in solchen Fällen das Allgemeinwohl besonders hoch anschlagen muß, auch auf die Gefahr hin, daß dadurch die Zahl der in Anstalten verpflegten Geisteskranken etwas vergrößert würde, denn man hat schon bei durchaus geistesgesunden Bazillenträgern häufig die Erfahrung gemacht, daß eine dauernde unschädliche Beseitigung der ausgeschiedenen Bazillen (Desinfektion der Fäzes) auf große Schwierigkeiten stößt. Zum Schlusse weist G. darauf hin, daß man bei geisteskranken Bazillenträgern, welche Isolierung nicht vertragen, sich leichter zu einer chirurgischen Behandlung der Gallenblase (in der ja gewöhnlich das Weiterwachsen der Typhusbazillen stattfindet) entscheiden wird.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Kasuistischer Beitrag zur Frage der Prognose beim Verschlucken von Fremdkörpern mit ungünstiger Oberfläche.** Von W. Fischer. Münchn. med. Wochenschr., 1907, S. 2642.

2. **Offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines fünfmonatigen Mädchens.** Von J. S. Manson. Lancet., 1908, I, S. 20.

3. **Ueber Lungenabszesse bei Säuglingen.** Von L. Baron. Berl. klin. Wochenschr., 1908, S. 98.

4. **Zur Diätetik der Frühgeborenen.** Von H. Cramer. Monatsschrift f. Kinderheilk., Bd. 6, Nr. 10, S. 489.

5. **Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit.** Von H. Koeppe. Ibidem, S. 496.

6. **Ueber den diagnostischen Wert tastbarer Kubitaldrüsen bei Säuglingen.** Von A. Reiche. Ibidem, S. 511.

1. Fischer teilt einen Fall von Verschlucken einer offenen Sicherheitsnadel durch einen zehn Monate alten Säugling mit. Die Gefahr, in der das Kind geschwebt hatte, wurde erst erkannt, als die Nadel mit den Fäzes nach vier Wochen zu tage kam.

2. Daß ein derartiger glücklicher Ausgang wie unter 1. mitgeteilt nicht vereinzelt ist, beweist die sehr ähnliche Beobachtung von Manson. Hier wurde der Verlust der Nadel bei einem fünf Monate alten Mädchen bemerkt, und eine Röntgendurchleuchtung zeigte, daß sie offen, mit der Spitze kranialwärts im Oesophagus steckte. Da eine Extraktion unter diesen Verhältnissen aussichtslos schien, stieß Verf. die Nadel mittels Schlundsonde in den Magen hinab und sah sie nach sechs Tagen den Anus passieren, ohne daß sie weiteres Unheil angerichtet hätte. Die beiden Fälle beweisen zwar, daß man in einem derartigen Unglücksfall die Hoffnung auf eine Naturheilung nicht aufzugeben braucht, lassen aber Fischers Forderung gerechtfertigt erscheinen, daß Nadeln zum Befestigen von Wäschestücken niemals an einer für das Kind erreichbaren Stelle angebracht werden sollen.

3. L. Baron gelang es, bei einem fünf Wochen alten, frühgeborenen Säugling auf Grund des Ergebnisses einer Probepunktion einen Lungenabszeß zu diagnostizieren und durch Thorakotomie und Rippenresektion zu heilen. Es ist dies der erste Heilungsfall im Säuglingsalter.

4. Im allgemeinen ist es üblich, bei der Nahrungszufuhr für Frühgeborene von der in der Kinderheilkunde sonst allgemein anerkannten Regel der vierstündigen Nahrungspausen abzugehen und diesen Kindern 10 bis 12mal taglich oder noch öfter Nahrung zu reichen; dabei pflegt man das Kalorienbedürfnis dieser Kinder, auf ihr Körpergewicht berechnet, höher in Anschlag zu bringen als bei gesunden Säuglingen. Nur Czerny und Keller sind bisher für die strikte Durchführung der vierstündigen Nahrungspausen auch bei frühgeborenen und debilen Kindern eingetreten mit der Motivierung, daß alle die Gründe, welche uns bestimmen, beim gesunden Kinde lange Nahrungspausen zu verlangen, erst recht Geltung haben, wenn es sich um ein debiles handelt.

Cramer teilt drei genaue Beobachtungen mit, welche beweisen, daß nicht nur der letztere Gesichtspunkt auf die Praxis der Frühgeborenenernährung sich mit bestem Erfolge anwenden läßt, sondern daß auch ein erhöhtes Kalorienbedürfnis für die ersten 13 Lebenstage nicht in Betracht gezogen werden darf. Die Mitteilungen beschränken sich auf diese erste Lebenszeit und speziell die Frage des Kalorienbedürfnisses darf auf die Folgezeit gewiß nicht ohne weiteres übertragen werden. Dagegen wird man wohl mit dem Verf. den Schluß gerechtfertigt halten, daß es zweckmäßig ist, auch bei Frühgeborenen nur fünf- bis sechsmal im Verlauf von 24 Stunden die Brust oder abgepumpte Muttermilch zu reichen, wozu noch eventuell eine Teemahlzeit käme. Ein Unterschied gegenüber dem ausgetragenen Kinde wäre nur insofern zu machen, als wir bei diesem ruhig auf das Erscheinen der Milch bei der Mutter warten können und sollen, während man genötigt ist, beim Lebensschwachen schon in den beiden ersten Lebenstagen vier bis fünf Mahlzeiten — allerdings in sehr kleinen Portionen — zu verabfolgen.

Daß es exzeptionelle Fälle geben kann, in denen man genötigt ist, wegen der Unmöglichkeit, irgend erheblichere Mengen zu schlucken oder zu behalten, kleinste Mengen viel häufiger zuzuführen, wird vom Verf. selbst erwähnt.

5. Die von Koeppe mitgeteilte wertvolle klinische Beobachtung an einem Säugling mit Hirschsprungscher Krankheit (Megakolon kongenitum) ist geeignet, die Ansichten über die Pathogenese dieses in den letzten Jahren immer häufiger in seinen Anfangen diagnostizierten Leidens in einem neuen Licht erscheinen zu lassen. Während man ursprünglich annahm, man hätte es mit einem angeborenen Leiden zu tun, haben sich in den letzten Jahren die Stimmen gehäuft, welche für die Mehrzahl der Fälle die kolossale Erweiterung des Dickdarms als Folgezustand eines mechanischen Hindernisses auffassen. Als solches Hindernis schien speziell die Abknickung einer übermäßig lang angelegten Flexura Sigmoidea bei ihrem Uebergang in das Rektum in Frage zu kommen, und es sind auch einige Heilungsfälle infolge regelmäßiger Sorge für Stuhlentleerung durch hohe Einführung eines Darmrohrs über die Darmabknickung hinauf berichtet. Die Koeppesche Beobachtung läßt die bisher nur von Fenwick verfochtene Ansicht, daß eine spastische Kontraktur des Sphinkter ani und der Rektalmuskulatur als primäre Grundlage des Leidens zu betrachten sei, für seinen Fall als gesichert erscheinen. Koeppe konnte den elastischen Schnürring im oberen Rektum mit dem Finger deutlich feststellen. Auch Ref. möchte glauben, daß die von Koeppe nachgewiesene Aetiologie bei der Betrachtung des Krankheitsbildes große Beachtung verdient und für die Therapie wertvolle Fingerzeige gibt. Es wären in solchen Fällen Antispasmodika, Opium oder bei der Empfindlichkeit des Säuglingsalters gegen Opium Extraktum Belladonna oder Atropin in Anwendung zu ziehen. Sie dürften allerdings vielleicht nur wirken, wenn die Diagnose früh gestellt wird, da später der ausgebildete Folgezustand, das Megakolon durch sie wohl unbeeinflußt bleiben wird. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, daß kürzlich Schreiber (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 12) bei einem 20jährigen Mädchen rektoskopisch einen Dauerspasmus der untersten Flexur als Ursache eines in Entwicklung begriffenen Megakolon erkannte und durch Opiumdarreichung einen glänzenden Heilerfolg erzielte.

6. Die Diagnose der nicht floriden Lues hereditaria bei Säuglingen ist bekanntlich sowohl in Hinblick auf Ammenfragen wie auf eine geeignete Ernährung und Therapie eine ebenso wichtige wie schwierige. Unter den klinischen Symptomen, die einen Luesverdacht beim Saugling besonders zu stützen vermögen, genießen die fühlbaren Kubitaldrüsen eine große Wertschätzung. Hochsinger und Heubner haben sich kürzlich für deren diagnostische Bedeutung ausgesprochen. Reiche kommt auf Grund spezieller Untersuchungen dieser Verhältnisse zu folgenden Schlüssen:

Tastbare Kubitaldrüsen kommen zwar sehr häufig bei Lues kongenita vor (9 von 13), sie beruhen aber nicht ausschließlich auf Lues, sondern können bei jeder Entzündung in ihrem Quellgebiet derart anschwellen, daß sie tastbar werden. Sie sind nur mit Vorsicht bei der Diagnosenstellung der Lues zu verwerten und nur dann, wenn noch andere Symptome den Verdacht auf Lues unterstützen. Es ist daher nicht angängig, ihre Bedeutung für die Diagnose der Lues kongenita mit der Schärfe hervorzuheben, wie es Hochsinger tut; das könnte einmal unnötige Beunruhigung hervorrufen oder zu Fehldiagnosen Anlaß geben. Auch die Tastbarkeit der seitlichen Thoraxlymphdrüsen ist nur mit Vorsicht zu verwerten.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich**, Berlin, Leiter der Säuglingsfürsorgestelle 5.

1. **Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene.** Von Elsbeth Krukenberg. Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge, 1908, Bd. II, H. 1.

2. **Ueber den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit der Erwachsenen nebst Bemerkungen über die Stilldauer.** Von Friedjung. Wien. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 20.

3. **Die Pflege des Kindes in den zwei ersten Lebensjahren.** Von Schloßmann. Veröffentl. des Vereins f. Volkshygiene, Heft XIII. München-Berlin, bei Oldenbourg. 40 Seiten. Preis 30 Pf.

1. Die Hebammenfrage ist zur Zeit akut.

Elsbeth Krukenberg kommt in ihren Ausführungen zu folgenden brauchbaren Vorschlägen.

Um die unzureichende Ausbildung der Hebammen auf dem Gebiet der Säuglingspflege zu verbessern, sollten die Wöchnerinnen mit ihren Kindern längere Zeit in den Lehranstalten bleiben, ferner sollten die Hebammen auch in den Säuglingsasylen ausgebildet werden.

Wiederholungs- und Fortbildungskurse müßten eingerichtet werden.

Vor allem aber muß für eine Besserung des Standes gesorgt werden. Durch bessere Besoldung und Altersversorgung muß versucht werden, gerade auch Frauen mit guter Schulbildung aus guten Kreisen zu diesem echt weiblichen Berufe heranzuziehen.

Bedenkt man, daß die Hebammen meist die ersten und in den ersten Wochen nach der Entbindung oft die einzigen Berater der Mutter für die Säuglingsernährung sind, so leuchtet die Zweckmäßigkeit der Vorschläge des Verf. ohne weiteres ein.

Von anderer Seite ist — wie Ref. hinzufügt — vorgeschlagen worden, daß die Hebammen ex officio in jedem Fall, wo nach ihrer Ansicht die natürliche Ernährung nicht durchzuführen geht, einen Arzt benachrichtigen sollen, daß es ihnen selbst also verboten sein soll, die künstliche Ernährung einzuleiten.

2. Die große Bedeutung der Brusternährung für die Gesundheit nicht nur des Säuglings sondern auch des Erwachsenen erhellt aus der hübschen Untersuchung Friedjungs. Man weiß noch wenig darüber, wie sich das Schicksal der Brust- und Flaschenkinder später gestaltet.

Eigentlich existiert nur eine Mitteilung Monots aus dem Jahre 1874, daß in einem Arrondissement, in dem wenig gestillt wird, 31% der jungen Leute militäruntauglich sind, während in einem anderen Bezirk, in dem das Stillen verbreitet ist, nur 18% dienstuntauglich sind.

Verf. prüfte den Einfluß des Stillens auf das spätere Lebensalter an Mitgliedern des Wiener Arbeiterturnvereins nach. Es stellte sich heraus, daß bei der gleichen Turnübung diejenigen, die Brustnahrung erhalten hatten, am besten abschnitten, und zwar ging die Güte der Leistung parallel der Dauer des Stillens

3. Die Bedeutung, die die Sozialhygiene der Ernährung des Säuglings beimißt, kommt lebhaft zum Ausdruck in der mächtigen, jetzt in allen Kulturländern blühenden Propaganda für rationelle Ernährung und Pflege des Säuglings.

Mit dem ihm eigenen schriftstellerischen Geschick hat nun auch Schloßmann, einer der Väter der deutschen Säuglingsfürsorge, ein Heftchen geschrieben, das in gemeinverständlicher Form die Mütter über die Grundsätze einer vernünftigen Säuglingshygiene belehrt. Unnötig zu sagen, daß das kleine Heft für seinen Zweck außerordentlich geeignet ist.

Die beabsichtigte Massenverbreitung wird hoffentlich nicht ausbleiben.

Nervenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **Toby Cohn**, Berlin.

1. **Die Heilung der Neurasthenie, ein ärztlich-pädagogisches Problem.** Von Wanke-Friedrichroda. Versamml. mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen in Leipzig am 26. u. 27. Okt. 07. Nach d. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 1907, 15. Dez.

2. **Die Sanatorien für Nervenleidende und die Arbeitstherapie.** Von G. Chr. Schwarz. Psychiatr.-neurol. Wochenschr., 1907/1908, 9. Jahrg., Nr. 39 bis 44.

3. **Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedowii.** Mediz. Klinik, 1908, Nr. 1 u. 2.

4. **Lues, Tabes und Paralyse in ihren ätiologischen und therapeutischen Beziehungen zum Lezithin.** Von Georg Peritz. Berl. klin. Wochenschr., 1908, 13. Jan.

5. **Ueber Luftinjektionen.** Von Löwenthal-Braunschweig. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 4.

6. **Heilung der Ischias.** Von O. Ziemßen-Wiesbaden. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 2.

7. **Indikationen für Anwendung des Neuroroborin.** Von Dr. J. Weiß. Aerztl. Zentralzeitg., 1908, Nr. 3.

8. **Die Erweiterung und Erläuterung der Dr. Rosenbergschen antiepileptischen Therapie.** Von Dr. Josef Rosenberg-Berlin. Ibidem, Nr. 1 bis 3.

1. Das Wesen der Neurasthenie hat sich nach Wanke im Laufe der Zeit insoweit geändert, daß an Stelle der „reizbaren Schwäche“ andere Züge der psychischen Veränderung — Zanksucht, Launenhaftigkeit, Rücksichtslosigkeit, Herrschsucht — getreten und paranoide Beeinträchtigungsideen zu beobachten sind. Dementsprechend muß sich auch die Therapie ändern; sie muß aus der physikalisch-diätetischen, schematischen Sanatoriumskur eine individualisierende pädagogische werden, die zum größten Teile dem ärztlichen Vertrauten, dem Hausarzte, zufällt: unter Mitwirkung des Patienten selbst muß ihm allmählich Geduld, Energie, Stetigkeit und Regelmäßigkeit in der Pflichterfüllung, Rücksicht und Selbstlosigkeit beigebracht werden.

2. Die Artikelserie von Schwarz, dem technischen Leiter in Dr. Woringers Sanatorium Schirmeck i. Els., ist annähernd eine monographische Darstellung der „Arbeitstherapie“ in ihren verschiedenen Variationen, die nach der Art der in Frage kommenden Krankengruppen gesonderte Formen annehmen müssen. Es ist unmöglich, in einem Referate alle die aus der ausgedehnten Erfahrung des Verf.s hervorgegangenen, äußerst durchdachten und weitschauenden Ratschläge zur Ausgestaltung der öffentlichen Heilstätten im Sinne einer systematischen Erziehung der „funktionell“ Nervenkranken zu brauchbaren Arbeitern wiederzugeben. Es soll nur ausdrücklich betont werden, daß nach Meinung des Ref. der Verf. nicht zu viel sagt, wenn er die Arbeitstherapie als die Therapie für funktionelle Nervenleiden bezeichnet, weil sie diese Krankheiten an der Wurzel faßt, und es ist eine Freude, aus dieser für jeden Arzt lesenswerten Arbeit zu ersehen, welche vortrefflichen Erfolge schon jetzt in den leider noch so spärlichen Instituten der in Rede stehenden Art (sie werden einzeln aufgeführt und genau in ihren Arbeitsplänen beschrieben) erzielt werden. Man kann nur hoffen, daß öffentliche und private Mittel recht bald eine Vermehrung und Ausgestaltung dieser Anstalten ermöglichen.

3. Die Redaktion der „Medizinischen Klinik“ hat sich mit ihrer Umfrage an eine Reihe hervorragender Internisten und Chirurgen gewandt und publiziert einen Teil der erhaltenen Antworten. Von internen Medizinern kommen zu Worte Erb, v. Strümpell, Eulenburg, Eichhorst, von Chirurgen Bier und Kocher. Während die beiden letztgenannten einmütig dafür plädieren, jeden Basedow bis auf die vorgeschrittensten Fälle operativ zu behandeln, stellen die Internisten immer noch die übrigen therapeutischen Methoden in den Vordergrund. Relativ am meisten der Operationsbehandlung geneigt erweist sich Erb, nach ihm Strümpell, aber auch sie beschränken die chirurgische Indikation auf die schweren, renitenten oder rasch sich entwickelnden Fälle; Eichhorst äußert sich noch vorsichtiger und Eulenburg hält die Behandlung des Basedow vorerst noch für „innermedizinischen Besitz mit einem Notausgang nach der chirurgischen Seite“.

Einmütig sprechen sich alle Befragten über die unsichere und oft versagende Wirkung des Antithyreoidin und Rodagen aus, günstig dagegen über die Erfahrungen der Behandlung mit Arsen- bezw. Eisen-Arsenpräparaten (Chinin, Brom, Baldrian, Ergotin, Digitalis, Lezithin kommen ebenfalls in Betracht). Eulenburg empfiehlt auch Spermin. Poehl. Das Wichtigste ist und bleibt nach der Meinung der Internisten die Allgemeinbehandlung und die physikalisch-diätetischen Verfahren, also Ruhe, Luft- und Liegekuren (nach Erb besonders Höhenluft), Ernährung, Hydrotherapie und namentlich Elektrotherapie.

4. Stoffwechseluntersuchungen bei Tabes und Taboparalyse haben Peritz eine Erhöhung der Lezithinausscheidung im Kot gezeigt, die bei zwei Tabikern durch intramuskuläre Lezithininjektionen erheblich vermindert wurde. Bei einem Tabiker schwanden durch die Injektionen die Antitoxine. P. nimmt hypothetisch an, daß bei den genannten Krankheiten durch die Affinität des Luestoxins zum Lezithin der Körper und namentlich das viel Lezithin enthaltende Zentralnervensystem eine Verarmung an dieser außerordentlich wichtigen Substanz erleidet: sie wird schon im Blute abgefangen und gelangt nicht zu den Organen. Das allein kann selbst bei Fortfall des Toxineinflusses das Fortschreiten der Tabes erklären. In der Tat hat Verf. in 9 Fällen von 18 durch Injektionen großer Lezithindosen (Lezithin „Agfa“, Ampullen à 2 g, ausgezeichnet sterilisiert) günstige therapeutische Erfolge erzielt: Wiederkehr der Sensibilität, der Lichtreaktion, Schwinden des Rombergschen Phänomens, der Schmerzen, der Obstipation.

5. Löwenthal empfiehlt gegen chronisch entzündliche Veränderungen an Nervenstämmen, an Muskeln, Bändern und Knochenvorsprüngen sowie gegen Neuralgien subkutane Luftinjektionen. Mittels einer Pravazspritze, deren Kanüle durch Gummischlauch luftdicht mit einem Gummigebläse verbunden ist, und Einschaltung eines kleinen, in einem Glasrohre untergebrachten Wattefilters (der Apparat ist bei C. M. Weiß in Braunschweig vorrätig) wird sterilisierte Luft in das über dem affizierten Nerven liegende Unterhautzellgewebe injiziert und sammelt sich als Luftpolster an. Die Resorption geschieht in drei bis acht Tagen. Die Wirkung führt er auf Druckentlastung und auf eine durch Vordringen der Luft in die tieferen Gewebe erzeugte Aufschwemmung der kranken Gebilde zurück. Bei Ischias und Kokzygodynie hatte er bisher die besten Erfolge. Auch Sauerstoff und Kohlensäure könnte man zu diesen Injektionen benutzen. Der Apparat wird dementsprechend verändert.

6. Um Ischias richtig zu behandeln, bedarf es zunächst einer Spezialisierung und exakten Kausaldiagnose des einzelnen Falles. In der Regel handelt es sich um Allgemeinkrankheiten und konstitutionelle Anlagen, zu denen eine Gelegenheitsursache tritt (z. B. harnsaure Diathese und Trauma oder Erkältung). Dagegen muß zuerst angekämpft werden, dann erst kommt die lokale Behandlung in Betracht. O. Ziemßen meint nun, daß nach seinen Erfahrungen — im Gegensatz zu den blutigen Nervendehnungen und verschiedenen Injektionsmethoden, die zwar Anästhesie, aber auch Atrophie und Schwäche erzeugen — eine einzige Behandlungsmethode imstande ist, die Hyperästhesie zu mildern und den Nerven zu entlasten, ohne ihn zu schädigen: die zuerst in Aix-les-Bains, jetzt auch von ihm in Wiesbaden angewandte gleichzeitige Applikation von Massage und warmer Dusche auf den ganzen Verlauf des Ischiadikus, während der Patient im warmen Bade sitzt. Gleichzeitig soll man den Patienten zum Gebrauch des Gliedes, nicht zur Ruhe, anhalten.

7. Nach J. Weiß ist bei Neurasthenie, Hysterie, Anämie, Chlorose und Schwächezuständen das Neuroroborin (von Apotheker Glück, Budapest) ein wertvolles Mittel, das auch bei längerer Darreichung keinen Ueberdruß und keine Schädigung anderer Organe erzeugt. Es regt den Appetit an, bessert Kopfschmerz, Ohnmacht, Schwindel, Schwäche, Herzklopfen, Brechreiz, Reizbarkeit, Angst, Schlaflosigkeit, Schmerzen etc. und ruft Zunahme des Hämoglobingehalts, Vermehrung der roten Blutkörperchen und Hebung des Körpergewichts hervor. (Etwas reichlich! der Referent.)

8. Zur Behandlung der Epilepsie verwendet Josef Rosenberg das von ihm angegebene Epileptol in verschiedener Dosie-

rung (30 bis 70 Tropfen dreimal täglich) je nach Alter, Stärke und Häufigkeit, Pulsfrequenz (darauf legt er besonderen Wert). Anfangs sollen kleinere Dosen angewendet werden. Daneben müssen trockene Einpackungen als Schwitzprozedur täglich 2 1/2 bis 3 1/2 Stunden gebraucht werden. Er erzielte so 35 bis 40% Heilungen und 60 bis 65% Besserungen.

Psychiatrie.

Ausländische Literatur.

Referent: Spezialarzt Dr. **Ernst Bloch**, Kattowitz.

1. **Du choix des malades à placer dans les colonies.** Par Peeters. (Bulletin de la Société médécine mentale de Belgique. Juin 1907.)

2. **Le travail dans la thérapeutique des maladies mentales.** Par Cuylits. (Bulletin de la Société médécine mentale de Belgique. Oktobre 1907.)

1. Die folgende kleine Arbeit gibt die Aufnahmebedingungen für die familiäre Irrenkolonie in Gheel in Holland in Form eines Fragebogens wieder, der vom aufnehmenden Arzt nach bestem Wissen zu unterzeichnen ist. Ausgeschlossen von der Aufnahme sind aggressive und lärmende Kranke, solche mit Neigung zum Selbstmord, zur Vagabondage, zum Zerstören, Feueranlegen, zu unsittlichen Handlungen, ferner Kranke mit ansteckenden Krankheiten. Es ist gefragt, ob Heilungsaussichten oder andrerseits ob Symptome vorhanden sind, die den Kranken für die Familienpflege untauglich erscheinen lassen. Letzteres ist bejahendenfalls zu begründen. — Wie daraus hervorgeht, ist die Zahl der in Gheel aufzunehmenden Kranken ziemlich gering, denn vorkommen können die Eigenschaften, die den Ausschluß bedingen, bei jedem Geisteskranken, der Arzt hat sich daher am Ende des Fragebogens auch über den Grad der Neigung etc. zu äußern. — Gheel enthält zur Zeit 119 arme Kranke und 125 Pensionäre.

2. „Die Arbeit ist heilbringend für den geistesgesunden Menschen. Warum sollte sie nicht auch heilbringend sein für einen Menschen, der sich in der Rekonvaleszenz von Psychosen befindet?“ Um das Ungültige dieses Axioms — nach Verf.s Meinung — zu beweisen, stellt er verschiedene psychologische Betrachtungen über die Pathogenese der Geisteskrankheiten, ferner über geistige Fähigkeiten, über Gefühle und Empfindungen im allgemeinen an. Er kommt zu folgendem Resultat:

Es ist immer als eine Ausnahme zu betrachten, wenn Geisteskrankheiten überhaupt günstig beeinflußt werden können durch Arbeit, geistige oder körperliche. Man kann nicht behaupten, daß die Arbeit ein Mittel zur Ablenkung oder zur Zerstreuung darstellt; ja vielleicht stellt sie von allen Zerstreuungsmitteln das gefährlichste dar, weil sie die Tätigkeit von Organen, die durch die Krankheit an und für sich schon aufgeregt und geschwächt sind, noch mehr anregt. Für diese aufgeregten und geschwächten Organe stellt Ruhe das einzige Heilmittel dar. Der Geisteskranke, aus Instinkt oder aus Gehorsam gegen seine Beängstigungen, überläßt sich der Arbeit nur, wenn er bereits rekonvaleszent (und diejenigen, die den Hauptanteil der Arbeiter stellen, die alten Veteranen der I.-A., die an Dementia praecox Leidenden? Der Ref.) oder sogar geheilt ist, d. h. also, wenn er überhaupt nicht mehr als geisteskrank zu bezeichnen ist. Und zwar tut er dies aus dem einfachen Grunde, weil er nur abgelenkt werden kann von dem Augenblicke an, wo er über seine Aufmerksamkeit und über seinen „freien Willen“ disponiert. Von allen Ablenkungen ist diejenige die beste, welche am wenigsten Anspannung verlangt. Diejenige Arbeit, welche bewußt eine geistige und körperliche Ueberanstrengung mit sich bringt, stellt sehr häufig eine gefährliche und „verbrecherische“ Ablenkung dar. — Der Schluß des Verf.s gipfelt in den auf den ersten Blick etwas paradox klingenden Worten: Die beste Bewegung ist die Ruhe.

In vielen Punkten wird man dem Verf. beistimmen, wenn man auch nicht alles aus der höchst lesenswerten Arbeit unterschreiben wird. Er operiert etwas viel mit transszendentalen Begriffen, wie moralisch, freier Wille, verbrecherisch etc.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **A. Schwenk**, Berlin.

1. **Die Behandlung der Nierentuberkulose mit Röntgenstrahlen.** Von Dr. Eugen Bircher-Aarau. Münch. med. Woch., 1907, Nr. 51.

2. **Ueber die operative Behandlung hartnäckiger Urethritiden beim Weibe.** Von Prof. Dr. H. Fürth. Fol. Urol., 1907, Nr. 3.

3. **Die Endresultate meiner Nephrektomien wegen Tuberkulose.** Von Prof. Dr. James Israël. Ibidem, Nr. 1.

1. Die Behandlung der Nierentuberkulose ist heute vorwiegend eine chirurgische; die interne Behandlung ist so ziemlich aufgegeben, da die Heilungsresultate dabei sehr fragliche sind. In den vorgeschrittenen Fällen, bei welchen eine Nierenoperation nicht mehr indiziert ist, und in denjenigen Fällen, in denen der Patient die Operation von vornherein verweigert, hat Verfasser eine konservative Behandlungsmethode in Form der Röntgenbestrahlung empfohlen. Es wird hierbei die erkrankte Nierenseite täglich etwa 15 Minuten den Strahlen im Abstande von 20 bis 25 cm ausgesetzt. Der Erfolg war der, daß die Tuberkelbazillen aus dem Urin verschwanden, der Körperzustand besser wurde und die Patienten mehrere Jahre frei von Beschwerden waren.

2. Sehr häufig trotzen gonorrhoische Urethritiden beim Weibe wochen- und monatelang jeglicher Behandlung; das Sekret bleibt andauernd stark eitrig gonokokkenhaltig. Verfasser glaubt die Ursache der Hartnäckigkeit dieses Leidens in dem behinderten Abfluß des Sekrets finden zu sollen. Er empfiehlt deshalb die Spaltung der Urethra etwas oberhalb der äußeren Urethralmündung, indem er mit dem eingeführten Katheter die Harnröhre nach der Scheide zu vorwölbt und auf diesen einschneidet.

Ob sich im Anschluß an diesen operativen Eingriff Strikturen der Harnröhre früher oder später einstellen, bleibt weiteren Beobachtungen überlassen.

3. Israël konnte ca. 100 wegen Nierentuberkulose Nephrektomierte bis zu einem Zeitraum von 15 Jahren verfolgen und dabei den günstigen Einfluß der Operation konstatieren. Bei den meisten Patienten hob sich der Kräftezustand bedeutend; Schmerzen und Häufigkeit der Urinentleerung ließen meist ganz nach oder verminderten ihre Intensität sehr erheblich und die Tuberkelbazillen verschwanden aus dem Harn. Die häufig mit einhergehende Blasentuberkulose bildete sich ebenfalls zurück, was für den deszendierenden Verlauf der Harnwegetuberkulose spricht. Erkrankt die zurückgelassene Niere später tuberkulös, dann waren wahrscheinlich schon vor der Operation latente kranke Herde in der sogenannten gesunden Niere vorhanden, die dann mobil wurden.

Die Aussichten für eine Radikalheilung sind natürlich die besten, wenn recht frühzeitig operiert wird; und daß dies geschieht, liegt häufig an dem prakt. Arzt, der diese Fälle in der Regel zuerst zu Gesicht bekommt.

Der Praktiker soll sich durch das blühende Aussehen und das körperliche Wohlbefinden eines Patienten ja nicht verleiten lassen, eine Nierentuberkulose auszuschließen; hat es sich doch häufig gezeigt, daß Menschen mit scheinbar strotzender Gesundheit und hohem Körpergewicht trotzdem Tuberkulose in den Nieren mit sich herumtrugen. Auf die Diagnose der Nierentuberkulose weisen hin: Subjektive Empfindungen des Patienten, wie Schmerzen in der Unterbauch- und Darmbeinkammgegend, Hüften und Lenden; ausstrahlende Schmerzen in der einen Blasen-, Harnröhren- bezw. Scheidenhälfte. Heftige Tenesmen der Blase mit fortwährendem schmerzhaften Harndrang und tropfenweiser Entleerung des Urins. Objektiv konstatiert man einen trüben Urin, dem sich häufig beim Schlusse der Miktion Blutstropfen beimengen; Druckempfindlichkeit der Ureteren auf Palpation vom Rektum, Bauchdecken bezw. Vagina aus. Mikroskopisch fehlen Zylinder oft vollständig, der Eiweißgehalt ist häufig sehr minimal. Der positive Befund an Tuberkelbazillen im Urin ist der sichere Beweis für das Bestehen der Erkrankung, andrerseits schließt das Fehlen derselben eine solche nicht aus, sondern in letzterem Falle entscheidet nur die Tierimpfung.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger,** Magdeburg.

1. **Vorschriften für Handverkauf und Rezeptur.** Pharmaz. Zeitung, Berlin 1907, Nr. 102.

2. **Ueber Natrium perboricum.** Von Dr. Heydenreich in Emden. Deutsche med. Woch., 1908, Nr. 3.

3. **Zur Verordnung von Veronal und Sajodin.** Von E. W. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 2.

4. **Unverträglichkeit in einem Pulvergemisch.** Von Apotheker Ceroni. Bollettino Chimico Farmaceutico, Fasc. 21, S. 794 und Apoth.-Zeitg., Berlin 1907, Nr. 104.

5. **Ueber die Pettenkofersche Reaktion zum Nachweis der Gallensäuren.** Von J. Ville. Bull. de la Soc. chim. de France (4), 1, 965 bis 968 und Apoth.-Zeitg., 1907, Nr. 104.

6. **Herstellung formaldehydhaltiger Gummilösungen.** Apoth.-Zeitg., 1908, Nr. 3.

7. **Mittel gegen starken Fußschweiß.** Von Chandèse. N. Y. Med. Journ. nach Deutsch-Amerik. Apoth.-Ztg., 1907, Dezbr., S. 38.

8. **Rubwel.** Leipz. med. Monatsschr., 1907, Nr. 12.

9. **Pharmazeutische Prüfungsergebnisse.** Von O. Kuhn. Med. Klinik, 1908, Nr. 1.

10. **Neue Arzneimittel, Spezialitäten und Geheimmittel.** Von Dr. F. Zernik. Deutsche med. Woch., 1908, Nr. 2.

11. **Wissenschaftliche Mitteilungen über „Renaszin“.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 3.

1. Da das Agurin mit den als Geschmackskorrigentien benutzten sauren Fruchtsäften sich zersetzt, empfiehlt A. Brun als haltbare Agurinmixtur: Agurin 5,0, Cognac, Sir. spl. ana 20,0, Aq. dest. ad 200,0.

Als Ersatz für Blaudsche Pillen empfiehlt Wilbert:

Ferri sulfur. 3,2, Aq. 1,5, Kal. carbon. 1,6, Glycerin. q. s. ad 100,0. Man erhält eine dunkelgrüne Mischung, die sich in gut verschlossenen Flaschen längere Zeit hält. 5 ccm davon entsprechen einer Blaudschen Pille.

Ein in gut verschlossener Flasche monatelang haltbares Infus. Digital. erhält man nach v. Boltenstern durch Zusatz von 25 Tropfen Chloroform zum frischen Aufguß.

Zur Herstellung von Jodoformgaze dient folgende Vorschrift: Jodoform. 3,33, Resin. Elemi 0,05, Ol. Ricin. 0,1, Aceton. (0,83 spez. Gew.) 52,0 auf 1 m Gaze. Zur Prüfung derselben auf Kurkumafarbstoff und Eosin soll sie mit Aether ausgezogen werden. Der Auszug darf nicht gefärbt erscheinen.

Wilbert empfiehlt folgende Rizinusemulsion:

Ol. Ricin. 50,0, Sapon. medicat. 1,5, Spirit. menth. pip. 3,0, Aq. q. s. ad 100,0. Das Ganze kann noch durch Saccharin versüßt werden.

Bonainsche Mixtur besteht aus gleichen Teilen kristallisiertem Menthol, salzsaurem Kokain und reiner Karbolsäure. Wenn man zu 5,0 g dieser Mischung 5 mg Adrenalin hinzusetzt, erhält man ein Präparat, das sofort eintretende Unempfindlichkeit und Blutleere bewirkt.

2. Dr. Heydenreich empfiehlt Natrium perboricum Merck-Darmstadt als Styptikum. Nach Septumoperationen, Eingriffen an Siebbein- oder Keilbeinhöhle bläst er das Pulver, solange noch die Schleimhaut unter dem Einfluß der Kokain-Adrenalinlösung steht, aus einem Pulverbläser auf die Wundflächen nach vorherigem Abtupfen. Es bildet sich ein grau-brauner Schaum, der stehen bleibt und die ganze Wunde dicht bedeckt. Auf diese Weise konnte er eine Tamponade gänzlich entbehren, ohne daß er Nachblutungen erlebte.

3. Veronaltabletten (und zwar sind die mit Amylum komprimierten besser als die schokoladehaltigen) müssen in reichlichen Mengen warmer Flüssigkeit dargereicht werden, weil so der Schlaf schneller eintritt und länger dauert (nach Cohn und Topp, Therap. Monatshefte Nr. 3 und 5). Außerdem soll Veronal nicht um 11, 12 oder 1 Uhr genommen werden, sondern am besten eine Stunde nach der Abendmahlzeit, wo das Mittel zur schnellen Resorption die günstigsten Bedingungen vorfindet. Das letztere gilt auch für Sajodintabletten, die außerdem völlig zerkaut werden sollen. So findet die vorteilhafteste Ausnützung des Jods im Sajodin statt.

4. Ueber die Unverträglichkeit der Mischung von Antipyrin Knoll, Phenacetin Bayer und Antifebrin berichtet der Apotheker Ceroni. Er machte beim Mischen dieser Ingredienzen die Wahrnehmung, daß das Gemisch anfangs breiförmig, fast flüssig wurde und später völlig zusammentrocknete. Auf Grund seiner Versuche empfiehlt er, zwei der besagten Substanzen zu mischen, dann das dritte hinzuzufügen und in Wachspapier zu dispensieren.

5. Nach J. Ville wird die Pettenkofersche Reaktion, d. i. die purpurviolette Färbung, welche die Gallensäuren auf Zusatz von Schwefelsäure und etwas Rohrzucker geben, nicht, wie Mylius annimmt, durch das aus dem Zucker erzeugte Furfurol hervorgerufen, sondern ist auf die bei der Hydrolyse des Rohrzuckers entstehende Fruktose zurückzuführen. Die Ausführung der Reaktion geschieht folgendermaßen: Man setzt 5 Tr. frischer Galle und 3 Tr. einer 20%igen Rohrzuckerlösung zu 10 ccm eines erkalteten Gemisches aus 2 Vol. konzentr. Schwefelsäure und 1 Vol. Wasser und rührt um.

6. Ueber die Herstellung formaldehydhaltiger Gummilösungen, die zur Isolierung der Haut im Umkreise des Operationsfeldes dienen, wird in der Apotheker-Zeitung, 1908, Nr. 3 berichtet. Nach einem der Firma Zieger & Wiegand in Leipzig-Volkmarsdorf geschützten Verfahren gelingt der Zusatz von Formaldehyd zu wässrigen Gummilösungen, ohne daß das gelöste Gummi ausfällt, mit Hilfe von Aether. Ebenso können Chloroform, Schwefelkohlenstoff oder Kohlenstofftetrachlorid zugesetzt werden.

7. Als Mittel gegen starken Fußschweiß empfiehlt Chaudèse eine Pinselung der Fußhaut mit einer 5%igen Lösung von Pikrinsäure in 90%igem Alkohol, anfangs täglich einmal, spater wöchentlich einmal. Nach dem Eintrocknen der Flüssigkeit sollen die Füße mit folgendem Pulver bestreut werden: Thymol. jodat., Alumin. naphtosulfuric., Acid. picrinic. ana 2,5, Bismuth. subgall. 15,0, Talc. 50,0.

8. In der Leipz. Med. Monatsschr., 1907, Nr. 12, wird eine Hautsalbe gegen Wundreiten, Wundgehen (sogen. „Wolf“) empfohlen. Dieselbe heißt Rubwel und wird von einer englischen Firma gleichen Namens in Manchester in den Handel gebracht (in Zinntuben zu 25, 50 und 100 Pf. das Stück).

9. Die Herniapräparate der Firma Dr. med. Bauholzer & Hager haben ihren Namen daher, daß sie Zubereitungen darstellen von Herniaria glabra, einem heute ganz unbekannten „Harn“- oder „Bruchkraut“, das vom Volke zuweilen noch als Diuretikum benutzt wird. Die Herniatropfen (Herniol) sind ein wässrig-alkoholischer Pflanzenauszug, in dem Arbutin, die wirksame Substanz der Fol. uvae ursi, enthalten ist. Herniaria glabra konnte mangels charakteristischer Reaktionen nicht nachgewiesen werden. Eine Flasche zu 20 ccm kostet 1,20 M. Die Tropfen, 20 bis 30 mehrmals täglich genommen, sind nach Angabe des Darstellers „das bisher einzige Mittel, das bei akuten und chronischen Nierenleiden den Eiweißgehalt in kurzer Zeit mindert und bei längerem Gebrauche vollständig zum Verschwinden bringt, die gräßlichen Schmerzen lindert und wirkliche Heilung erzielt“. Zur Erhöhung der Wirkung wird der Hernia-Tee empfohlen, ein Gemisch von gleichen Teilen Fol. uvae ursi und Herba Herniariae glabrae. 65 g davon kosten 50 Pf. Die Herniapillen sind gegen Gonorrhöe bestimmt und enthalten neben dem Herniariakraut noch minimale Mengen Sandelöl und Salol. 48 dragierte Pillen kosten 2 M. Es bedarf keines Kommentars, wie die erwähnten Mittel zu bewerten sind.

Sie bilden ein würdiges Seitenstück zu dem in zahlreichen Zeitungen angepriesenen Orientalischen Kraftpulver (Hygienisches Institut Fr. Steiner, Berlin S.W.), einem Mittel, vor dem von behördlicher Seite als „übermäßig teuer und die Ausbeutung des Publikums bezweckend“ wiederholt gewarnt wurde. Es besteht aus Bohnen-, Erbsen-, Linsenmehl, Reismehl, Zucker, Kochsalz und Natron.

Ebenso wurde behördlich gewarnt vor Smiths Gloria Tonic, einem von England vertriebenen, teuren Mittel gegen

Rheumatismus und Gicht, von verschiedener Zusammensetzung; die Tabletten enthalten zumeist Guajakharz und Jodkalium (andere fanden Jod und Eisen).

10. Dr. med. H. Aßmann (Mainz) versendet sein „gesetzlich geschütztes Keuchhustenmittel", das wegen der Schwierigkeit der Zubereitung nur von ihm selbst hergestellt wird! Chemisch ließ sich darin nur Milchzucker nachweisen — eine homöopathische Zubereitung in höherer Potenz.

Eine Londoner Firma The Giant Oxie Company sucht ihre Oxienpräparate auch in Deutschland an den Mann zu bringen. Sie sollen Nerven- und Herzkrankheiten kurieren, auf Verdauung und Blut von günstigem Einfluß sein. Eine dreimonatige Kur ist aber notwendig! Der Preis für vier Schachteln Nervennahrung, drei Flaschen Pillen und drei elektrische poröse Oxienpflaster beträgt 25 M. Die untersuchten Pillen enthielten Podophyllin, Capsicum und kohlensaures Natrium, die Nervennahrung Rohr- und Milchzucker, Maisstärke, einen indifferenten Bitterstoff und geringe Mengen Sassafras- und Gaultheriaöl. — Gegen die Oxienpräparate ist behördlicherseits eine öffentliche Warnung erlassen worden.

Als Panacee gegen alle möglichen Leiden wird der „echt ungarische Wachholderextrakt" von O. Reichel, Berlin S.O., in den Tageszeitungen mit großer Reklame angepriesen, ist aber dem Succus Juniperi inspissatus keineswegs gleichwertig und enthält infolge unsorgfältiger Herstellung auch geringe Mengen von Kupfer.

11. Von der Firma Dr. med. H. Schröder, G. m. b. H., Berlin W. 9, wird das Blutreinigungsmittel „Renaszin" vertrieben. Interessenten erhalten auch drei Broschüren, in denen die von dem englischen Arzte Haig ausgesprochene Theorie popular verbreitet wird, wonach bei Mangel an gewissen „Nährsalzen" die Harnsäure sich als leimartige Masse in den Blutkapillaren festsetzt — Kollämie. Gegen diese soll das Renaszin wirken. Zu jeder Mahlzeit sollen eine bis zwei Tabletten genommen werden. Eine Schachtel mit 40 Tabletten kostet 3 M. Der Geschmack der hellbraunen Tabletten ist süßlich, zuletzt etwas salzig und von Ingweraroma. Sie enthalten Eisen, Mangan, Kalzium, Magnesium, Kalium, Natrium, Chlor, Schwefelsäure, Phosphorsäure.

Neuere Arzneimittel.

Sorisin. Von den die Widerstandskraft des Körpers stärkenden Guajakolpraparaten ist besonders das Kalium guajakolikum empfohlen worden, das in 6 %iger Lösung als Sorisin in den Handel kommt. Zur Behandlung von anämischen Zuständen wurde dieses Präparat in geeigneter Weise dahin modifiziert, daß eine Verbindung des Sulfoguajakols mit Eisen dem Kaliumsalz zu gleichen Teilen beigefugt wurde; in dieser Form kommt es als Eisen-Sorisin bezw. mit dem Zusatz von 15 Tr. Sol. Fowleri als Sorisin-Ferrarsenat in den Handel. Proskauer-Berlin (Berl. klin. W., 1907, Nr. 34) hat damit eine Reihe von Versuchen bei schwerer Chlorose, schweren primären und sekundaren Anämien angestellt. Die Präparate wurden gern eingenommen; die subjektiven anämischen Beschwerden besserten sich durchgängig schnell; objektiv wurden Zunahme des Gewichtes, Vermehrung der Erythrozyten und zum Teil bedeutende Zunahme des Hämoglobingehaltes erzielt. M. Plien, Berlin.

Regulin. Fabr.: Chem. Fabrik von Heyden, Radebeul bei Dresden. Meyer-Dresden hat nach seinem Bericht in der Ther. d. Gegenwart, 1907, H. 5, 71 Fälle von Obstipation jeder Form mit Regulin behandelt; 51 Kranke sind durch Regulin allein wesentlich gebessert bezw. geheilt worden, bei 11 wurde ein gleicher Erfolg erzielt unter gleichzeitiger Anwendung von Massage und Elektrizität; 9 hatten keinen bezw. nur sehr vorübergehenden Nutzen von dem Regulin, 3 davon mußten wegen Magenbeschwerden mit dem Regulingenusse nach kürzester Zeit aussetzen. Unter den geheilten bezw. gebesserten Fällen befinden sich 8 schwere spastische Obstipationen, 9 z. T. sehr heftige Kolitiden. Die Dosierung des Regulin schwankte in weiten Grenzen; oft genügte die Darreichung von einem Teelöffel einmal täglich, in einzelnen Fällen mußte bis 18 g gleich drei Eßlöffel pro die gestiegen werden. Die meisten nahmen das Mittel in Apfelmus, andere zogen schleimige Suppen oder Kartoffelpuree als Vehikel vor. Am besten ist es wohl, das Regulin in kleinen Portionen möglichst zu allen Mahlzeiten zu reichen, da so erreicht werden kann, daß alle Teile des Stuhlganges mit Agar-Agar durchsetzt werden. Ueber Widerwillen beim Einnehmen wurde nur sehr selten geklagt; unangenehme Nebenerscheinungen, Uebelkeit, Völligkeitsgefühl, bekamen nur drei Patienten. Die Dauer der Darreichung richtete sich je nach der Wirkung. Bei einer größeren Anzahl der Fälle brachte der Genuß von Regulin während 8 bis 14 Tage völlige Heilung, deren Dauer durch $1^1/_2$- bis 2jährige Beobachtung festgestellt ist; bei andern dauerte die Heilung Wochen bezw. Monate an, dann mußte wiederum mit der Darreichung begonnen werden. Wiederum andere können ohne Regulin nicht mehr existieren; auch bei dieser chronischen Darreichung sind bisher alle schädlichen Nebenwirkungen ausgeblieben. Verf. glaubt nach seinen Erfahrungen das Regulin als das wertvollste interne Mittel zur erfolgreichen Behandlung der chronischen Obstipation bezeichnen zu sollen. In neuester Zeit wird das Regulin auch in Form von Tabletten von der chem. Fabrik Helfenberg in den Handel gebracht. M. Plien, Berlin.

Goldkorn. Fabr.: Pfister, Mayr & Co. in München. Goldkorn besteht nach einer im Laboratorium „Fresenius" in genauester Weise durchgeführten Analyse aus 11,17 Teilen Eiweißkörper und 77,44 Teilen Kohlehydrate, die sich folgendermaßen verteilen: 57,40 direkt reduzierender Zucker als Maltose berechnet, Rohrzucker 5,16 und als Dextrin berechneter Nichtzucker = 14,88; außerdem sind in 100 Teilen enthalten 1,40 Wasser, 1,10 Fett und 1,18 Teile Mineralstoffe.

Speziell darauf muß großes Gewicht gelegt werden, daß sich im Goldkorn die Kohlehydrate in weitaus der größten Menge im aufgeschlossenen Zustande befinden, d. h. in löslicher, leicht resorbierbarer Form, ohne in Zucker übergeführt zu sein, da bei einer stärkeren Zuckerentwicklung abermals leicht Darmstörungen eintreten müßten.

So ist das Goldkorn ein für die Kinderpraxis sicher brauchbares und wertvolles Nährmittel, das auch durch seinen angenehmen Geschmack (es wird hauptsächlich aus Gerste hergestellt) nach dem Zeugnis der das Präparat verwendenden Aerzte von den Kindern gern genommen wird. Auch bei Erwachsenen mit gestörter Magen-Darmtätigkeit hat man es mit Erfolg angewandt. Der Preis des Goldkorns ist ein relativ niedriger.

P. Höckendorf, Großlichterfelde.

Technische Neuerscheinungen.

Ein Verbandtuch bei Erkrankungen der Brustdrüse

nach Dr. **Max. Samuel.**

Dieses Verbandtuch besteht aus einem Jäckchen, welches zwei die Brustdrüsen aufnehmende Einsätze trägt. Vorn an den inneren oberen Winkeln der Einsätze sind breite Leinwandstreifen befestigt, welche sich vorn und auf dem Rücken kreuzen, um vorn in der Gegend der Taille verknüpft zu werden. Die beiden inneren und unteren Winkel der Einsätze haben je ein Band, durch Verknüpfen derselben wird das Jäckchen unten geschlossen. Die Einsätze für die Brüste haben eine Klappe, die sog. Nährklappe, welche man öffnen kann, wenn man das Kind an die Brust legen, oder Verbandstoffe auf eine Wunde der Brust etc. legen will. Durch die Einsätze werden die Mamae gestützt, und man kann in dieselben Salbenverbände oder sonstige Verbandstoffe zum Aufsaugen von abfließender Milch oder Eiter einlegen. So wird durch dies Verbandtuch der komplizierte Suspensionsverband, das Suspensorium mamae, ersetzt, und man kann vor allem das Verbandtuch rasch und leichter anlegen als einen Bindenverband, den anzulegen nicht jedermann erlernt. Das Verbandtuch wird indiziert sein bei Frauen in der Laktation, welche sehr große Brustdrüsen haben, die gestützt werden müssen. Hierbei sind die Klappen zum Anlegen des Kindes sehr brauchbar. Ferner verwendet man das Verbandtuch bei Mastitis. Hierbei sind ebenfalls die Klappen sehr praktisch, denn dank derselben braucht man nicht jedesmal, wenn man den Verband wechseln will, das ganze Tuch abzunehmen, sondern man entfernt die durch den aus den Inzisionswunden herausgeschossenen Eiter beschmutzten und getränkten Verbandstoffe durch die Klappe und ersetzt sie durch neue trockene. Das Verbandtuch ist waschbar. Man kommt also mit zwei Exemplaren bei jeder Mastitis oder Laktation gut aus und wäscht das eine Tuch, während das andere in Verwendung ist. Dadurch wird der Verband gegenüber dem Bindenverband bedeutend verbilligt. Weiter besitzt das Verbandtuch den Vorteil, daß es als Geradehalter wirkt, indem es die Schultern nach hinten zieht. Dies hat mit dazu geführt, daß die Verbandtücher in etwas anderer Ausführung als Brust- und Geradehalter bezw. als Ersatz für das Korsett verwandt werden. So vereinigt dieses Verbandtuch eine große Menge von Vorzügen und verdient wohl eine allgemeinere Beachtung. Es ist nicht zu zweifeln, daß dieses Verbandtuch sehr bald eine allgemeine Einführung finden wird. Diese Verbandtücher und Büsten- resp. Geradehalter werden von der Korsettfabrik von W. & G. Neumann in Berlin angefertigt und in den Handel gebracht.

W. B. Müller, Berlin.

Eine Präzisionspipette für den Gower-Sahlischen Hämoglobinometer.

Bei dem Gebrauch von Gower-Sahlis Hämoglobinometer wird es wohl jedem unangenehm auffallen, daß die Aufsaugung des Blutes genau bis zum oberen Teilstrich, welcher einen Raum von $^1/_{20}$ ccm abgrenzt, meist Schwierigkeiten bereitet, namentlich dann, wenn es sich um sehr dick- oder dünnflüssiges Blut handelt. Es gehört zum genauen Abmessen des Quantums Blutes überhaupt eine gewisse Uebung. Es ist nun von Dr. Hans Hirschfeld ein Apparat konstruiert worden, welcher leicht gestattet, die gewünschte Quantität Blut aufzusaugen, welchen er Präzisionspipette genannt hat. Dieselbe besitzt einen doppelt durchbohrten Hahn. Sie wird von der Firma Leitz in Berlin hergestellt. Man braucht beim Benutzen dieser Pipette nicht ängstlich zu achten, eine bestimmte Menge Blut aufzusaugen, sondern man saugt so viel Blut, bis dasselbe bis durch den Hahn gelangt. Dann dreht man den Hahn um 180° und bläst, nachdem man äußerlich die Pipette von anhaftendem Blut gereinigt hat, das in dem Rohr befindliche Quantum Blut heraus, welches die gewünschte Menge, $^1/_{20}$ ccm, darstellt. Durch die doppelte Durchbohrung des Hahnes ist diese Konstruktion mit genauer Abmessung des Blutquantums möglich. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Entwicklung der Heilkunde in ihren Hauptzügen. Von Professor Hugo Magnus. Breslau 1907. Kerns Verlag. 120 Seiten.

Die unvollendete, nach dem Tode des Verfassers von Pagel herausgegebene Schrift behandelt mit großer Gelehrsamkeit das Altertum und frühere Mittelalter, bis zu späteren Zeiten gelangt sie leider nur stellenweise. Dies ist sehr zu bedauern, denn gerade diese späteren Zeiten eröffnen das Verständnis der heutigen Medizin.

Zur Charakterisierung der Arbeit sei hervorgehoben, daß Magnus sich bemüht, die Geschichte der Medizin entwicklungsgeschichtlich zu betrachten und ihr dadurch den Mangel an Interesse zu benehmen, unter dem sie für die meisten leidet. Daß diese Behandlungsweise besondere Schwierigkeiten bietet, verhehlt er sich nicht; auch muß sie notwendig zu einem subjektiv gefärbten Resultat führen, was indessen nicht schaden könnte, wenn der Verfasser außer den geschichtlichen Kenntnissen über die nötige Erfahrung in der praktischen Medizin verfügt. Als einen Vorläufer zu einer solchen genetischen Geschichte der Medizin muß man die Arbeit willkommen heißen.

F. von den Velden, Frankfurt a. M.

Diätetische Ketzereien. Die Eiweißtheorie mit ihren Folgen als Krankheitsursache und ihre wissenschaftlich begründete Verabschiedung. Allgemeinverständlich dargestellt von Richard Ungewitter. Stuttgart 1908. Verlag Richard Ungewitter. 236 Seiten. Brosch. 2,40 M.

Wenn man das geschickt und interessant geschriebene Büchlein gelesen hat, so fragt man sich mit Staunen: warum wird denn dieses alles als Ketzerei bezeichnet? Ist es im Grunde doch nur die neue wissenschaftliche Ernährungslehre, welche der Verfasser, allerdings mit reichlichem philosophischen Rankenwerk verziert, vorträgt. Die neue, biologische Ernährungslehre als Ketzerei zu bezeichnen, darin liegt aber gerade das Taschenspieler-Kunststückchen des bekannten, auf dem Boden der Naturheilkunde stehenden Verfassers. Die Aerztewelt von der neuen Diätetik abzudrängen, letztere aber allein für die Laien-Naturheilkunde mit Beschlag zu belegen, darauf geht die Schrift aus. Sie will dem Leser die Suggestion beibringen: Seht, die wissenschaftliche Medizin lehrt Euch, daß das Fleisch die Hauptquelle aller Kraft sei, Eiweiß das Maß aller Nahrung; daß Obst nur ein Genuß- und Erfrischungsmittel sei, ein Luxusartikel, keine eigentliche Nahrung von Wert; daß unsere gewöhnlichen Nährmittel stets genügende Mengen aller benötigten Mineralstoffe enthielten; daß die Nahrung der Kulturmenschheit möglichst konzentriert und ballastfrei sein müsse; kurz, daß die übliche Kost der großen Volksmassen keiner Abänderung bedürfe, wenn nicht einer Vermehrung an Eiweißstoffen.

Ja, wer glaubt denn dieses alles heutzutage noch? Kennt denn der Verfasser nicht die neue Bewegung in der Volksernährung, die Reformsanatorien, die diätetische Krankheitsbehandlung immer mehr zunehmender Aerztekreise? Zahlreiche Zitate in dem Buche selbst, nicht nur aus Dr. Haigs, Lahmann's und Bircher-Benners Schriften, sondern auch von Hygienikern wie Prof. v. Bunge und Rubner sollten doch schon genügen, um zu beweisen, daß hier zwar die modernste Richtung der Ernährungslehre, aber keineswegs Ketzereien gelehrt werden. Aber dem großen Publikum soll eben glaubhaft gemacht werden, die heutige Wissenschaft und alle Aerzte wären rückständig, nur der Laie wäre der wahre Heilkünstler.

Hiergegen müssen wir Aerzte, die wir den neuesten Wandlungen der Ernährungslehre gegenüber meist blind gewesen sind, im Namen der Wissenschaft ganz energischen Widerspruch erheben! Wer anders hat denn schließlich alle die exakten und induktiven Vorarbeiten der neuen, biologischen Medizin und Hygiene geschaffen als Botaniker und Zoologen? Allerdings sind alle ihre Wissensstoffe erst wahrhaft befruchtet worden, als man anfing, sie durch die Naturphilosophie im Sinne von Darwin und besonders Lamarck miteinander zu verknüpfen und zu einem Ganzen zu verweben, und hierin haben auch zahlreiche Laien, denen die Wissenschaft vom Leben in ihrer hohen Bedeutung oft früher klar wurde als uns formelgebildeten Akademikern, ein gut Teil beigetragen. Sicherlich haben die heutigen Aerzte in den Naturwissenschaften viel nachzuholen; sie haben daher allen Grund, die neuen Lehren der Ernährungs-Physiologie in Fleisch und Blut aufzunehmen und sie, durch ihre Erfahrungen in der Praxis geläutert und erweitert, immer von neuem dem Volke zu lehren. Denn leider! durch unser allzulanges Festhalten am Hergebrachten, am scheinbar autoritativ Feststehenden, ist die große Masse des Publikums noch sehr unvollkommen über die ihm nächstliegenden Dinge unterrichtet. Es fehlt ja gerade an Schriften von Aerzten, welche die biologische Diätetik dem Volke lehren! Schließlich darf nicht geleugnet werden, daß immer noch eine ganz erhebliche Anzahl von Aerzten sogar nahezu unbekannt ist mit der neuen Diätetik, ja daß sie eine ausgesprochene Abneigung gegen sie haben, oft einzig und allein, weil sie hier überall die verhaßte Naturheilkunde wittern. Gerade solchen sei das Ungewittersche Büchlein besonders empfohlen, denn von seinen Gegnern lernt man stets am meisten. E. Bachmann-Harburg a. E.

ALLGEMEINES.

Der mediko-historischen Sammlung im Kaiserin Friedrich-Hause sind in letzter Zeit aus ärztlichen Kreisen u. a. folgende Zuwendungen gemacht worden: die Bronzegruppe zur Erinnerung an die erste Berliner Chloroform-Narkose, von welcher die Sammlung bisher nur einen unzureichenden Gipsabguß besaß (von Dr. Eugen Lehfeldt), zwei Semmelweisplaketten (von Prof. Dr. W. A. Freund und Prof. Dr. Emil von Groß, Budapest), ein Gehirnabdruck von Helmholtz (von Geheimrat von Renvers), ein Porträt des Paracelsus (von Dr. Willy Hirschlaff), Lithographien und Photographien (von Dr. Richard Kohn, Breslau, Geheimrat Veit, Halle u. a.). Von dem Kustos Prof. Holländer überwiesen wurden u. a. Bronzekopien der Pompejanischen Instrumentenfunde, eine Sammlung römisch-etruskischer Original-Instrumente, darunter besonders ein paar reichverzierte Strigili- und Sichelmesser etruskischer Herkunft, ferner eine Reihe von Krankenpflegeartikeln aus dem 17. Jahrhundert (Fußwärmer, Bettwärmer, Stundengläser etc.), ferner Instrumente, Flugblätter, Kupferstiche, Photographien und ein Münzenschrank. Weitere Zuwendungen von medizinisch-historischem Interesse (Abbildungen, Instrumente etc.) werden dankbar entgegengenommen.

Berlin. Nachdem seitens des Ministers der etc. Medizinal-Angelegenheiten den Apothekern gestattet worden ist, die Sonntagsruhe auch über die Nacht bis 7 Uhr morgens des nächsten Werktages auszudehnen, haben in Berlin die vier im sogenannten schlesischen Viertel liegenden Apotheken, nämlich „Fürst Bismarck-Apotheke" in der Oppelnerstraße, „Apotheke am Schlesischen Tor" in der Skalitzerstraße, „Palmen-Apotheke" in der Schlesischenstraße und „Görlitzer-Apotheke" in der Görlitzerstraße von dieser Erlaubnis Gebrauch gemacht. Es sei daran erinnert, daß die Besitzer der vier Apotheken schon einmal den Versuch gemacht hatten, die Sonntagsruhe bis zum nächsten Morgen auszudehnen, aber auf ihre gemeinsame Eingabe seitens des Polizeipräsidiums abschläglich beschieden worden waren. (Apotheker-Zeitung, 1908, Nr. 1.)

— Wir erhalten folgende Zuschrift:

Marienbad, im Januar 1908.

Sehr geehrte Herren Kollegen!

Der Marienbader Aerzteverein hat in seiner Sitzung vom 29. August v. J. beschlossen, in Marienbad ein Erholungsheim für Aerzte zu gründen, um erholungs- und kurbedürftigen, leidenden, von der ärztlichen Praxis ermüdeten, überarbeiteten oder ruhebedürftigen Aerzten, die einige Zeit fern vom Orte ihrer Tätigkeit Erholung suchen, freie Unterkunft im eigenen Hause und manche andere Erleichterungen und Benefizien zu schaffen, sowie die Heil- und Kurbehelfe des Kurortes zur Verfügung zu stellen. Die Aufnahme soll vorerst nur auf Aerzte der österr.-ungarischen Monarchie und des Deutschen Reiches beschränkt sein.

Da die Marienbader Aerzte — trotz aller Opferwilligkeit für diese ihre Schöpfung — allein nicht in der Lage sind, die Mittel aufzubringen, um ein solches Haus zu gründen, der Würde des ärztlichen Standes entsprechend zu errichten und es mit allen Bequemlichkeiten auszustatten und zu erhalten, so sieht sich das gefertigte Komitee, dem vom Aerzteverein die Durchführung dieses Projektes anvertraut und übergeben worden ist, veranlaßt, an den Wohltätigkeitssinn der ärztlichen Korporationen, an die Aerztekammern und Vereine mit der Bitte heranzutreten, dieses ausschließlich im Interesse des ärztlichen Standes und ausschließlich aus dem Zusammenwirken der Aerzteschaft zu gründende, einem eminent wohltätigen Zwecke dienende Unternehmen mit einer größeren Spende unterstützen und damit der Ausführung näher bringen zu wollen.

Durch die Opferwilligkeit der Marienbader Aerzte, welche Häuser besitzen, und anderer, dem Aerztestande nahestehender wohlwollender Hausbesitzer ist das Komitee in der Lage, schon in der nächsten Kurzeit 1908, und zwar in den Monaten Mai und September 70 Zimmer den Aerzten, welche zur Erholung oder zum Kurgebrauche in dieser Zeit nach Marienbad kommen wollen, zur Verfügung stellen zu können.

Wir ersuchen Sie, in Ihren Kreisen bekannt geben zu wollen, daß die Institution schon in diesem Jahre benützt werden kann und daß Kollegen, die davon Gebrauch machen wollen, sich möglichst bald, längstens im Monate April anmelden sollen.

In der sicheren Erwartung, keine Fehlbitte zu tun und bei Ihnen ein freundliches Entgegenkommen und Eingehen auf die genannten Bestrebungen und eine Unterstützung derselben zu finden, zeichnet

mit kollegialer Hochachtung
Das Komitee zur Errichtung eines ärztlichen
Erholungsheimes in Marienbad
Dr. Alois Grimm m. p.,
Dr. Adolf Stark m. p., Dr. Karl Zörkendörfer m. p.

Die größte Menge Radium, die bisher irgendein wissenschaftliches Institut erzielt hat, ist vom physikalischen Institut der Universität Wien gewonnen worden. Der österreichische Staat hatte dazu der Wiener Akademie der Wissenschaften 10000 kg Joachimsthaler Uranpechblende zur Verfügung gestellt und die unter Leitung von Dr. Ulrich vorgenommene Verarbeitung ergab nun eine Ausbeute von 3 g Radiumverbindungen und 1 g reines Radiumchlorid. Ein Gramm der erstern ist Sir William Ramsay überlassen worden. Die Anschaffungs- und Verarbeitungskosten der Gesamtmenge beliefen sich dabei auf 25500 M., so daß also ein Gramm ziemlich reines Radium für die verhältnismäßig geringe Summe von 8500 M. hergestellt werden konnte, während der fabriksmäßige Verkaufspreis auf 340000 M. zu veranschlagen ist. Die in Quarzgefäßen untergebrachten Präparate sollen nach der „Zeitschrift für angew. Chemie" zunächst dazu verwendet werden, die grundlegenden physikalischen Konstanten zu bestimmen, in erster Linie die spontane Wärmeentwicklung durch Radium. Späterhin sollen Arbeiten und Versuche für medizinische Zwecke durchgeführt werden. (Die Umschau, 1908, Nr. 1.)

Berlin. Laut Bekanntmachung des Reichskanzlers werden vom 1. März d. Js. ab die Präparate Azetylsalizylsäure (Aspirin) und Diäthylmalonylharnstoff (Veronal) dem freien Verkehr entzogen werden.

Breslau. Der 29. Kongreß der deutschen balneologischen Gesellschaft wird vom 5. bis 9. März 1908 hier tagen. Bei dem lebhaften Interesse, das die Breslauer Behörden und Aerzte sowie die gesamte Bürgerschaft diesem Kongreß entgegenbringen, dürfte sich sein Verlauf recht günstig gestalten. Der diesjährige Kongreß erhält seine besondere Weihe durch die Enthüllung eines würdigen, von der Balneologischen Gesellschaft gestifteten Denkmals für Hermann Brehmer, den großen Schöpfer der modernen Schwindsuchtsbehandlung. Die wissenschaftliche Seite des Kongresses verspricht recht viel Anregung, da bereits eine ganze Reihe von interessanten Vorträgen angemeldet ist. Weitere Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Herrn Geheimrat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstraße 24.

Durch Ministerialerlaß werden die Regierungen und Provinzialschulkollegien auf die Kraepelin-Gruberschen **Wandtafeln zur Alkoholfrage** als geeignetes Belehrungsmittel über Alkoholgefahr hingewiesen.

Nochmals Herrn Dr. N. N. in N. Ihr Urteil über die mit Fucol erzielten Erfolge sind für meine Erfindung sehr schmeichelhaft und für mich ehrend. Ich veröffentliche, meinem Prinzipe getreu, derartige Gutachten niemals. Jeder Arzt ist in der Lage, sich durch eigene Versuche von der Wirksamkeit des Fucols zu überzeugen. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten M. 2,—. Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718

Verantwortlicher Redakteur: Dr H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 1. März 1908. **Nr. 9.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Halle a. S. (Dir.: Professor Ad. Schmidt).

Die Bedeutung der Fäzes-Untersuchungen für den praktischen Arzt.

Von Dr. med. et polit. **Stehr**, Wiesbaden.

Trotz der wertvollen Untersuchungen Nothnagels aus dem Jahre 1884 beschränkte sich bis vor wenigen Jahren das Interesse selbst desjenigen Praktikers, der auf der Höhe seiner Zeit sich zu halten bemüht war, in der Regel auf die makroskopische Untersuchung der Fäzes. Die Resultate der mikroskopischen Untersuchung galten als unbrauchbar für die Praxis. Chemische und bakteriologische Untersuchungen waren noch weniger zu verwerten, schon deshalb, weil sie zu zeitraubend waren. Naturgemäß konnten die Ergebnisse einer flüchtigen makroskopischen Betrachtung nur sehr dürftige sein und das Interesse nicht weiter anregen Es fehlte an einer in der Praxis durchführbaren Methode der Funktionsprüfung des Darmes, mittels welcher man im Erkennen und Heilen der Darmkrankheiten in ähnlicher Weise hätte vorwärts kommen können, wie in der Magenpathologie mit der Untersuchung des Mageninhalts: es gebrach insonderheit an Maßstäben, die gestatteten, die Gesamtleistung bezw. die nach einzelnen Funktionen getrennte Arbeit der Organe und die physiologische Schwankungsbreite ihrer Arbeitsleistung zu prüfen. Mit dem glänzenden Ausbau der funktionellen Diagnostik der Magenkrankheiten durch v. Leube (Anwendung des Magenschlauchs zu diagnost. Zwecken), Ewald und Riegel (Einführung des Probefrühstücks und der Probemahlzeit) hatte die Ausgestaltung der funktionellen Diagnostik der Darmkrankheiten eben nicht gleichen Schritt gehalten. Das war lange das betrübliche Fazit.

In dieser Beziehung ist erst seit Einführung einer Probediät auch für die Fäzes-Untersuchung durch Prof. Ad. Schmidt und durch die von ihm und Straßburger gewonnenen Normalwerte und Leitsätze ein erfreulicher Wandel angebahnt. Als Ziel stellte sich Schmidt eine für die Praxis verwertbare Methode vor, mittels deren Störungen in der physiologischen Leistung des Darmes auch dann schon zu erkennen sind, wenn andere objektive Zeichen derselben noch fehlen oder nur unbestimmte subjektive Empfindungen vorhanden sind. Von dem Ideale, die Arbeit des Darmes bis in die feinsten Details hinein zu kontrollieren, wie es uns bezüglich der 3 Hauptfunktionen des Magens: Motilität, Sekretion und Resorption schon möglich ist, sind wir freilich noch weit entfernt. Die Schwierigkeiten sind deshalb erheblich größere als bei der klinischen Magenuntersuchung, weil uns der ganze Darm abgesehen von Anus und Rektum für die Inspektion und direkte Palpation nicht zugänglich ist und wir neben den allgemeinen Hilfsmitteln der physikalischen Diagnostik des Abdomens lediglich auf die Untersuchung der Fäzes angewiesen bleiben. Nichtsdestoweniger gestattet der durch Ad. Schmidt gewonnene Fortschritt der Methodik heute schon jedem Praktiker, ohne großen Apparat, ohne komplizierte Manipulationen und ohne bedeutenden Zeitaufwand erheblich größeren diagnostischen und therapeutischen Nutzen aus Fäzes-Untersuchungen zu ziehen, als es noch vor wenigen Jahren möglich war.

Ad. Schmidt ging davon aus, daß die Ausnutzungsversuche an sich der gegebene Maßstab für die Funktionsprüfung des Darmes und seiner Adnexe seien. Da aber der hierbei unentbehrliche komplizierte Apparat der chemischen Analyse ihre Anwendbarkeit für den Praktiker von vornherein ausschließt, so lag der Gedanke nahe, unter Beibehaltung des an sich richtigen Prinzips des Ausnutzungsversuches eine einfachere, für die allgemeine Praxis verwertbare Technik zu suchen, die nach Möglichkeit die Fehlerquellen der chemischen Analyse vermeidet.

Die gewonnene Methode schließt sich eng an das Vorbild der Mageninhaltsuntersuchung an. Auch hier muß von einer einheitlichen Zusammensetzung des Kotes, von einem Normalkot ausgegangen werden. Denn die Erfahrung lehrte, daß Menge und Art der Nahrungsreste im Kot in erster Linie von Menge und Art der Nahrungsmittel abhängt und erst in zweiter Linie von dem Zustande der Verdauungsorgane. Das bedingte die Einführung einer Probekost.

Ich will in folgendem kurz die Probekost und die Stuhluntersuchungsmethoden, wie sie jetzt in der Ad. Schmidtschen Poliklinik üblich sind, unter Hervorkehrung des für den Praktiker Wichtigen wiedergeben.

Die fortschreitende Methodik der Kotuntersuchung führte zu einer für den Praktiker wertvollen Vereinfachung der ursprünglich von Schmidt eingeführten und in der ersten Auflage seiner „Funktionsprüfung des Darms“ veröffentlichten Probekost.

Die Vorschrift lautet jetzt wie folgt:

Morgens: $^1/_2$ l Milch, Tee oder Kakao mit möglichst viel Milch; dazu eine Semmel mit Butter und ein weiches Ei.

Frühstück: 1 Teller Haferschleimsuppe, mit Milch gekocht, durchgeseiht (Salz- oder Zuckerzusatz erlaubt), ev. kann auch Mehlsuppe oder Porridge gereicht werden.

Mittags: 1/4 Pfd. gut gehacktes, mageres Rindfleisch mit Butter leicht übergebraten (inwendig roh), dazu eine nicht zu kleine Portion Kartoffelbrei (fein durchgesiebt).

Nachmittags: wie morgens, aber kein Ei.

Abends: 1/2 l Milch oder ein Teller Suppe (wie zum Frühstück), dazu eine Semmel mit Butter und 1 bis 2 weiche Eier (oder Rührei).

Es ist gestattet, die Mahlzeiten auch miteinander zu vertauschen oder zu kombinieren. Unter Umständen ist sogar etwas Wein, dünner Kaffee, Bouillon erlaubt.

In dieser vereinfachten Form kann die Probekost überall auch in der ambulanten Praxis ohne Schwierigkeit durchgeführt werden.

Frühestens der zweite Stuhlgang nach Beginn der Probekost liefert die zur Untersuchung geeigneten Fäzes. Die Untersuchung soll an möglichst frischen Fäzes durchgeführt werden. Sie erfordert höchstens 10 Min. Zeit, kann also den gebräuchlichen Urin- und Mageninhaltsuntersuchungen gleichberechtigt an die Seite gestellt werden.

Die makroskopische Untersuchung ist der wichtigste Teil des Ganzen. Der Normalkot soll gleichmäßig weiche Konsistenz und hellbraune Farbe haben. Mehr hellbraun ist die Farbe, wenn reichlich Milch genommen wurde, mehr rötlichbraun nach Kakaogenuß. Krankhafte Abweichungen sind der Teerstuhl (Blut) und der tonfarbene Stuhl (Fett). Der Geruch ist unter gewöhnlichen Verhältnissen schwach kotartig, unter pathologischen Bedingungen buttersäureartig oder stechend sauer (Essigsäure) oder aber stinkend (bei Fäulnis). Daß sich auf den ersten Blick auch grobe Schleimbeimengungen wie Blut, Eiter, Bandwurmglieder und andere Fremdkörper erkennen lassen, ist ja bekannt.

Man rührt nun den Kot mit einem Holzspatel gründlich durcheinander, nimmt davon ein etwa wallnußgroßes Quantum und verreibt es unter allmählichem Zusatz von destilliertem Wasser auf das feinste bis zur flüssigen Konsistenz. Dann breitet man die Kotprobe auf einen flachen, schwarzen Teller in dünnster Schicht aus.

Der normale Probediätstuhl ist völlig homogen. Er läßt nach dem Verreiben höchstens Spelzenreste oder Kakaohülsen sowie unter stecknadelknopfgroße braune oder rotbraune Punkte erkennen.

Unter pathologischen Verhältnissen findet man:

I. Nahrungsreste, und zwar:

1. Reste von Bindegewebe und Sehnen aus dem genossenen Fleisch. Sofern sie zahlreicher und in größeren Fasern auftreten, handelt es sich um eine Störung der Magenverdauung.

2. Reste von Muskelgewebe in der Form von kleinen braunen Stäbchen. Sie deuten auf eine Störung der Darmverdauung.

3. Gelegentlich Bindegewebs- und Muskelreste miteinander verbunden als Fleischreste. In diesem Falle sind Magen und Darm zugleich betroffen, z. B. bei akuten Magendarmkatarrhen. (Der Dickdarm ist nur ein Reservoir für die Nachverdauung, in welchem eine Lösung von Fleischstückchen nicht mehr stattfindet.)

4. Kartoffelreste in der Form von sagokornartigen, glasigen, durchscheinenden Körnern.

5. Fettreste, außer im lehmartigen Kot auch, wenn auch selten, bei starken Durchfällen, als kleine, weißgelbe Klümpchen.

II. Akzidentelle Bestandteile:

6. Schleim in größeren oder kleineren Flocken. Größere Fetzen, Bänder und Röhren bei Enteritis membranazea und bei Schleimkoliken machen kaum Schwierigkeiten im Erkennen. Kleinere Beimengungen erkennt man am besten, wenn man sie auf eine Glasplatte bringt und gegen das Licht hält. Schleim im Stuhl deutet auf Schleimhautkatarrh, ausgenommen der lackartige Schleim auf harten Kotballen.

7. Manchmal große Kristalle von phosphorsaurem Ammoniakmagnesia in faulenden, stinkenden Stühlen.

Für die mikroskopische Untersuchung werden von dem ursprünglichen, durcheinandergerührten Kot drei Präparate angefertigt. Im ersten wird ein Partikelchen ohne Zusatz mit dem Deckglas zu einer ganz dünnen Schicht zerdrückt. Im zweiten wird es mit einem kleinen Tropfen 30proz. Essigsäure zerrieben und über der Flamme kurz zum Kochen erhitzt, im dritten mit etwas Jodjodkalilösung verrieben.

Bei normalem Kot sieht man im ersten Präparat ohne Zusatz eine detritusartige, aus kleinsten Körnern, Kügelchen, Bakterien usw. bestehende Grundmasse. Darin eingebettet vereinzelte Muskelfaserbruchstücke, gelbe Kalksalze, ungefärbte Seifen, vereinzelte Kartoffelzellen mit nicht mehr differenzierbarem Inhalt, spärliche Spelzen und Kakaoreste. Pathologisch sind im nativen Präparat Muskelbruchstücke in größerer Zahl, reichlich Kartoffelzellen, event. Bindegewebe, Eiter, Parasiteneier.

Das zweite Präparat soll einen Ueberblick über den Fettgehalt geben. Normalerweise sind kleine Fettsäureschollen zu sehen. Pathologisch ist nur eine erhebliche Vermehrung des Fettgehaltes (denn schon der Normalkot enthält 23 % der Trockensubstanz an Fett). Sie kann geschlossen werden, außer aus der lehmartigen Beschaffenheit, aus der starken Vermehrung der Fettsäureschollen im erhitzten Essigsäurepräparat, event. aus den Neutralfetttropfen, Fettsäure- und Seifennadeln im nativen Präparat und aus der sauren Reaktion.

Das dritte Präparat darf nur Spuren durch Jod leicht violett gefärbter Kartoffelzellreste enthalten. Sieht man reichlich blau gefärbte Kartoffelzellen und Pilzsporen, so handelt es sich um eine Störung der Kohlehydratverdauung. Als isolierte Störung kommt sie bei der intestinalen Gärungsdyspepsie vor (hellbraunes, schaumiges Aussehen des Stuhls, saure Reaktion).

An die mikroskopische Untersuchung schließt sich die chemische. Für die Praxis kommen folgende Methoden in Betracht:

1. Die Reaktionsprüfung. Die Lakmusstreifen werden auf den verriebenen Kot aufgelegt. Die Reaktion muß amphoter sein.

2. Die Sublimatprobe. Etwas von dem verriebenen Kot wird mit konzentrierter wässeriger $HgCl_2$-Lösung in einem Glasschälchen verrührt und bis zum nächsten Tage stehen gelassen. Der normale Kot wird dadurch rot gefärbt (Hydrobilirubin). Grüngefärbte Teilchen sind pathologisch: sie zeigen unveränderten Gallenfarbstoff an. Grünfärbung größerer Partien erweist zumeist eine zu rasche Passage des Darminhalts, besonders hinter der Ileozökalklappe, wo der mit Fäulnis verbundene Reduktionsprozeß beginnt. Dann ist gewöhnlich der Dünndarm beteiligt. Tritt eine schmutzige Rotfärbung auf, so liegen meist abnorme Zersetzungsprozesse vor. Fehlt die Rot- und Grünfärbung bei der $HgCl_2$-Probe völlig, so erweist das am einfachsten das Fehlen des Gallenfarbstoffs im Darm.

3. Die Brütschrankprobe. 5 g des unverdünnten Kotes werden mit Wasser verrührt in ein Straßburgersches Gärungsröhrchen angesetzt und 24 Stunden bei 37 ° C. stehen gelassen. Füllt sich das Steigerohr mindestens zur Hälfte mit Wasser, so liegen pathologische Verhältnisse vor und zwar Kohlehydratgärung, wenn die Reaktion der Fäzes deutlich sauer, und Eiweißfäulnis, wenn sie deutlich alkalisch ist. Letztere läßt eine schwere anatomische Störung der Darmschleimhaut vermuten. Das Steigeröhrchen riecht intensiv faulig, im ersteren Falle riecht es nach Buttersäure. Kohlehydratgärung kann man zuweilen schon makroskopisch feststellen. Die Fäzes sind dann hellbraun, schaumig, riechen nach Buttersäure und reagieren sauer. Alle Proben zusammengenommen nehmen, wie gesagt, kaum mehr als zehn Minuten Zeit in Anspruch. Wer sich etwas mehr Zeit nehmen will, mag bei diarrhoischen Stühlen noch die Probe auf gelöstes Eiweiß anfügen. Sie entscheidet, ob die Störung rein funktioneller Natur ist oder ob organische Veränderungen zu Grunde liegen.*)

Wir sehen, wir sind um ein Erkleckliches vorwärts gekommen. Aber wir wollen uns doch nicht verhehlen, daß wir von einem Analogon der Funktionsprüfung des Magens noch ziemlich weit entfernt sind. Erreicht haben wir in erster Linie eine schärfere Abgrenzung der auf organischen Veränderungen beruhenden Erkrankungen des Darmes von den rein funktionellen Störungen seiner Tätigkeit, insoweit eine Trennung zwischen beiden überhaupt möglich ist. Für eine organische Erkrankung des Darmes spricht (abgesehen von Blut und Eiter) vor allem die Anwesenheit von Schleim, eine ausgesprochene Neigung zur Fäulnis (und der positive Ausfall der Eiweißprobe). Zweitens können wir die Frage beantworten, ob es sich im gegebenen Falle um eine Affektion des Dickdarms oder Dünndarms handelt und inwieweit der Magen beteiligt ist, und drittens vermögen wir festzustellen, welche Nahrungsmittelgruppen (Fleisch, Fett, Stärke) in ihrer Ausnutzung bei der Dünndarmverdauung leiden.

---

*) Die demnächst erscheinende II. Auflage des Schmidtschen Buches „Die Funktionsprüfung des Darmes“ enthält eine größere Reihe dieses Thema illustrierender Abbildungen und eingehendere Ausführungen, auf die ich diejenigen verweisen möchte, welche sich mit dieser Materie näher befassen wollen.

Am weitesten sind wir, dank der Probediät, mit der Erkennung und Differenzierung der Sekretionsstörungen gekommen. Magen und Pankreas (resp. Pankreas-Darm) können wir durch die Fleischprobe auseinanderhalten, Fettstühle von Gallenmangel und von Pankreasinsuffizienz lassen sich verhältnismäßig leicht unterscheiden, weil bei den letzteren regelmäßig auch die Fleischverdauung leidet. Das Wiedererscheinen von Stärkeresten deutet auf eine Störung der Dünndarmsekretion. Zum direkten Nachweis einer Pankreasstörung haben wir, abgesehen von der zu umständlichen Cammidgeschen Urinprobe zwei Vorschläge, die sich vom Praktiker verwerten lassen: Die Sahlische Glutoidprobe, mit welcher man imstande ist, eine Pankreaserkrankung auszuschließen, und die Schmidtsche Kernprobe, deren wiederholter positiver Ausfall beweisend ist für eine Pankreasinsuffizienz. Sie beruht auf seiner durch Versuche gestützten Beobachtung, daß, wo immer die Pankreassekretion vollständig aufgehoben war, auch die Verdauung der Gewebskerne fehlte. Man läßt einen kleinen Fleischwürfel in einem Gazebeutelchen schlucken und untersucht den Fleischrest nach Passieren des Darmkanals auf Kerne. Sind die Kerne mindestens sechs Stunden nach Einnahme des Beutelchens noch nicht verdaut, so darf man auf eine vollständige Pankreasinsuffizienz schließen. Eine sichere Methode, welche imstande wäre, eine Pankreaserkrankung, die nicht mit Aufhebung der Drüsenfunktion verknüpft ist, nachzuweisen, fehlt uns leider noch. Das ist aber deshalb praktisch ohne große Bedeutung, weil Verdauungsstörungen bei Pankreasleiden überhaupt nicht vor völliger Einstellung der Darmfunktion klinisch in Erscheinung treten.

Wandlungen in der Medizin.

Von Kreisarzt Dr. **Bachmann** in Harburg a. E.

Vor etwa dreißig Jahren behandelte ich als Praktikant an der Würzburger medizinischen Klinik, natürlich unter Aufsicht des Assistenzarztes, Stadtarme. Als einer meiner ersten Patienten war mir ein alter Waldarbeiter zugeteilt, welcher mit seiner Frau ein ärmliches Quartier im sogen. „Krawattendörfle" jenseits des Mains bewohnte. Die Diagnose „Bronchiektasie" war ohne Schwierigkeit von mir gestellt worden. Jetzt kam es darauf an, ein schulgerechtes Rezept zu schreiben, was mit Hülfe des aus der Rocktasche geholten „Rabow" gleichfalls glückte. Der Mann bekam zeitweilig Krankenkost mit Bouillon, Braten und Wein aus der Küche des Juliusspitals; dann lebte er aber wieder von Brot und einer geschmälzten Gemüsesuppe, welche ihm seine Baucis bereitete. Nun fiel mir auf, daß bei der „guten" Krankenkost sehr reichlicher eitriger Schleim ausgehustet wurde, die Menge aber sogleich geringer wurde, als Braten und Wein ausblieben. In meiner Einfalt erschien mir die geringe Sekretion günstiger, doch belehrte mich die Autorität des Assistenten, daß eine möglichst eiweißreiche und leichtverdauliche Kost nebst herzstärkendem Weine benötigt sei. Der Mann sei ja „so schlecht genährt", mager und schwach. Die stärkere Sekretion sei nur ein Zeichen, daß sich der Schleim besser löse. Mit dem Blute könne die Schleimabsonderung schon deshalb nicht zusammenhängen, weil das Mikroskop keine anatomische Verbindung zwischen Blutgefäßen und Schleimdrüsen erkennen lasse. Schleim sei einfach ein Produkt der Drüsenzelle. Natürlich strich ich darauf die Segel meines Gedankenfluges.

Später bekam ich einen Gonorrhöe-Kranken. Zinc. sulf. 1 : 200 Aq. destill. war ja ein leichtes Rezept, dazu eine Tripperspritze, zum zweistündlichen Gebrauch. Als Kost gabs wieder Braten und Wein, diesmal roten statt Weißwein. Der Tripper floß prachtvoll. Nun bekam der vollsaftige Mann auch einmal durch irgend einen Zufall einige Zeit schmale Kost und keinen Wein. Der Ausfluß versiegte fast. Erklären konnte ich mirs nicht, doch kam es mir in meinem naiven Gemüt so vor, als ob wir vorher den Tripper genährt hätten. Aber Unsinn! Die Kost war ja reich an leichtverdaulichem Eiweiß und zudem „bland". Der Rotwein enthielt Gerbsäure, aufs Milligramm chemisch ermittelt, und mußte daher mit „astringieren" helfen (man merkte es nur nicht).

Aehnliche Beobachtungen machte ich sodann in meiner mehrjährigen Paukarzt Praxis: immer vermehrte sich die Eiterung der Schmisse bei „guter" Kost, ließ nach bei schmaler. War das auch günstig? Zur Erzeugung bleibender Narben wurde es allerdings von den Patienten gewünscht.

Nun sollte man meinen, daß diese frühen Beobachtungen bald auf meine Behandlung Einfluß gehabt hätten. Nichts von dem, denn wenigstens noch auf lange Zeit hinaus ließ die Autoritäts-Gläubigkeit das zarte Pflänzchen Zweifel nicht aufkommen. Wie die übrigen Aerzte hielt ich an der sogen. gemischten, d. h. in Wahrheit hauptsächlich aus Fleisch bestehenden Kost bei allen Kranken fest. Neben dem tierischen Eiweiß hatten ja doch die Kartoffeln, Reis, Gemüse oder Obst kaum eine Bedeutung, da sie ja größtenteils aus Wasser bestanden.

Nach abgelegtem Staatsexamen ging ich ins Ausland, nach Südafrika. Selbständiges Handeln weckte auch allmählich selbständiges Denken, und Körper und Geist begannen sich zu recken, soweit sie ihre natürliche Fasson nicht bereits durch die spanischen Stiefeln des Gymnasiums und der Universität dauernd eingebüßt hatten. So begann ich mich mehr auf meine Kräfte zu verlassen. Landkarten, Bücher und Glaubenssätze der Wissenschaft verloren in dem Maße ihre bedingungslose Glaubwürdigkeit, als ich die Dinge selbst zu sehen und mit den Augen des Geistes zu schauen lernte.

Als ich beobachtet hatte, welche kolossale Muskelarbeit der Neger ohne Fleisch und mit sehr geringem pflanzlichen Eiweiß verrichten konnte, da wankten die Säulen der wissenschaftlichen Ernährungslehre. Die Pflanzen-Extrakte, welche die Indier mit sich führen, um sie jeder ihrer Mahlzeiten zuzusetzen, hatten zwar für die Nase des Europäers einen furchtbaren Gestank, ließen mich aber ihre Kraftquellen für den Organismus ahnen (Lahmanns Nährsalze kannte ich damals noch nicht). Diese dürren und anscheinend aus Fleischmangel abgezehrten Leiber lernte ich aber nicht nur als enorme Kraftmaschinen, sondern auch in ihrem Widerstand gegen Wundinfektion kennen: schwerste Wunden heilten ohne Antiseptik mit erstaunlicher Sicherheit, ohne Eiterung! Alle chirurgischen Operationen, die im Krankenhaus zu Kimberley vorkamen, ertrugen die Kaffern ohne Betäubung; so gesund, also doch wohl richtig ernährt, war ihr Nervensystem.

Als ich nach sechs Jahren wieder in der Heimat arztete, stand alles im Zeichen des unumschränkten Infektionismus. Die eigentliche Krankheitsursache schien nun im Bazillus entdeckt! Auch ich mikroskopierte fleißig und ließ die extreme Richtung auf mich einwirken. Bald begann es mir aber doch zu bunt zu werden: sollte unser Körper diesen kleinen Feinden denn ganz wehrlos gegenüberstehen? Warum war aber gerade der Körper des Kulturmenschen im hohen Grade gefährdet? Sollten die Kleinwesen nicht vielleicht auch im Körper, wie außerhalb, bei einem unnatürlichen Betriebe der menschlichen Maschine besonders geeignete Nährstoffe finden?

Nie in meinem Leben ist für mich ein einzelner Gedanke dermaßen folgenschwer gewesen wie dieser. Mit einem Schlage, wie durch Blitzlicht, übersah ich Gebiete, die mir vorher dunkel und ewig aussichtslos erschienen waren. Mir eröffnete sich nun eine Parallele mit den Krankheiten der Pflanzen und Tiere unter den abnormen Verhältnissen der Landwirtschaft und Vieh zucht. Die Vorherrschaft der Bakteriologie begann zu weichen, allmählich auch Virchows mechanischer und lokalistischer Standpunkt dem hohen Werte des Organismusbegriffes Platz zu machen.

Zu jener Zeit, vor etwa 12 Jahren, bot sich mir Gelegenheit, in das ärztliche Denken der Vor-Virchowschen Zeit einen tiefen Einblick zu gewinnen, und zwar auf eine Art, wie es keinem Kollegen jetzt mehr geboten werden wird, nämlich durch die Seele eines lebenden Vertreters aus jener Zeit, des hochbetagten Oberstabsarztes Dr. Dyes († 1899 zu Hannover), eines wahrhaft intuitiven Arztes. Trotz seiner vielen Irrtümer im Einzelnen und Kleinen war dieser Verächter des Mikroskops doch noch ein philosophischer Arzt, ein wahrer Jünger des Hippokrates und Galenus. Ich begann nun Hufeland, van Swieten, Boerhaave zu studieren, sowie einzelne Schriften des Hippokrates und Galenus. Namentlich bei letzterem fand ich äußerst fruchtbare Gesichtspunkte wie des temperamentum = Konstitution und der intemperies = Konstitutions-Verschlechterung, hauptsächlich durch verkehrte Ernährung, weshalb ich meiner späteren Krankheitslehre auch den Namen Neugalenismus beigelegt habe, nicht Neu-Hippokratismus, obgleich Hippokrates sicherlich der bedeutendere und ursprünglichere der beiden großen Aerzte war. Doch erst nach vielen, vielen Stufen, welche ich in meinen Schriften fixiert habe, gelangte ich endlich zu einem wahrhaft biologischen Krankheitsbegriff, welcher der modernen Lehre vom Leben entspricht. Ich wurde dazu angeregt einerseits von den Diätetikern Lahmann, Haig, Dewey und Keith, anderseits wurde mir der neue Organismusbegriff erst wahrhaft klar aus Lamarcks: Philosophischer Zoologie, aus Paulys: Darwinismus und Lamarckismus, aus Hertwigs Allgemeiner Biologie und Francés Leben der Pflanze. Diese Autoren halte ich für die naturwissenschaftlichen Propädeutiker des modernen Arztes, durch welche er die entsetzlichen Lücken des humanistischen Gymnasiums ergänzen sollte.

Nun kam mir wieder jener bronchiektatische Arbeiter in Würzburg in Erinnerung, jener Gonorrhöe-Kranke, die Studenten mit ihren „schön-eiternden" Renommierschmissen und spätere ähnliche Erfahrungen. Was war die Bedeutung jener vermehrten Sekretion? Waren etwa die weißen Blutkörperchen durch verstärkte Eiweiß-Ernährung vermehrt? Ich zweifelte zuerst daran, glaubte vielmehr eine Zeit lang, durch Dyes und Prof. Mosso irregeleitet, an ein allmähliches Absterben der roten Blutkörperchen; diesen hypothetischen Vorgang habe ich dann als Nekrozytose beschrieben, besonders in meinen Aderlaßschriften.

Nein, es handelte sich vielmehr um eine Leukozytose. Aber solche ist doch stets ein wünschenswerter Vorgang, denn die weißen Blutkörperchen sind doch die eifrigsten Gegner der Bakterien? Wieder ein Hemmnis! Nun kamen mir aber die modernen Ernährungsforschungen zu Hilfe, sowie eine Schrift von Dr. Haedicke, welche — allerdings in übertriebener Darstellung — die Leukozyten als Parasiten ansieht. Die Ernährungsphysiologie ist zwar gerade in Bezug auf die Verdauung des Eiweißes noch recht dunkel, doch wissen wir, daß gerade bei der Fleischverdauung die Zahl der weißen Blutkörperchen im Blute wächst (Bunge, Hofmeister). Auch ist nicht nur im adenoiden Gewebe, sondern auch im Eiter reichliches Pepton nachgewiesen worden. Bei der Verwertung des Fleisches spielen also wahrscheinlich die weißen Blutkörperchen eine große Rolle. Man muß annehmen, daß sie die Pepton-Moleküle mit ihren Enzymen erst völlig spalten müssen, wonach der Organismus, selbständiger, als man ihn sich früher vorgestellt hatte, aus den Atomen sich die Moleküle der von ihm gebrauchten Eiweißarten erst wieder selbst aufbaut. Was geschieht nun aber mit den Leukozyten? Der Moor hat seine Schuldigkeit getan, er kann gehen. Aber wohin? Ausgequetschten Zitronen gleich haben sie nach einer reichlichen Fleischnahrung ihre Lebenskraft erschöpft. Sie können verfetten, und das tun sie auch oft. Bevor sie aber diesem Schicksal verfallen, haben sie oft noch zahlreiche Gelegenheiten, dem Körper zu schaden, in den Lymphräumen, in den Haargefäßen. Sie sind Fremdlinge geworden, und nach dem Hippokratischen Gesetz der Katharsis duldet sie der Organismus nicht und trachtet, sich ihrer zu entledigen. Sie werden abgesondert. Auf wie vielfachem Wege dies geschehen kann, lehrt uns die Tätigkeit der zahlreichen Körperdrüsen. Aber der Organismus, ein wahrer Oekonom, weiß auch aus dem Abfall noch allerlei Brauchbares zu gestalten; so dienen sie ihm nicht nur zur Herstellung der Exkrete wie des Urins oder gehen mit den Fäzes ab, nein, sie erfüllen wichtige Zwecke als Bestandteile des Speichels, des Schleims, der Galle, der Verdauungssäfte; im Schweiß selbst dienen sie nicht nur der Entgiftung, sondern auch zur Abkühlung durch Verdunstung der Oberhaut. Bevor sie aber solchen terminalen Zwecken dienen, sind sie in den Lymphwegen und im Blute eine stete Gefahr nicht nur als Bildner von Giftstoffen, sondern auch als begehrenswerte Beute aller jener Bakterien, die wir pathogen nennen, d. h. die sich aus den eigentlichen Fäulnisbakterien der Umgebung des Menschen herangezüchtet haben zu seinem Schaden.

Wenn nun dem Leser der Gedanke unbiologisch zu sein scheint, daß ein Bestandteil des menschlichen Körpers, die Leukozyten, selbst bei beschränktem Fleischgenuß, wie ihm doch auch von den tierischen Verwandten des Menschen, den Affen, gehuldigt wird, im Körper eine schädliche Rolle spielen, so muß ich entgegnen, daß allerdings unter gesundheitsgemäßen Lebensbedingungen für ihre Evakuation genügend gesorgt ist. Es gibt eine Reihe physiologischer Reize, welche in bedeutendem Grade für die kräftige Tätigkeit aller evakuierenden Organe sorgen: Luft, Licht, Wechsel von Wärme und Kälte, Wind, Bewegung sind die besten Freunde des natürlich lebenden Menschen, indem sie die Funktion der Haut mit ihrem enormen Drüsensystem, der Verdauungsdrüsen, der Nieren, kurz aller blutreinigenden Organe regeln und damit beständig den Körper von seinen Schlacken rein halten. Unter natürlichen Verhältnissen können Stämme wie Eskimos, Indianer und Feuerländer selbst bei reichlicher Fleischkost, wobei allerdings sehr viel Fett mitgenossen werden muß, gesund bleiben. Viel schlimmer ist es aber um uns europäische Kulturmenschen bestellt, wenn wir gleichzeitig mit unzweckmäßiger Nahrung die Vernachlässigung aller evakuierender Reize verbinden. Die daraus notwendig hervorgehenden Erscheinungen nennt man Degeneration, obgleich sie eher den Namen: Konstitutions-Verschlechterung verdienten. Auf ihrer Grundlage entstehen aber unsere meisten Krankheiten.

Darin liegt eben der große Unterschied zwischen einer energetischen und zweckmäßig Material-ergänzenden Ernährung, die leicht zersetzungsfähige tierische Stoffe möglichst vermeidet und außer Mineralstoffen, Zucker, Fruchtsäuren, Kohlehydraten und Fetten nur eine mäßige Menge Pflanzeneiweiße und sparsamen Fleischgenuß zuläßt, und der heutzutage üblichen städtischen, an Fleisch-Eiweiß überreichen, an Mineralstoffen armen Nahrung. So wird der Organismus stets mit Harn- und sonstigen Säuren und anderen Produkten des retrograden Stoffwechsels überschwemmt, ganz besonders auch mit Leukozyten-Leichen belastet. Harnsäure und ähnliche Stoffe wirken sogar als kumulative Gifte, indem sie sich im Gewebe massenhaft ablagern und unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht ausgeschieden werden. Wenn dann aus Mangel an Kalk, Magnesia und Natron noch osmotische Kräfte fehlen, kommt es bei dem schon durch die vermehrte Fleischnahrung abnorm klebrigen Blute nun um so leichter zu Stockungen im kapillaren Blutkreislauf. Schließlich versagen dann auch die überreizten Nieren und das überanstrengte Herz, und mit 40 oder 50 Jahren ist das Schicksal besiegelt. Wenn so viele von uns Aerzten in diesem Alter bereits ihre Lebensbahn beenden, ist dieses dann immer die notwendige Folge des anstrengenden Berufes, oder nicht vielmehr oft tatsächliche Unkenntnis über eine gesundheitsgemäße Lebensweise?

Jedes Zeitalter hat seine Konstitution. Die unsere hat man die anämisch-nervöse genannt. Ich möchte sie die dystrophische nennen: Hypertrophien und Atrophien beherrschen das Bild. Aus Mangel an richtiger Ernährung fließt ein fehlerhaft zusammengesetztes Blut in unseren Adern, und Selbstgifte verschiedenster Art üben unheilvollen Einfluß auf unser Nervensystem. Auch der lymphatische Zustand der Kinder gehört hierher, zusammen mit Rhachitis, Skrofulose und

Chlorose. Wenn auch alle diese Ernährungsstörungen aus dem oben angeführten Grunde durch hygienische Reize wohl beeinflußbar sind, wie es z. B. ein mehrwöchiger Aufenthalt an der See beweist, so kann die Besserung doch meist keine dauernde sein, wenn kein zweckmäßiger Wechsel in der Diät stattfindet. Bevor wir nicht einmal gelernt haben, wenigstens unsere Jugend richtig zu ernähren, verdienen wir aber nicht den Namen hygienischer Aerzte!

Die Vorstufen zu allen oder doch fast allen Krankheiten lassen sich nur unter Zugrundelegung solcher allgemeinen Begriffe verstehen. Ich will im folgenden diesen Zusammenhang an einigen Beispielen zu schildern versuchen. Leider sind wir Aerzte heutzutage allzusehr gewohnt, nur das zu suchen, was die Krankheiten von einander unterscheidet (Differential-Diagnose): um so wertvoller für unseren biologischen Ueberblick ist es daher, auch einmal das Auge darauf zu richten, was den Krankheiten gemeinsam ist.

Panaritium, Phlegmonen.*) Zu den Gebieten des menschlichen Körpers, welche der Ausscheidung von Blutschlacken dienen, gehört außer dem Darmkanal, den Lungen, den Nieren, der Leber usw. vorzüglich die gesamte Oberhaut und von dieser ganz besonders die Hände und Füße, wie schon die reichlich entwickelten Schweißdrüsen der Fußsohlen und Handflächen zeigen. Durch mechanische Schädlichkeiten pflegen die Schweißdrüsen an Arbeiterhänden in größerer Anzahl zu veröden, woraus eine mangelhafte Evakuationskraft gerade der Hände von Arbeitsleuten entsteht. Ganz besonders geneigt zu Panaritien (und auch Karbunkeln) sind Schlächter. Auch Dienstboten, welche aus ländlicher Kost in städtische übergegangen sind, neigen zu Eiterbildungen. Jede kleine Epidermiswunde bietet daher eitererregenden Kleinwesen nicht nur die Eingangspforte, sondern auch bald Nährmaterial, nämlich in den Gewebsmaschen und Lymphräumen zwischen den Bewegungsorganen der Hände.

Diphtherie. Die bei Kindern stark entwickelten lymphösen Rachenorgane haben offenbar auch ihre blutreinigenden Aufgaben zu erfüllen. Tritt durch den schädlichen Reiz kalter und trockener Winde eine Störung ihrer evakuierenden Tätigkeit ein, besonders nachdem durch längeren Aufenthalt in verdorbener Stubenluft und diätetische Schädlichkeiten die allgemeine Nekrozytose**) des Körpers schon Fortschritte gemacht hat, so häufen sich in den Mandeln und ihrer Umgebung Massen von Blutschlacken auf, welche den dortselbst lauernden oder erst durch Kontagium übertragenen Diphtherie-Bazillen, Streptokokken oder sonstigen Krankheitserregern einen willkommenen Nährboden sowie Gelegenheit zur Vermehrung und damit Krankheitserregung abgeben. Oft kann man beobachten, wie die Mandeldiphtherie aus der Substanz der Drüsen, von innen heraus, sich entwickelt, offenbar nachdem eine Drüsenlakune zuerst die Pforte für die Infektion geworden ist und das Innere der Drüse geeignetes Nährmaterial abgegeben hat. Zur rechten Zeit kann vielleicht noch eine allgemeine Schweißbildung oder eine hydropathische Packung des Halses die Gefahr durch angespornte Tätigkeit der Schweißdrüsen abwenden. Dann sterben die Diphtheriebazillen aus Mangel an Nährmaterial ab. Gurgelungen mit chlorsaurem Kali scheinen besonders durch vermehrte Schleimabsonderung der Mandeln zu wirken, ebenso Pinselungen mit Sozojodolsalzen, welche die Schleimbildung mächtig fördern.

Unterschenkelgeschwüre. Wer einmal meine Grundanschauungen adoptiert hat, für den bietet es keine Ueberraschung mehr, wenn die kleinste Hautabschürfung, der kleinste aufgekratzte „Pickel" an den Unterschenkeln mancher ältern Personen mit chronischer Blutverschlechterung zu immer größer werdenden Geschwüren führt, die aller antiseptischen und rein lokalen Heilkunst trotzen, sich durch Erleichterung des Blutumlaufes (Hochlegen der Beine) zwar bessern, aber doch nicht völlig heilen lassen; er weiß, daß in den Lymphräumen dieser Haut reichliches Nährmaterial für Mikrobien aufgestapelt ist und daß dauernde Hilfe nur durch die wirksamsten Mittel der Blutreinigung, vor allem durch wiederholte kleine Aderlässe mit nachfolgender richtiger Ernährung zu erreichen ist. So erzielt ja auch der Chirurg durch Auskratzung, Umschneidung und Venen-Resektion seine besten Resultate, was ich „Chirurgie des Unbewußten" nennen möchte, denn daß durch einige kleine Aderlässe auch ohne Verstümmelungen dasselbe erreicht würde, kommt dem Chirurgen leider nicht zum Bewußtsein.

Schnupfen und Erkältungskrankheiten. Eines der beständig tätigen Organe der Blutreinigung ist die Nasenschleimhaut; eine trockene Nase ist krankhaft. Wenn auch das Reinigungsgebiet der Nasenschleimhaut für gewöhnlich wohl ein lokal begrenztes ist, so werden wir doch nicht fehlgehen, diesem wichtigen Organ in Zeiten der Not, d. h. also bei einer allgemeinen Nekrozytose, eine wirksame Mithilfe bei der Blutreinigung zuzuschreiben. Besteht dieser Zustand, etwa durch Stubenluft oder durch unzweckmäßige Ernährung hervorgerufen, so genügt oft die lokale Eindickung der Lymphe, um ein Versagen der Drüsentätigkeit der Nase und damit einen von Kribbeln und Trockenheit eingeleiteten Schnupfen auszulösen. Zuweilen hilft sich die Natur durch heftiges Niesen, indem sie durch den Vibrationsreiz die Sekretion ansporNt und damit vielleicht noch einen Ausgleich erreicht. Ist aber der Schnupfen schon einmal manifest, so kann er nur äußerst selten rückgängig gemacht werden, ebenso wie andere Katarrhe, Rheumen oder Entzündungen seröser Häute. Gleichmäßige Temperatur und fleischlose Diät helfen bei jedem Katarrh am meisten.

Katarrhe und Rheumen haben viel Verwandtes in ihrer Natur und unterscheiden sich wohl nur durch die Verschiedenheit der befallenen Gewebe. Sie haben auch die Eigenheit, sich in der Ausdehnung des gleichartigen Gewebes verbreiten zu können. wobei aus dem Schnupfen oder der Angina z. B. ein Kehlkopf-, Luftröhren- oder auch Magenkatarrh wird. Dieser Vorgang ist vielleicht fermentartig. Man glaubt heutzutage das Fortschreiten des Prozesses durch mikrobiellen Einfluß erklären zu können, doch verbreiten sich wohl sicher auch reinschleimige Katarrhe ohne Beteiligung von Mikrobien in der Fläche. Wie bekannt, bedeutet jedoch die Infektion, d. h. die Ansiedelung von eitererregenden Kleinwesen auf dem für sie günstigen Nährboden der mit Abfallstoffen beladenen Schleimhäute eine sehr häufige sekundäre Verschlimmerung solcher katarrhalisch-rheumatischer Leiden.

Gehirnapoplexie. Ein gedrungen gebauter Mann mit vorwiegend sitzender Lebensweise hat bis zu seinem 50. Lebensjahre außer häufigen Katarrhen nicht selten an chronischgewordenen Rheumatismen und Ischias gelitten. An Hämorrhoiden leidet er auch; dieselben kamen nie zur Blutung. Die häufigste Klage bildeten Kongestionen nach dem Kopfe und Stuhlverstopfung. Die Ernährung ist eine reichliche, denn „der kräftige Organismus erfordert auch eine kräftige und nahrhafte Kost". Inzwischen sind in dem Körper des wohlgenährten Mannes aber schon weitergehende Veränderungen vor sich gegangen, die er und sein Hausarzt nicht ahnten. Die niemals zur vollkommenen Oxydation oder Ausscheidung gelangenden rückläufigen Elemente des Stoffwechsels haben sozusagen lange geschwankt, ob sie sich in den Nieren, den Gelenken, an den Herzklappen oder im Hirn ansammeln sollten. Endlich hat die hereditäre Disposition für das Gehirn entschieden, und sie haben sich in den Hirngefäßen niedergeschlagen und hier allmählich fettige Degenerationen der Gefäßwände erzeugt. Eines Tages, nach einer besonders anstrengenden geistigen Tätigkeit, welche wohl schon durch die Gehirn-reizenden Vorboten der Katastrophe hervorgerufen war, kam es nach einem reichlichen Diner zum größten Schrecken der Umgebung zu dem „ganz unerwarteten" Schlaganfall. Auch jetzt noch würde ein mittelstarker Aderlaß, möglichst bald nach der Apoplexie angewandt, zur Restitution des Gehirnprozesses wesentlich beitragen, sofern Sitz und Ausdehnung desselben nicht allzu ungünstig waren. Leider wird dieses Mittel aber von unserer heutigen medizinischen Richtung meistens verabsäumt oder doch zu lange hinausgeschoben.

---

*) Mit einigen Veränderungen zitiere ich im folgenden aus meinem Aufsatze: Neo-Galenismus, „Deutsche Medizinal-Zeitung" 1901, Nr. 9 u. 10.

**) Wenn man weniger die Schlacken roter als weißer Blutkörperchen darunter verstehen will, so kann man dieses von mir gebildete Wort beibehalten.

An vorstehenden Beispielen wollte ich nur zeigen, daß sich die anscheinend heterogensten Krankheitsbilder auf humorale Vorgänge zurückführen lassen, wenn man das ihnen Gemeinsame ins Auge faßt. Ich glaube aber nicht fehl zu gehen, wenn ich in dieser Weise alle Katarrhe, Rheumen und Entzündungen akuter und chronischer Art auffasse, und von den Infektionskrankheiten behaupte, daß ähnliche Vorgänge zum mindesten dabei mitspielen, die Infektion selbst aber oft nur einen sekundären Prozeß darstellt, der allerdings stark ins Auge fallende Symptome der Erkrankung bedingt. Selbst bei bösartigen Neubildungen spielt die Blut- und Lymphbeschaffenheit eine bedeutende Rolle; von aufmerksamen Beobachtern ist ja stets eine gewisse „Sukkulenz“ der Gewebe als disponierend zu Krebs geltend gemacht worden, also doch wohl jene schlechte humorale Konstitution, wie sie auch bei Wochenbettfieber, Rheumatismen, Pneumonie, Typhus und zahlreichen anderen Infektionen erfahrungsmäßig eine ungünstige Prognose abgibt. Am wenigsten scheinen die von Plasmodien bedingten Krankheiten mit der Blutbeschaffenheit zu tun zu haben, wenn auch z. B. für den Verlauf von Wechselfieber die Art der Diät von großer Bedeutung ist.

Es ist der Zweck dieser flüchtigen Skizze, die Herrn Kollegen zu einer der heutigen Pathologie, m. E. zu ihrem Schaden, abhanden gekommenen Betrachtungsweise anzuregen. Dabei gebe ich mich keineswegs der Hoffnung hin, sogleich zu bekehren. Ich betrachte meine Aufgabe vorläufig sogar als gelöst, wenn ich Widersprüche herausfordere und zu einer lebhaften Debatte Anregung gebe.

Vor einiger Zeit sagte ein Freund und Kollege, dem ich meine Ansichten vorgetragen hatte: hören Sie auf, mir wird ganz schwindlig! Ich aber antwortete ihm: Als vor zwei Menschenaltern die erste Eisenbahn projektiert wurde, da gab es auch viele, welche behaupteten, allein das Schwindelgefühl bei der schnellen Fahrt werde die Einrichtung unmöglich machen. Aber die Eisenbahn ist doch gekommen! Wie die vervollkommnete Technik damals das verbesserte Verkehrsmittel notwendig zur Folge hatte, so scheint mir heute die fortgeschrittene Kenntnis vom Leben eine verbesserte Heilkunde zu erfordern.

REFERATE.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Von Birch-Hirschfeld. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., XLVI. Jahrg., S. 1.

2. **Die neueren Anschauungen über Wesen und Behandlung des Schielens.** Von Bielschowsky. Beihefte z. Med. Klinik, Heft 12.

3. **Klinische Beobachtungen über den Frühjahrskatarrh.** Von Elschnig. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 2, S. 82.

4. **Ueber ölige Kollyrien, insbesondere Akoinöl.** Von v. Pflugk. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., XLV. Jahrg., S. 505.

1. Birch-Hirschfeld hat aus eigener Beobachtung und aus der Literatur 684 Fälle von orbitalen Entzündungen zusammengestellt, von denen nicht weniger als 409 (59,8%) auf Nebenhöhlenentzündung beruhten; am häufigsten war die Stirnhöhle (29,8%) erkrankt, an zweiter Stelle steht die Kieferhöhle (21,8%); es folgen die Siebbeinhöhle (20,5%) und die Keilbeinhöhle (6,1%). In 14,7% waren mehrere Höhlen erkrankt. Die Sinusentzündung greift auf die Orbita durch Perforation oder Phlebitis über und erzeugt dann das Bild der Periostitis orbitae, des Orbitalabszesses und der Orbitalphlegmone. Jede Orbitalentzündung muß daher den Gedanken an ein Sinusempyem nahelegen. Durch Uebergreifen der Entzündung auf den Optikus kann Sehstörung (zentrales Farbenskotom!) und auch Erblindung eintreten.

Abgesehen von der Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung empfiehlt sich gegen die Orbitaleiterung statt der noch vielfach üblichen tiefen Inzisionen am Orbitalrande, durch einen größeren Schnitt am Orbitalrand das Periost der Orbita freizulegen, von der Orbitalwand abzulösen und einen breiten Zugang zur Perforationsstelle und zum Abszeß bei sorgsamer Schonung des Orbitalinhalts zu schaffen.

2. Bielschowskys Abhandlung gibt eine allgemeinverständliche, sehr klar geschriebene Uebersicht über Genese und Behandlung des Schielens. Er betont die Wichtigkeit der Behandlung des Strabismus konvergens schon in den ersten Lebensjahren, im besonderen der Verordnung von Brillen bei Strabismus konvergens und gleichzeitiger Hypermetropie. Zur Herstellung bezw. Erhaltung eines brauchbaren Sehvermögens am Schielauge empfiehlt sich Atropinisieren des besseren Auges für längere Zeit, um das letztere für das Nahesehen nicht verwendbar zu machen und das Schielauge zum Nahesehen heranzuziehen. Erst wenn die monatelang fortgesetzte konservative Behandlung des Strabismus konvergens das Schielen nicht beseitigt hat, tritt die operative Therapie in ihre Rechte. Im Gegensatz hierzu steht beim Strabismus divergens die operative Therapie im Vordergrund, da Ausgleichung der eventuell vorhandenen Anisometropie durch Gläser die Anomalie meist nicht dauernd beeinflußt.

3. Elschnig hat bei der Behandlung des sog. Frühjahrskatarrhs der Augenbindehaut die Verwendung trockener Kälte und die Einträufelung von 1 bis 2%iger Ichthyollösung ausgezeichnete Dienste geleistet. Wenn das Mittel schon zu Beginn der Exazerbation regelmäßig verabreicht wird, so vermag es dieselbe überhaupt zu koupieren. Während der kühleren Jahreszeit soll die Ichthyoleinträufelung mit Unterbrechungen fortgesetzt werden.

4. v. Pflugk befürwortet den Gebrauch der in Frankreich beliebten öligen Kollyrien, da sie steril sind und monatelang keimfrei bleiben, keine Verdünnung durch die Tränenflüssigkeit erfahren und Kokainöl das Hornhautepithel nicht schädigt. Besonders empfiehlt er als vorzügliches Analgetikum, das im Gegensatz zu Kokain die Pupille nicht erweitert, 1%iges Akoinöl (Präparat von Heyden), das am besten, um eine Zersetzung im Lichte zu vermeiden, im Dunkeln aufzubewahren ist.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Die Krikotomie zur Entfernung subglottischer Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern und die Verhütung der Papillomrezidive durch innerliche Gaben von Arsenik.** Von O. Körner in Rostock. Zeitschr. f. Ohrenheilk., 1908, Bd. LV.

2. **Zur Behandlung der Fremdkörper in den tieferen Luftwegen und der Speiseröhre.** Von Gustav Killian in Freiburg i. Br. Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1908, Bd. LV, Heft 1 u. 2.

3. **Beitrag zur Lehre von den Trachealtumoren.** Von Dr. Zondek in Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

4. **Ein Beitrag zur Korrektur der Sattelnase durch Paraffininjektion nach Matsu.** Von Dr. Rudolf Reiß, Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halsleiden in Wien. Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1908, Nr. 2.

1. Körner weist einleitend auf die Zusammenfassung von Paul Bruhns hin, der seine und seines Vaters Erfahrung über die operativen Erfolge bei Kehlkopfpapillomen dahin zusammenfaßt, daß er der endolaryngealen Methode unter allen Umständen den Vorzug gibt vor der Spaltung des Kehlkopfes. Körner schließt sich, wohl mit der Mehrzahl aller Operateure, dieser Ansicht unbedingt an. Doch glaubt er nachdrücklich darauf hinweisen zu müssen, daß einmal Papillome nach einer wegen Erstickungsgefahr ausgeführten Tracheotomie häufig von selbst verschwunden sind, anderseits, daß man von der Tracheotomiewunde, besser noch, wenn man die Krikotomie macht, die sich zumal bei Kindern empfiehlt, subglottisch sitzende Tumoren bequem erreichen, sorgfältig abtragen und sogar an Tumoren gelangen könne, die am Stimmband sitzen. Er beschreibt einen derartig behandelten Fall und empfiehlt die Krikotomie warm für Fälle, in denen wegen Erstickungsgefahr tracheotomiert werden müßte.

Recht bemerkenswert ist, daß sein Fall unter mäßigen Arsengaben rezidivfrei geblieben ist, wie aus seiner Klinik im ganzen sicher sieben andere Patienten. Immer wieder ein interessanter Hinweis auf die so oft beobachtete Tatsache des Einflusses, den Arsen auf Tumoren verschiedenen Ursprungs ausübt.

2. Durch die Broncho- und Oesophagoskopie sind für die Behandlung der Fremdkörper in den oberen Luftwegen und dem Oesophagus ganz neue Gesichtspunkte maßgebend geworden. Die Anwendung der schrecklichen Instrumente, wie Münzenfänger und Grätenfänger, mit denen sich der Arzt früher, meist vergeblich, bemühte, die Fremdkörper zu entfernen, ist heute beinahe als Kunstfehler aufzufassen.

Ueber die Leistungsfähigkeit der Bronchoskopie, die wir Killian verdanken, und die unserem therapeutischen Vorgehen ein Gebiet erschlossen hat, das selbst chirurgischem Eingreifen bisher fast unüberwindliche Schwierigkeiten bot, gibt uns einen Ueberblick die Zahl von 164 Fällen, die verschiedene Autoren beschrieben haben und die Killian zusammenstellt. Darauf entfallen 13% Todesfälle, von denen sicher noch der überwiegende Teil bei frühzeitiger Behandlung bezw. bei fortgeschrittener Technik vermeidbar sein dürfte. Ein um so glänzenderer Erfolg, wenn man überlegt, wie ungünstig die Aussichten für solche Patienten waren.

Dazu kommt, daß die Technik der Bronchoskopie, wenn auch nicht einfach, so doch nicht übermäßig schwer, und von geübter Hand ausgeführt, fast völlig gefahrlos ist.

Die Oesophagoskopie, die ja viel häufiger noch indiziert ist, bringt gleiche treffliche Resultate, solange nicht mit unzweckmäßigen Instrumenten zuviel herummanipuliert ist.

Jedenfalls bedeutet die Einführung der Bronchoskopie wohl Killians hervorragendstes Verdienst.

3. In einer Arbeit, die zu Ehren des 60. Geburtstages von Professor James Israel geschrieben wurde, berichtet Zondek über einen Fall von Trachealtumor, den er durch Tracheotomie und Spaltung der Kartilago krikoidea entfernte. Er erwies sich als Papillom von Wallnußgröße, das die schwersten Erstickungserscheinungen gemacht hatte. Trotz sorgfältigster Entfernung des Tumors und Auskratzen des Geschwulstgrundes wurde schon fünf Monate später ein neuer bohnengroßer Tumor festgestellt, den Prof. Israel mittels Krikotracheotomie entfernte. Zondek hörte zehn Jahre später, daß auch nach der zweiten Radikaloperation ein Rezidiv aufgetreten war, das vier Jahre nach derselben von neuem operiert werden sollte, Patientin aber in der Narkose starb. Ein sicherlich interessanter Beitrag zur Kasuistik der seltenen benignen Trachealtumoren und besonders bemerkenswert im Vergleich mit oben mitgeteilten Erfolgen Körners in der Prophylaxe solcher Geschwülste.

4. Reiß berichtet über einen guten Erfolg bei Behandlung von Sattelnasen durch Injektion von Hartparaffin. Er benutzte dazu die Spritze von Matsu, die nach Erfahrung des Referenten in zahlreichen Fällen sehr gut verwendbar ist, weil sie gestattet, Paraffin von hohem Schmelzpunkt bei tieferer Temperatur in festflüssigem Zustand leicht, sicher und mit exaktester Dosierung zu injizieren, wodurch etwaige Gefahren, die man allerdings bei wirklichem Hartparaffin nie erlebt hat, vermieden werden. Die Spritze hat aber neben einem recht hohen Preis (80 M.) auch manche technische Mängel und ist nur für geringe Mengen von Paraffin verwendbar. Auffallend war, daß Reiß zwar Gersung, den Schöpfer dieser Behandlungsmethode, zitiert, aber den Namen Ecksteins gar nicht erwähnt, der durch Einführung des Hartparaffins diese Methode erst gefahrlos machte.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Universitätspoliklinik für Lungenkranke in Berlin.

1. **Zur Bekämpfung der Tuberkulose.** Von F. Jessen. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5, S. 236.

2. **Ueber Nachteile und Gefahren der konjunktivalen Tuberkulinreaktion.** Von Stabsarzt R. Collin. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 5, S. 149.

3. **Die Aetiologie der Tuberkulose.** Von C. Flügge. Aerztl. Zentral-Zeitg., 1908, I/II, Nr. 5.

4. **Ein Antagonist des menschlichen Tuberkelbazillus.** Von Edwin Klebs. Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 29. Januar 1908. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

1. Zur Bekämpfung der Tuberkulose hält es Jessen für außerordentlich wünschenswert, daß die praktischen Aerzte und Studenten in besonderen Kursen mit der Frühdiagnose der leider jetzt oft zu spät diagnostizierten Lungentuberkulose vertraut gemacht werden (diese Forderung ist hier in Berlin wenigstens schon erfüllt). Ferner fordert Verfasser, daß man nicht wie bisher die Diagnose Tuberkulose zu verheimlichen sucht, sondern den Patienten und ihren Angehörigen offen die Wahrheit sage und ihnen dann auch die nötigen Verhaltungsmaßregeln gebe. Unbedingt notwendig sei auch die Anzeigepflicht aller Erkrankungen an Tuberkulose, nicht nur der Todesfälle, und die obligatorische Desinfektion bei Wohnungswechsel Tuberkulöser eventuell auf öffentliche Kosten.

2. Unter der großen Zahl der Arbeiten, welche sich mit der Anwendung der konjunktivalen Tuberkulinreaktion beschäftigen, sprachen sich die meisten für dieselbe aus. Erst in allerletzter Zeit sprachen sich einige Autoren gegen dieselbe aus, so findet Collin einen Nachteil darin, daß man niemals weiß, wie groß tatsächlich die ins Auge gelangte Tuberkulinmenge sei. Wenn der negative Ausfall der konjunktivalen Reaktion keine sicheren Schlüsse ziehen lasse, so sei auch der positive Ausfall keineswegs beweisend, da wiederholt Fälle mit positivem Ausfall beobachtet seien, wo die Autopsie nichts von Tuberkulose gezeigt habe. — Direkt kontraindiziert sei die Ophthalmoreaktion bei allen den Fällen, wo sich follikuläre oder trachomatöse Bindehauterkrankungen der Augen finden, sowie überall da, wo Residuen abgelaufener Phlyktänen oder tuberkulöse Erkrankungen des äußeren oder inneren Auges beständen. Auch bei Patienten, die nur über ein gutes Auge verfügten, sei es gefährlich, dieses für die Reaktion zu verwenden. Gegen die Verwendung der Methode spreche auch das jedesmalige Aufflackern der Reaktion nach einer später stattgehabten subkutanen Tuberkulininjektion. Auch die Ungefährlichkeit der Methode bestreitet Collin sehr energisch. Erstens entständen durch den Bindehautkatarrh unangenehme Sensationen (Fremdkörpergefühl etc.), ferner musse man die kosmetische Entstellung durch die Schwellung und Rötung des Auges berücksichtigen. Man dürfe ferner nicht außer Acht lassen, daß eventuell schwere Hornhautgeschwüre entstehen konnten. Unter 30 von Collin beobachteten Fällen waren fünf mit so schwerem Bindehautkatarrh, daß Verf. dringend davor warnt, die Ophthalmoreaktion als ungefährlich zu bezeichnen, zumal das „non nocere“ doch immer noch oberster und vornehmster Grundsatz des ärztlichen Handelns bleiben müsse.

3. In einem auf dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie 1907 erstatteten Referat betont Flügge, daß die Hauptinfektion der Menschen mit Tuberkulose durch kleinste in der Luft enthaltene Sputumtröpfchen erfolge; für die Haustiere komme indes meist die intestinale Infektion in Betracht.

4. Klebs stellte auf Grund von Tierversuchen fest, daß der Blindschleichen-Tuberkelbazillus gegenüber dem menschlichen Tuberkelbazillus gewisse immunisatorische Wirkungen hat. Klebs infizierte bei Kaninchen Augen mit menschlichen Tuberkelbazillen, worauf meist bald eitrige Panophthalmitis eintrat. Spritzte er dagegen gleichzeitig mit den menschlichen Tuberkelbazillen auch solche von der Blindschleiche stammenden ein, so entwickelten sich nur kleine Knötchen. — Auch ein anderer Versuch bestätigte die Annahme einer gewissen Immunisation. Klebs ließ auf ein hochinfektiöses Sputum Blindschleichentuberkelbazillen bei 28° wirken und sah dann nachher eine starke Abschwächung der Infektiosität. — Klebs injiziert die Blindschleichentuberkelbazillen wegen ihrer lokalen Wirkung in der Nähe der tuberkulösen Herde, gibt den Patienten aber nebenbei immer noch die von ihm hergestellten Präparate Tuberkel Selenin und bei Fiebereintritt und Nachlassen der Kräfte Tuberkel Sozin.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Gefäßerkrankungen.

Referent: Dr. **P. Münz**, Bad Kissingen.

Ueber Arteriosklerose. Von Prof. C. v. Noorden-Wien. Medizinische Klinik, IV. Jahrgang, Nr. 1.

An einen ausgeprägten Fall von Arteriosklerose, welche sich vorzüglich hier in einer Aorteninsuffizienz und Angina pektoris manifestierte, knüpft der Verfasser eine Reihe von mehr kritischen Bemerkungen und Betrachtungen über dieses „aktuelle“ Thema, das erst in den letzten Jahren so sehr in den Vordergrund des ärztlichen Interesses getreten ist. Meist sind es bekannte Tatsachen, die hier wiedergegeben werden; aber die Art, wie sie zur Darstellung gelangen, ist recht belehrend und nicht ganz uninteressant. Neues wird freilich in dem Aufsatz wenig geboten, und selbst dieses wird man nicht so ohne weiteres hinnehmen dürfen. Auch v. Noorden betrachtet die Arteriosklerose als eine Abnutzungskrankheit; sie ist, wenn ich so sagen darf, keine Alters-, sondern eine Alterationserscheinung der Gefäße. Ist dies nun der Fall, so darf man zwischen der juvenilen und senilen Form nicht den Unterschied machen, wie es bei v. Noorden geschieht. In dem einen Falle findet eben durch irgendeine oder das Zusammenwirken mehrerer Gelegenheitsursachen die Abnutzung schon recht frühzeitig statt, in dem anderen tritt sie erst später in die Erscheinung; bei vielen ist ja auch ein labiles Gefäßsystem, das eher zur Arteriosklerose führt, wahrzunehmen. Freilich hat v. Noorden Recht, wenn er sagt, daß die im höheren Alter auftretende Arteriosklerose — eine Grenze gibt v. Noorden nicht an, wir können aber das 45. bis 50. Lebensjahr als solche auffassen — nicht zu so schweren Symptomen führt wie die juvenile. Unter den Gruppen, die angeführt werden, dürfte auch diejenige der Neigung zu Aneurysmen nicht fehlen, zu größeren an der Aorta, zu kleineren an den Hirngefäßen (Miliaraneurysmen), die ja oft so verhängnisvoll werden. Unter den disponierenden Momenten fehlt die Angabe des zu reichlichen Fleischgenusses, ferner nervöser Zustände und des Klimakteriums, unter den Giften disponiert auch Quecksilber zur Arteriosklerose. Dagegen wird von v. Noorden der schädliche Einfluß des Alkohols mit Recht anerkannt; ich betone dies gegenüber dem Versuche Burwinckels, den Alkohol als ätiologisches Moment der Arteriosklerose zu negieren. Wenn v. Noorden in dem eigentlichen Verkalkungsprozeß der Gefäße einen Heilungsvorgang erblickt, so ist dies wohl nur cum grano salis zu verstehen. Wie oft kann gerade die fortschreitende Verkalkung verderblich werden, indem es wegen der dadurch erzeugten Brüchigkeit der Gefäße zu Rupturen und Blutergussen in lebenswichtige Organe kommt oder indem sich eine solche Verengerung peripherer Gefäßstämme herausbildet, daß sie die so gefürchtete Gangrän im Gefolge hat.

Die Angina pektoris, welche im Gegensatz zu der auf nervöser Basis, auf dem Mißbrauch von Tabak und, fügen wir hinzu, dem Mißbrauch von Kaffee beruhenden als vera bezeichnet wird, setzt, wie bekannt, eine sklerotische Beteiligung der Koronararterien resp. der Aorta aszendens voraus. Oft steht, was ich bereits an anderer Stelle betonte, die Schwere des Krankheitsbildes zu der Ausbreitung des Krankheitsprozesses in einem gewissen Gegensatz. Sicherlich spielt hierbei die Individualität, die Erregbarkeit des Herzens eine gewisse Rolle. Ueber das Wesen der Schmerzanfälle selbst äußert sich v. Noorden nicht. Am ansprechendsten erscheint die Ansicht, daß der Schmerz auf einer Herzneurose, einer Hyperästhesie des Plexus kardiakus beruht.

In der Behandlung der Arteriosklerose weist v. Noorden mit Recht der Prophylaxe einen hervorragenden Platz an; freilich werden die meisten Menschen sich sehr schwer entschließen wollen, ihre liebgewordene Lebensweise zu ändern, bevor manifeste Erscheinungen aufgetreten, und sind sie einmal aufgetreten, dann hat der sklerotische Prozeß meist begonnen. Die vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen, welche hier keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen wollen, decken sich mit der bisher üblichen Therapie. Ohne eine richtig gestaltete Diätetik keine Behandlung der Arteriosklerose. Als Grundsatz hat hierbei zu gelten, daß Arteriosklerose zwar „jegliche Unmäßigkeit verbietet, aber durchaus keine Einseitigkeit der Kost notwendig macht“. Wie eine zu reichliche Fleischkost, so ist auch eine einseitige vegetarische Ernährung zu verwerfen. Die Bevorzugung des sogenannten weißen Fleisches in der Ernährung will v. Noorden nicht gelten lassen; damit wird er wohl vielfach auf Widerspruch stoßen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß Arteriosklerotikern das schwarze Fleisch, vielleicht wegen seines größeren Gehaltes an Extraktivstoffen, die erst im Laufe der Zubereitung so recht hervortreten, wegen seiner geringeren Verdaulichkeit, vielleicht auch deshalb, weil es im allgemeinen gewürzreicher zubereitet wird, schlechter bekommt als das weiße Fleisch; freilich wird man, wenn der Ernährungszustand Not leidet, den Kranken von Zeit zu Zeit auch schwarzes Fleisch verordnen dürfen. Dagegen stimme ich v. Noorden bei, wenn er die Furcht vor kalkhaltigen Nahrungsmitteln nicht ganz teilt; spielt doch gerade die Milch, das kalkreichste Nährmittel, in der Ernährung der Arteriosklerose eine bedeutende Rolle. Eine zu große Zufuhr von Milch ist wegen allzugroßer Ueberschwemmung des Körpers mit Flüssigkeit allerdings zu verwerfen. Unter den Arzneimitteln nimmt das Jod die erste Stelle ein; jedoch weisen schon Rosenbach, Huchard, Senator u. a. darauf hin, daß die Anwendung eine methodische sei; nie darf der Appetit dabei allzusehr leiden; bewährt haben sich mir in dieser Beziehung Sajodin und neuerdings das Jodglidin. Bei der Alterssklerose, die ohne Beschwerden verläuft, Jod zu verordnen, hat nicht viel Zweck. Das Jod wirkt, worauf schon früher hingewiesen wurde, wohl weniger heilend und resorbierend, als dadurch, daß es die Viskosität des Blutes herabsetzt. Bei Strumösen ist bei der Verabfolgung von Jod Vorsicht geboten, da sich bei der Resorption der Struma ein Hyperthyreoidismus entwickeln kann. Unter den Arzneimitteln vermisse ich einen Hinweis auf das Antisklerosin resp. das Asklerosol und die zumal in der Behandlung der Angina pektoris so sehr bewährten Nitropräparate. In den kohlensäurehaltigen Bädern, die freilich genau dosiert werden müssen, erblickt auch v. Noorden eine ausgezeichnete, erfolgreiche Behandlungsmethode. Natürlich ist in ihrer Anwendung bei Herzinsuffizienz große Vorsicht geboten; ich möchte hinzufügen, daß dasselbe auch bei Sklerose der Koronararterien, der Gehirngefäße und bei vorgeschrittenen Aneurysmen der Fall sein muß. Um speziell die Stenokardie zu bekämpfen, empfiehlt v. Noorden außer der Anwendung von Jod das auch von anderer Seite empfohlene Diuretin, Theobromin und ähnliche Präparate in nicht allzugroßen Dosen. Um die Anfälle selbst zu lindern, muß man häufig zur Morphiumspritze seine Zuflucht nehmen. Ist auch die Furcht vor der Morphiumanwendung bei einem anginösen Anfall nicht ganz berechtigt, so wird man bei einer Schwäche des Patienten sowie Kleinheit und Frequenz des Pulses doch vom Morphium Abstand nehmen müssen. Die Bettruhe bildet sicherlich ein vorzügliches Mittel in der Behandlung der Stenokardie.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **A. Schwenk**, Berlin.

1. **Die eitrigen Erkrankungen der Prostata.** Von Vogel. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 4.

2. **Die anästhetische Wirkung des Buccavacedrol bei akuter gonorrhoischer Urethritis.** Von Ringelhaupt. Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1908, Nr. 2.

3. **Diagnose und Behandlung des Blasenkatarrhs.** Von R. Kutner. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 2.

1. Verfasser bespricht die verschiedenen Arten der eitrigen Prostataerkrankungen und unterscheidet a) die Prostatitis, hervorgerufen durch das Ueberwandern des gonorrhoischen Prozesses durch die hintere Harnröhre nach der Prostata; b) die Prostatitis im Anschluß an eitrige Prozesse im Rektum durch direkte Ueberwanderung von Bakterium koli und Staphylo- und Streptokokken in das prostatische Gewebe; c) die eitrige Prostatitis im Verlaufe von septischen Allgemeinerkrankungen oder Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Influenza, Typhus, Parotitis), wobei als Vehikel die Blutbahn dient; d) traumatische, bedingt durch unzweckmäßige instrumentelle Maßnahmen (Katheterismus oder Spülung) oder äußere Gewalteinwirkungen (Quetschung des Damms).

Die Symptome der eitrigen Prostataerkrankung sind: a) Bei der akuten, heftige Schmerzen am Damm und im After das Gefühl einer heißen Nuß. In Verbindung damit Beschwerlichkeit des Urinierens und des Stuhlgangs, die sich häufig bis zu beiderseitiger Retention steigert. Objektiv konstatiert man mit dem ins Rektum eingeführten Finger einen heißen, prall-elastischen, stark sich vorwölbenden Tumor. b) Bei der chronischen, Kitzel im After und Entleerung eines klebrigen Sekrets aus der Harnröhre beim Stuhlgang und Urinieren; gesichert wird die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung des exprimierten Sekretes. Die Behandlung bei der akuten eitrigen Entzündung beschränkt sich auf Bettruhe und antiphlogistische Maßnahmen, Verabreichung von Balsamika und schmerzstillenden Suppositorien. Entleert sich der Eiter hierbei nicht spontan nach der Harnröhre und zeigen sich große Schwankungen der Körpertemperatur, so empfiehlt Verfasser, wenn dazu noch komplette Urinretention tritt, die Operation. Die Eröffnung des Abszesses per rektum ist neben anderen operativen Eingriffen in Anbetracht ihrer Einfachheit und der kürzeren Heilungsdauer vorzuziehen. Eine Heilung der chronischen Prostatitis ist nur möglich durch eine intensive, wöchentlich mehrmals vorzunehmende Prostatamassage mit anschließender antiseptischer Spülung der ganzen Harnröhre.

Referent glaubt nach seinen Erfahrungen bezüglich des operativen Eingriffes bei Prostata-Abszessen ein expektativeres Verhalten empfehlen zu können. Bei intensiver Verwendung von Wärme jeglicher Art (heiße Sitzbäder mehrere Male am Tage und heiße Kataplasmen auf den Damm) entleerte sich meist spontan der Eiter, selbst nach mehrtägiger kompletter Harnverhaltung und großen Temperaturschwankungen. Bezüglich der so beliebten Diagnosenstellung aus dem Urinbefund, wovon der Verfasser gar nicht spricht, möchte ich noch bemerken, daß eine Trübung der zweiten Harnportion meist auf Miterkrankung der Prostata hinweist, daß ein klarer zweiter Urin eine solche Erkrankung aber absolut nicht ausschließt. Es ist bei jeder länger bestehenden Gonorrhöe stets empfehlenswert, sich von der mikroskopischen Beschaffenheit des Prostatasekretes zu überzeugen.

2. Verfasser empfiehlt ein auf der dermato-syphilidologischen Abteilung des Krankenhauses Wieden in Wien erprobtes Balsamikum Buccavacedrol für die innere Behandlung der akuten Gonorrhöe, und zwar fünfmal täglich zwei Kapseln. Das Präparat soll die guten Wirkungen (Beseitigung der Schmerzen, Hemmung der Erektion, Beschränkung der Sekretion) der bisher empfohlenen Medikamente haben, ohne die nachteiligen (Magen-Darmbeschwerden) im Gefolge zu haben.

3. Die Diagnose des Blasenkatarrhs wird gestellt aus dem trüben Urin und dem Harndrang, wobei der Harndrang das wichtigere Symptom ist. Nach der Dauer des Bestehens des Dranges unterscheidet Verfasser a) akute Zystitis, b) chronische Zystitis. Die Ursachen für die akute Zystitis sind dieselben wie bei der chronischen: chemische, thermische (Erkältung), traumatische (Ausscheidung von Salzen) Reize; Gonorrhöe, unsauberer Katheterismus, Harnstauung bei Striktur und Prostatahypertrophie. Die Diagnose, welche Form der Zystitis in jedem Falle vorliegt, ist für den Praktiker leicht zu stellen, wenn er sich nur die angeführten Aetiologien vor Augen führt. Bei der Differentialdiagnose der Zystitis infolge von Striktur oder Prostatahypertrophie ist zu merken, daß bis zum 45. bis 50. Lebensjahre Strikturen, jenseits dieser Altersgrenze Prostatahypertrophie die Regel sind. Die definitive Entscheidung hierüber bleibt natürlich der instrumentellen Untersuchung (Sonde resp. Zystoskopie) vorbehalten. Der Hauptunterschied zwischen der Zystitis, hervorgerufen durch Steine oder Prostatahypertrophie, ist der, daß bei der ersteren der Patient größere Beschwerden (Harndrang und Schmerzen) bei Bewegungen als in Ruhelage empfindet. Die tuberkulöse Zystitis, die den chronischen noch anzureihen ist, ist gekennzeichnet durch das Schleichende des ganzen Prozesses. Der Harndrang setzt gering ein und steigert sich unaufhaltsam zu größter Heftigkeit, wobei die Kapazität der Blase immer kleiner wird. Der Harn ist in der ersten Zeit fast nie getrübt und reagiert sauer; den Schlußstein der Diagnose bildet der Befund von Tuberkelbazillen im Harn und die kystoskopische Untersuchung.

Die Diagnose nervöser Blasenerkrankungen wünscht der Verfasser sehr eingeschränkt zu sehen, da sehr häufig Nierenerkrankungen, Diabetes oder bei Frauen gynäkologische Krankheiten mit dem einzigen Symptom des Harndrangs einhergehen.

Röntgentherapie.

Referent: Dr. **Karl Försterling**, 1. Assistent bei Prof. Dr. Schlange, Hannover.

1. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Myositis ossifikans progressiva.** Von Prof. Paul Krause und Dr. Trappe. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XI, S. 229.

2. **Eine bisher nicht beschriebene Allgemeinerkrankung des Skelettes im Röntgenbilde.** Von Prof. Albers-Schönberg. Ibidem, Bd. XI, S. 261.

3. **Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die weißen Blutzellen etc.** Von Dr. Schmidt und A. Géronne. Ibidem, Bd. XI, S. 263.

4. **Ein neuer Härtemesser für Röntgenröhren.** Von Ingenieur Carl Beez. Ibidem, Bd. XI, S. 285.

5. **Einige Neuerungen im Röntgeninstrumentarium.** Von Max Levy-Dorn. Ibidem, Bd. XI, S. 303.

6. **Ueber einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation.** Von Dr. Bogrow. Ibidem, Bd. XI, S. 350.

7. **Ein Lokalisator aus Bleiglas.** Von Priv.-Doz. Dr. Kienböck. Ibidem, Bd. XI, S. 360.

1. Zusammenstellung aller bisher beschriebenen Fälle mit Ausscheidung der fälschlich hierher gerechneten; sehr ausführliche, kritische Arbeit. — Es handelt sich bei den Verknöcherungen stets um echtes Knochengewebe, nicht nur um Verkalkungen. Es erkrankt zuerst das Bindegewebe im Muskel: die kontraktilen Elemente gehen dann sekundär durch Druck zu Grunde. Beteiligt am Krankheitsprozeß ist das ganze Bindegewebssystem, nicht nur das des Bewegungsapparates; es beweisen das die Ablagerungen in der Subkutis. Die Verf. lenken die Aufmerksamkeit besonders auf eine eigentümliche Kalkablagerung, die sie in einer Schwellung über dem Kreuzbein nachwiesen. Sie nehmen einen durch den Kalk auf die Bindegewebselemente ausgeübten Reiz an, der zur Proliferation anregt und zur Metaplasie in echten Knochen. Als Grundursache ist eine auf unbekannter Basis beruhende Entzündung zu supponieren.

2. Beschreibung und Reproduktion eines sehr auffallenden Röntgenbefundes. Sämtliche Skeletteile geben einen marmorartigen Schatten, in dem eine Differenzierung zwischen Kortikalis und Spongiosa nicht zu erkennen ist. An einzelnen Teilen erscheinen wie mit einem Locheisen herausgestemmte strahlendurchlässige Stellen, die das Bild noch unerklärlicher machen. Im ganzen hat man fast den Eindruck wie bei chronischer Ostitis mit erheblicher Knochenneubildung. Pat. litt an einer erhöhten Knochenbrüchigkeit. — Verf. warnt davor, diese Bilder für einfach unterexponiert zu halten.

3. Verf. haben stark leukozytenhaltiges Blut, dessen Gerinnung durch Hirudin verhindert war, in Petrischalen den Röntgenstrahlen exponiert. Bei Photographie der ungefärbten Präparate mit ultraviolettem Licht fanden sie starken Zerfall der polynukleären Leukozyten; ihr Protoplasma ist gequollen, grobkörnig, die Kerne verschwommen, die Zellwand häufig geplatzt. Dagegen sind die kleineren einkernigen Lymphozyten nur wenig beeinflußt. Vielleicht kommt daher die erhöhte Resistenz der lymphoiden Leukämie gegen Röntgentherapie.

4. Von Beez wird sein neu eingeführter Härtemesser beschrieben, der nach Analogie des Walterschen gefertigt ist. Er enthält nur fünf Härtegrade, mithin weniger als der Waltersche, ist dem praktischen Gebrauch angepaßt und vor allem billiger (7 M.). Er kann bequem in einer Ecke des Durchleuchtungsschirmes untergebracht werden.

5. Levy-Dorn beschreibt hier eine Anzahl Neuerungen am Röntgeninstrumentarium, die er bei Einrichtung des Virchow-Krankenhauses hat ausführen lassen. Für den praktischen Arzt sind sie z. T. zu teuer und zu groß. — Empfehlenswert dürfte eine Aenderung an den Kassetten sein. Bei den bisher üblichen Formen für mehrere Plattengrößen liegt die Platte stets in der Mitte; da dadurch störende, nach allen Seiten breit überstehende Ränder an der Kassette vorhanden sind, verlegt er die Platte stets in eine Ecke der Kassette, so daß wenigstens nach zwei Richtungen kein Rand vorspringt. Es läßt sich dadurch die Platte (z. B. bei seitlichen Halsaufnahmen) nahe heranschieben.

6. Verf. beschreibt die Veränderungen, die er nach Röntgenbestrahlungen an Haaren gefunden hat. Er unterscheidet drei Stufen: 1. Einmalige starke Bestrahlung, die den Haarausfall zur Folge hat: die ausgefallenen Haare besitzen keine Zwiebel, sondern statt dessen einen spitzigen oder abgerundeten Kegel; man hat den Eindruck, daß die Papillentätigkeit schnell und kräftig unterdrückt ist. 2. Geringere Dosis, aber mit Haarausfall: langsame Abnahme der Dicke des Haares, Schwund des Pigments und der Medullarsubstanz (ähnlich dem Lanugohaar). Die Länge der Verdünnung des zentralen Endes hängt von der Bestrahlungsdauer ab; je länger die Exposition, desto kürzer die Verdünnung und umgekehrt. 3. Bei einer Dosis, die nicht zur Epilation führt, zeigen die mechanisch entfernten Haare eine Einschnürung oberhalb des Bulbus und Verkleinerung der Zwiebel; oder aber sie brechen an der verdünnten Stelle ab und zeigen statt der unter 2. beschriebenen Spitze eine quere Bruchfläche. Es handelt sich also um eine qualitative und vor allem quantitative Veränderung der Papillenfunktion.

7. Es ist ein halbkugeliger Bleiglasschutz für die Röntgenröhre mit lochartigem Ausschnitt für das austretende Strahlenbündel. — Sicherlich für therapeutische Bestrahlungen sehr geeignet.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Referent: Dr. **Peltzer**. Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Hygiene und Medizinalstatistik.** Med. Reform, Wochenschrift f. soz. Medizin, 1908, Nr. 3, S. 30.

2. **Das öffentliche Gesundheitswesen in Dänemark.** Von Dr. Rapmund und Dr. Herrmann. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen, 1907, 3. Folge, XXXIV. Bd., Suppl.-Heft.

3. **Ueber die Organisation des Medizinalwesens usw. in Oesterreich-Ungarn.** Von Dr. Telke. Amtl. Reisebericht. Ibidem, S. 1 bis 151.

1. Mit zu den wichtigsten internationalen sanitätspolizeilichen Aufgaben gehört bekanntlich die Bekämpfung der Syphilis und die Regelung der Prostitution. Es scheint, als ob in Bezug auf letztere gegenwärtig fast überall zu einem neuen milderen System übergegangen werden soll, welches sich namentlich auf die Behandlung Geschlechtskranker und auf gewisse Erleichterungen gegenüber der nicht ausgesprochen gewerbsmäßigen Prostitution bezieht. So ordnet für Preußen ein Erlaß der Minister des Innern und der Medizinalangelegenheiten vom 11. Dezember 1907 über die Handhabung der Sittenpolizei an, daß überall, wo Prostituierte überwacht werden müssen und es an Gelegenheit zur unentgeltlichen ärztlichen Behandlung Geschlechtskranker fehlt, durch Vereinbarungen mit Aerzten und Krankenhäusern nach Möglichkeit für die Einrichtung öffentlicher Sprechstunden gesorgt werden soll. Erstmalig Sistierte sollen künftig unter Aushändigung eines Verzeichnisses solcher Sprechstunden mit dem Auftrage entlassen werden, sich dort vorzustellen und entweder sofort ein Gesundheitszeugnis vorzulegen oder nachzuweisen, daß sie ärztlich behandelt werden. Polizeiärztliche Untersuchung und zwangsweise Krankenhausbehandlung findet fortan nur statt, wenn die Patienten hinlanglich verdächtig sind, daß sie sich der freien ärztlichen Behandlung entziehen oder vor erfolgter Heilung wieder Unzucht treiben. Aehnliche Erleichterungen dürfen auch solchen unter Kontrolle stehenden Prostituierten zu teil werden, die Gewähr dafür bieten, daß sie den ärztlichen Anordnungen nachkommen und sich während ihrer Krankheit von Gewerbsunzucht fernhalten. Die Stellung erwachsener Prostituierter unter polizeiliche Aufsicht wird in Zukunft nicht verfügt werden, wenn die Voraussetzung vorliegt, daß die Prostituierte aus dem Gesetz vom 28. Aug. 1905 gerichtlich wegen strafbarer Gewerbsunzucht verurteilt werden kann, bleibt dagegen bestehen gegenüber Rückfälligen. Von allen polizeilichen Maßnahmen, die die Rückkehr zu einem geordneten sittlichen Lebenswandel erschweren, soll abgesehen, unerhebliche Verstöße gegen polizeiliche Bestimmungen sollen nicht bestraft werden, wohl aber, und zwar nachdrücklich, Zuwiderhandlungen gegen ärztliche Vorschriften, möglichst durch Ueberweisung an das Arbeitshaus.

2. Von den Nachbarländern Preußens kommen hierbei hauptsächlich Dänemark und Oesterreich-Ungarn in Betracht. In Dänemark sind die venerischen Kranken von den behandelnden Aerzten in den wöchentlichen, dem Distriktsarzt einzureichenden Nachweisungen über ansteckende Krankheiten ohne Namensnennung numerisch mit aufzuführen. Nach dem Strafgesetzbuch von 1866 wurde bisher nicht nur gewerbsmäßige Unzucht, sondern auch der Beischlaf zwischen geschlechtskranken Personen bestraft, neuerdings ist jedoch durch Gesetz vom 30. 3. 06 die bisherige polizeiliche Kontrolle durch Reglementierung der Prostitution vollständig aufgehoben und wie bei uns an ihre Stelle eine ausgedehnte ärztliche Kontrolle sowie die weitgehendste Möglichkeit einer unentgeltlichen poliklinischen oder Krankenhausbehandlung getreten, nur der § 181 des Strafgesetzbuches von 1866 ist bestehen geblieben. („Wenn jemand, der weiß oder vermutet, daß er mit einer ansteckenden venerischen Krankheit behaftet ist, mit einer anderen Person Unzucht übt, so ist auf Gefängnisstrafe oder unter erschwerenden Umständen auf Besserungshausstrafe zu erkennen.") Dieser Paragraph wird sogar auf Ehegatten ausgedehnt, außerdem wird eine Verpflichtung zur Entschädigung des Infizierten ausgesprochen. Jeder Venerische hat ohne Rücksicht auf seine Vermögensverhältnisse Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Verpflegung in einer Krankenanstalt, ohne daß dies als öffentliche Armenunterstützung angesehen wird. Wer nicht nachweisen kann, daß er privatim behandelt wird, ist verpflichtet, sich der Krankenhausbehandlung zu unterwerfen. Syphilitische Kinder dürfen nur von der eigenen Mutter genährt werden, Venerische, die Ammendienste leisten, werden bestraft, Bordelle sind verboten. Um die noch nicht Inskribierten von den Inskribierten fernzuhalten und ihnen den Rückweg zur Zucht und Sitte zu erleichtern, werden sie zunächst nicht dem besonderen Prostituierten-, sondern dem allgemeinen Krankenhaus zur Behandlung überwiesen, auch werden sie getrennt untersucht. Selbst in dem „Vestre-Hospital", das lediglich Venerische aufnimmt, sind zwei völlig getrennte Abteilungen für Inskribierte und Nichtinskribierte vorgesehen. Die Inskribierten dürfen sich mit besonderer Erlaubnis auch privatärztlich untersuchen lassen. Zu solchen Untersuchungen waren s. Z. neun Privatärzte in Kopenhagen autorisiert neben zwei Polizeiärzten. Von den ärztlicherseits gemeldeten Venerischen machten nur etwa 35% von der (auch schon früher) gewährten freien ärztlichen Behandlung Gebrauch, während sich dies Verhältnis bei den übrigen ansteckenden Krankheiten auf etwa 60 bis 75% stellt. Hiernach scheint die Venerie in Kopenhagen mehr unter der wohlhabenden als unter der ärmeren Bevölkerung verbreitet zu sein.

3. In Oesterreich herrscht bis jetzt noch ein ganz anderes System. Hier ist das Bordellwesen geduldet und die Prostitution bisher überhaupt noch nicht gesetzlich geregelt, die Regelung vielmehr den Gemeinden überlassen, so daß hierfür meist nur in den größeren Städten besondere Vorschriften bestehen. In den Städten mit Polizeiverwaltung ist dieser die Durchführung überlassen. Die mit der Untersuchung der Prostituierten beauftragten Polizeiärzte sind bezüglich ihres gesamten Einkommens vielfach nur auf die taxmäßigen Gebühren für diese Untersuchungen angewiesen. Uebrigens hat das Bordellwesen innerhalb der letzten Jahre in den größeren österreichischen Städten, namentlich in Wien, Triest und Prag unter gleichzeitiger Zunahme der Einzel- und der Geheimprostitution stetig abgenommen, steht dagegen in den kleineren Städten, namentlich in den Industriebezirken, in voller Blüte. Die Spitalsaufnahme Venerischer muß unbedingt erfolgen. In Wien wird gegen die geheime Prostitution außerordentlich streng vorgegangen, um ihre Unterstellung unter Kontrolle zu erzwingen. Ihre Ueberwachung erfolgt durch Zivilbeamte (für jeden Bezirk einen bis zwei). Die noch nicht beanstandeten geheimen Prostituierten werden das erste Mal mit einer mehrtägigen Polizeistrafe belegt, fremde landesverwiesen. Wiederholte Beanstandung hat unter Umständen drei bis sechs Monate Gefängnis zur Folge und außerdem die Ueberweisung an eine Zwangsarbeitsanstalt auf zwei bis drei Jahre. Bei den Kontrollierten wird die Uebertretung der Sittenvorschriften meist sehr milde bestraft. Die Mädchen sollen sich eben freiwillig der Kontrolle unterstellen. Die kontrollierte Prostituierte muß stets ein Gesundheitsbuch mit eventuell auf Polizeikosten hergestelltem Photogramm bei sich

führen. Sämtliche Prostituierte werden zweimal wöchentlich durch die Polizeiärzte untersucht. Nur notorisch zahlungsunfähige Einzelprostituierte zahlen hierfür nichts, andere eine Krone. Die Untersuchung einer Kontrollierten in der Wohnung oder im Bordell kostet zwei Kronen. Diese Beträge fließen unmittelbar dem Polizeiarzt zu. Die Krankenhausbehandlung kontrollierter Prostituierter ist unentgeltlich, auf Kosten der Gemeinde. Das Zuhälterwesen (Strizzi) ist in Wien nicht erheblich. Schon die bloße Anwesenheit eines Zuhälters in der Wohnung der Prostituierten ist strafbar. Mit dem Anwachsen der geheimen Prostitution wird die Existenzfähigkeit der Bordelle immer mehr in Frage gestellt. In Triest mit seiner zahlreichen Matrosenbevölkerung, die für die Verbreitung der Venerie eine Gefahr ist, beziehen, abgesehen von dem Polizeichefarzt, drei mit der Untersuchung der Prostituierten beauftragte Polizeiärzte überhaupt kein Gehalt und müssen für ihr Einkommen aus den Untersuchungsgebühren (ein bis zwei Kronen) noch andere wichtige staatliche Funktionen ausüben.

In Prag liegen die Verhältnisse ähnlich wie in Wien.

In Ungarn werden nach dem Sanitätsgesetz von 1876 für den Fall, daß in einer Gegend die Syphilis derartig verbreitet ist, daß zu ihrer Unterdrückung die gewöhnlichen Maßregeln nicht ausreichen, auf Staatskosten Notspitäler errichtet! Für Mittellose zahlt der Staat. Im übrigen ist auch in Ungarn die Regelung der Prostitution Sache der Kommunen, nur in Pest obliegt sie der staatlichen Polizei; die Kommune trägt die Hälfte der Kosten. Als technischer Beirat steht dem Polizeihauptmann ein Polizeioberarzt zur Seite, der zugleich der Chef der 24 Polizeiärzte ist. Diese haben die Sittenkontrolle auszuüben und werden ihrerseits von dem Oberarzt kontrolliert. Gehalt (1200 Kronen) beziehen jedoch nur 15 Polizeiärzte, die übrigen sind auf die Einnahmen aus der Sittenkontrolle angewiesen. Alle acht Wochen nimmt der Oberarzt eine Kontrolluntersuchung vor. Die Untersuchungen selbst finden entweder, jenachdem, in der Wohnung der Prostituierten, im Amtslokal oder im Bordell statt. Der Oberarzt erhält für jede Kontrolluntersuchung (im Amtslokal) zwei Kronen. Er muß ferner jede Person, die sich unter Sittenkontrolle zu stellen beabsichtigt, bei ihrer ersten Anmeldung untersuchen. Grundsatz ist, daß die zwangsweise Eintragung einer Person als Prostituierte nicht stattfindet. Wie in Oesterreich besteht die Einrichtung der Gesundheitsbücher. Personen, welche sich durch geheime Prostitution nur einen gelegentlichen „Nebenverdienst“ verschaffen wollen, brauchen nicht direkt mit der Polizei in Verbindung zu treten, um nach außen hin nicht kompromittiert zu werden. Sie sind nur dem Polizeiarzt bekannt, bei dem sie die Ausstellung eines Gesundheitsblattes beantragen und der ihre regelmäßige Untersuchung vornimmt. Hierdurch soll der geheimen Prostitution entgegengearbeitet werden. Die Zahl der Bordelle nimmt von Jahr zu Jahr ab. Die Einzelwohnung Prostituierter muß von der Stadthauptmannschaft als geeignet befunden werden und der Hauseigentümer muß sich schriftlich mit der Vermietung einverstanden erklären, denn jeder Mieter kann den Auszug einer Prostituierten innerhalb 24 Stunden verlangen oder aber ohne Kündigung auf Kosten des Eigentümers selbst ausziehen. Die Polizei setzt auch den Mietspreis für Prostituierte fest. Vertrauenswürdige Prostituierte dürfen auch nicht genehmigte Wohnungen beziehen, sollen aber dann die Prostitution nicht hier ausüben, sondern sind auf die sogen. Rendezvousplätze (Absteigequartiere, konzessionierte, hotelartige Häuser) angewiesen, in denen außer dem Besitzer und seinem Personal niemand wohnen darf. Hier finden sich zu bestimmten Stunden die sogen. Sitzmädchen ein, oder es führen die Prostituierten die Männer von der Straße zu. Die Wirtin legt den Besuchern die Photographien der Mädchen zur Auswahl vor. Die Vermeidung der zwangsweisen Einstellung einer Prostituierten unter die Kontrolle soll bereits ihre guten Früchte getragen und selbst rückfällige Prostituierte durch die bloße polizeiliche Bestrafung wieder auf den rechten Weg gebracht haben. Eine Neuregelung des Prostitutionswesens steht bevor.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Secacornin.

Sammel-Referat von Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Die Wirkung des Mutterkorns ist klinisch vieltausendfach erprobt und die Droge ist sowohl dem praktischen Arzt als auch dem Gynäkologen von Fach unentbehrlich geworden. Die Anwendung des Secale cornutum wäre eine ideale, wenn uns stets ein Präparat von gleichem Wirkungswert zur Verfügung stände. Dieser leichten Zersetzlichkeit wegen fordert das deutsche Arzneibuch die alljährliche Erneuerung der vorrätigen Droge. Mehr als das Pflanzenpulver selbst erfreuen sich die daraus dargestellten Extrakte großer Beliebtheit. Doch hat es auch nicht an Versuchen gefehlt, die eigentlich wirksame Substanz zu isolieren; so wurden im Laufe der Zeit einige Alkaloide und Säuren dargestellt, von denen die Ergotinsäure, die Sphazelinsäure, das Cornutin und das Ergotinin die bekanntesten sind. Dazu gesellt sich das (1905) von Vahlen dargestellte Clavin. Aber alle diese Substanzen, die im Tierversuch sich mehr oder weniger wirksam erwiesen, zeigten dennoch nicht die typischen Gesamteigenschaften, die wir von einem galenischen Mutterkornpräparat zu erwarten gewohnt sind. Seit langer Zeit bemühte sich die pharmazeutische Technik, Extrakte (Ergotine) darzustellen, die jedoch nicht alle von gleich günstiger Wirksamkeit waren. Am bekanntesten ist wohl die Tinctura haemostyptica Fritsch-Denzel.

Ein anderes Präparat, welches den Vorzug hat, die auf die Kontraktion des Uterus wirkenden Stoffe des Mutterkorns zu enthalten ohne die schädlichen, ist das bereits früher unter dem Namen Ergotin Keller in der Schweiz viel benutzte Secacornin. Es ist Sphacelinsäure-frei und vermag daher keinen Brand zu erzeugen. Kobert behauptet in seiner Pharmakotherapie (1897), daß das Ergotin Keller (jetzt Secacornin genannt) das weitaus rationellste aller Mutterkornpräparate ist, da bei der Herstellung desselben zielbewußt die Alkaloide möglichst vollständig und unzersetzt erhalten seien, alle übrigen Stoffe aber nach Möglichkeit abgeschieden sind. So ist vor allem die Sphacelinsäure, das Gangrän erregende Prinzip, eliminiert. Secacornin gibt die gleichen Farbreaktionen wie das Cornutin (mit Eisessig, Eisenchlorid, Schwefelsäure n. Keller).

H. Walther[1]) empfiehlt das Secacornin für geburtshilfliche Zwecke: 1. prophylaktisch in der Nachgeburtszeit, um Blutungen vorzubeugen; 2. zur Bekämpfung bereits eingetretener Atonie in der Nachgeburtsperiode wie post partum; 3. prophylaktisch zur Beförderung der Involution im Wochenbett, nach Aborten sowie bei krankhaften Blutungen im Wochenbett. In der Gynäkologie fand es Verwendung bei Menorrhagien und Metrorrhagien sowie prophylaktisch nach Ausschabungen oder Entfernung submuköser Myome. Bei der prophylaktischen Anwendung im Wochenbett hat W. nie irgend einen Nachteil, wohl aber stets eine sehr prompte Involution des Uterus gesehen. Ueber unangenehme Empfindungen wurde nie geklagt, nur einigemale über etwas Hitzegefühl. Die Art der Anwendung war die, daß innerlich 10 Tropfen (= 2 g Secale) Secacornin gereicht wurden; u. U. kann diese Gabe wiederholt werden. Bei starker Menstruation wurden ebenfalls nach Bedarf 10 Tropfen ein- bis zweimal täglich, oder zwei- bis dreimal 5 Tropfen verordnet, in Wasser, mit verdünntem Wein oder auf Zucker. Zur subkutanen oder besser zur intramuskulären Injektion ist Secacornin ebenfalls geeignet. Man injiziere in die Nates eine halbe Spritze = 2 g Secale. Abszesse oder nachherige Schmerzen wurden nicht beobachtet. Verf. ist der Ansicht, daß das Secacornin ein wirklich brauchbares, prompt wirkendes und haltbares Mutterkornpräparat ist und glaubt, daß es sich bald einen dauernden Platz im Arzneischatz erobern wird.

Schubert[2]), Assistent an der Breslauer Frauenklinik, hat ebenfalls die Wirkung des Secacornins erprobt. Die Indikationen sind dieselben wie beim Mutterkorn, kontraindiziert ist es bei

Blutungen in der Schwangerschaft sowie intra partum. Das Gesamtresultat der mit Secacornin behandelten Fälle war auch hier ein zweifellos günstiges.

Recht zu Gunsten des Secacornins ist auch die Ansicht Merkels[3]) in Nürnberg. In seiner 18 jährigen Praxis bei fast 2000 Geburten ist er keinem besseren Mutterkornpräparat begegnet als dem Secacornin. Er preist die Handlichkeit und genaue Dosierbarkeit des Mittels, das nach seiner Erfahrung große Haltbarkeit besitzt. Merkel benutzte es in etwa 60 meist geburtshilflichen Fällen. Schmerzen oder Knoten traten bei subkutaner oder intramuskulärer Injektion nie auf; stets war die Wirkung eine absolut zuverlässige. Die Indikationen waren die gleichen wie oben bei Walther angegeben. Zwischen der Injektion und der Wirkung verstreicht nur eine Zeit von fünf bis zehn Minuten. Auch in der Gynäkologie hat Verfasser das Secacornin einigemale mit gutem Erfolg angewandt: bei einem Falle von Myom und verschiedentlich bei schlaffen Uteris mit starken menstruellen Blutungen bei anämischen Frauen.

Alles in allem kann man wohl sagen, daß das Secacornin zur Zeit das beste Mutterkornersatzmittel ist, eine häufigere Anwendung seitens der Aerzte wäre daher am Platze.

Preis einer Originalflasche zu 20 ccm 3,20 M. Fabrikanten: Hoffmann-La Roche & Co., Basel und Grenzach.

Literatur:

1. Walther: Mediz. Klinik, 1906, Nr. 43.
2. Schubert: Münchener mediz. Wochenschrift, 1907, Nr. 26.
3. Merkel: Münchener mediz. Wochenschrift, 1907, Nr. 27.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Kritische Bemerkungen zur Methodik der intravenösen Injektionen.** Von Dr. E. Franck, Berlin. Med. Klinik, 1907, Nr. 11.

2. **Die Einspritzung von Heilmitteln in die Blutbahn (intravenöse Injektion) und ihre gegenwärtige Bedeutung für die allgemeine ärztliche Praxis.** Von Dr. E. Franck. Ibidem, 1908, Nr. 1.

3. **Zur Kenntnis der Anilinölvergiftung.** Von Prof. Dr. Krause, Jena. Ibidem.

1 und 2. In beiden Arbeiten redet F. der intravenösen Injektion von Medikamenten das Wort. Nach seinen Erfahrungen, die sich auf eine fast zehnjährige diesbezügliche Tätigkeit stützen, hält er die intravenöse Einspritzung für viel gefahrloser als die subkutane. Er bespricht in der ersten Arbeit hauptsächlich die Technik des Verfahrens und wendet sich in seinen Ausführungen zumeist gegen die von H. Strauß empfohlene Methode der intravenösen Injektion. F. empfiehlt, statt der von diesem Autor nach Art der Riva-Roccischen Armmanchette angegebenen Abschnürungsbinde eine gewöhnliche Gummibinde zur Stauung anzulegen, die vor jener den Vorzug hat, abgesehen von ihrer größeren Billigkeit, daß man sie nach der Einspritzung sehr leicht entfernen kann. Dann bemängelt F., worin man seinen Ausführungen beipflichten muß, die von Strauß angegebene Injektionsspritze, und zwar die winklige Abbiegung der Kanüle und ihr starkes Lumen. Zum Schluß empfiehlt er, die sterilisierbaren Metallspritzen lieber mit Hartgummikanülen zu armieren, weil sie besser schließen und so das Herausfließen des Medikamentes zwischen Spritze und Kanüle vermieden wird, und ferner die Kanülen nach Durchspritzen mit warmem Wasser mit einem kleinen Gummiballon durchzublasen, damit sie sich nicht verstopfen, von der Einführung eines Drahtfadens aber abzusehen, weil dieser ein Rosten der Kanüle hervorruft.

In der zweiten Arbeit bespricht der Verfasser die Arzneimittel, die sich zur intravenösen Injektion eignen: Hetol, Atoxyl, Ferr. Kakodyl., Kollargol, Strophantin Boehringer, Digalen-Cloetta und Digitalone (Parke Davis & Co.), Attritin, Kolchikum, Fibrolysin, Sublimat, Chinin und Jodkali. Ueber die Indikationen sowie über die anzuwendenden Mengen muß das Original nachgelesen werden. F. hofft, daß die intravenöse Injektion, trotzdem eine gewisse Umständlichkeit der Methode ihr anhaftet, sich bald ihren Platz neben der subkutanen erringen möge, weil sie bei vitalen Indikationen, wenn der Weg der subkutanen Applikation infolge der Eigenart des Medikaments aus Gründen der damit verbundenen Schmerzhaftigkeit nicht zu beschreiten ist, und dann in jenen Fällen von großer Wichtigkeit erscheint, wo es sich darum handelt, die Verdauungsorgane zu schonen oder eine Zersetzung der Medikamente durch die Verdauungssäfte zu vermeiden.

3. K. berichtet über zwei Fälle von Anilinvergiftung, die dadurch hervorgerufen worden war, daß die beiden Arbeiter etwa zwei Stunden beim Prüfen von Quarzkristallen, die mit Anilin bestrichen waren, die Dämpfe desselben eingeatmet hatten. Die immerhin seltene Intoxikation dokumentiert sich in einer auffälligen Blaufärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, wie sie auch bei Vergiftung mit Nitrobenzol und Blausäure sich einzustellen pflegt. Sie unterscheidet sich aber streng von der als Zyanose bezeichneten Veränderung der Hautfarbe, was schon daraus hervorgeht, daß bei K.s Fällen bei künstlicher Blutleere die Farbe der Haut keine normal blasse, sondern eine blau-blasse war. Die Blutuntersuchung hat die Abwesenheit von Methämoglobin nicht ergeben. Dagegen fanden sich nach Färben mit dem May-Grünwaldschen Farbengemisch in den roten Blutkörperchen kleine punktförmige Klümpchen, die in Kontrollpräparaten von normalem Blut fehlten. Die chemische Blutuntersuchung ließ bei beiden Kranken die Anwesenheit von Anilin ausschließen. Die sonst noch beobachteten Symptome (Kopfschmerzen, Uebelkeit, Brechreiz) beobachtete K. nicht; auch konnte er irgendwelche Zirkulationsstörungen als Ursache der Zyanose völlig ausschließen. Im Harn fand K. gleichfalls kein Anilin, dagegen Paraamidophenolschwefelsäure.

Gegen akute Anilinvergiftung kommt therapeutisch hauptsächlich das Ueberführen des Kranken in frische, reine Luft in Betracht. Die Einatmung von Sauerstoff erwies sich ebenfalls als sehr wirksam. In schwereren Fällen dürfte ein tüchtiger Aderlaß mit eventuell sich anschließender Kochsalzinfusion von Erfolg sein.

Neuere Arzneimittel.

Aus dem Chemischen Laboratorium Dr. Lebbin, Berlin.

„Barta", ein neues Damianapräparat.

Von Dr. Lebbin.

Seitens der Aachener Firma Johann G. W. Opfermann wird neuerdings ein in England hergestelltes Aphrodisiakum in den Handel gebracht, in welchem ich eine Reihe wirksamer Stoffe festgestellt habe.

Das mittlere Gewicht der Pastille war 0,32287 g, welche sich außer den erforderlichen Bindemitteln und Konstituentien aus 0,13 g Damianaextrakt, 0,01 Phosphorzink und 0,0082 Nux vomica zusammensetzen soll.

So weit wie nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft eine Nachprüfung der Richtigkeit derartiger Angaben ausgeführt werden kann, habe ich diese Untersuchung vorgenommen und tatsächlich festgestellt, daß die der angegebenen Zusammensetzung entsprechende Phosphormenge sich vorfindet, daß eine Strychninmenge darin ist, die der angegebenen Menge Nux vomica entspricht, und daß auch die angegebenen sonstigen Verhältnisse den Angaben recht wohl entsprechen können.

Dagegen gelang es nicht, andere scharf wirkende Stoffe, insbesondere Kantharidin, nachzuweisen.

Aus dem zugesetzten Phosphorzink gelang es ferner, eine kleine Menge freien Phosphor zu isolieren, nämlich 0,024 mg pro Pastille.

Zu den einzelnen Bestandteilen ist noch das folgende zu bemerken. Die Nux vomica-Präparate sind seit langer Zeit in der Literatur als Nervenheilmittel bekannt und bilden den wirksamen Bestandteil zahlreicher im Handel befindlicher oder befindlich gewesener Spezialitäten, welche zur Behandlung von nervösen Störungen mannigfaltigster Art empfohlen wurden.

Was das Damianaextrakt anbetrifft, welches aus der Turnera diffusa erhalten wird, so finden sich in der Literatur viele Angaben, wonach die Eingeborenen Mexikos die Blätter der Turnera bereits seit Jahrhunderten als Stärkungsmittel bei nervösen Störungen verwenden.

Der Phosphorzink wurde seinerzeit von Vigier und Cunier an Stelle des freien Phosphor empfohlen, und zwar in Dosen von 5 bis 10 mg zwei- bis dreimal täglich. Als Höchstgabe sind in dem Hagerschen bekannten Handbuch 0,1 g pro dosi, 0,4 g pro die angegeben. Ebendort findet sich auch eine Formel für Phosphorzinkpillen nach Vigier und Cunier, welche 0,8 g der Phosphorverbindung in 100 Pillen enthalten.

Nach alledem scheinen die Barta-Pastillen so zusammengesetzt zu sein, daß sie lauter Stoffe enthalten, von denen bereits jeder einzelne für den Zweck in der Literatur empfohlen ist, dem das Gesamtprodukt dienen soll. Es bleibt zu erwarten, ob von Aerzten anzustellende Versuche auch praktisch die Zweckmäßigkeit des Präparates erweisen werden.

Bioson. Biosonwerk Bensheim. Bioson ist ein zwar nicht mehr neues, aber der Anführung hier immer noch sehr wertes Nähr- und Kräftigungsmittel. Es ist eine Verbindung des Kaseins mit Eisen und Lezithin, schmackhaft, bekömmlich und billig. Dem Lezithin schreibt man bekanntlich einen günstigen Einfluß auf die Vermehrung der roten Blutkörperchen, der Salzsäuresekretion des Magens, auf das Wachstum und die Ernährung des Gehirns zu. Das Eisen ist im Bioson zu 0,24% organisch gebunden. Man hat nach Biosonverabreichung bedeutende Gewichtszunahmen unter den verschiedensten ungünstigen Umständen beobachtet und entsprechend günstige Wirkungen auf die Gesamtkonstitution.

P. Höckendorf-Großlichterfelde.

Estoral, ein neues Schnupfenmittel. Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M. Estoral ist ein Borsäure-Mentholester, ein weißes, geschmackloses, kristallinisches Pulver, spaltet sich in Berührung mit den Schleimhäuten ziemlich rasch in seine Komponenten, die in statu naszendi auf die Applikationsstellen wirken. Da es bei entzündetem Naseneingang manchmal Brennen verursacht, wendet man es mit gleichen Teilen Milchzucker an oder läßt es mittels eines Glasröhrchens in die Nase einziehen. Bei den leichteren Formen der akuten Rhinitis soll es bei zwei- bis dreimaliger Anwendung täglich auffallend erleichternd, manchmal kupierend wirken, bei schwereren Fällen nur vorübergehend. Außerordentlich günstig wirkt es nach Prof. Seifert-Würzburg bei Rhinitis sicca und bei Rhinitis atrophica simplex.

P. Höckendorf-Großlichterfelde.

Mitteilungen aus der Praxis.

Bei **Typhus abdominalis** und allen Darmaffektionen auf infektiöser Basis emfiehlt Beldau (Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 8) folgendes Abortivverfahren, das auch bei vorgeschrittenem Typhus nicht aussichtslos ist, vorausgesetzt, daß der Kranke überhaupt noch fähig ist, Medikamente per os zu sich zu nehmen.

Rp. Camphorae tritae
Chinini hydrochlorici } ana 0,15,
Naphthalini purissimi
Ichthalbini 0,55.
M. f. pulv. D. tal. Dos. Nr. X ad capsul. amyl.
S. Dreistündlich eine Oblate; tagsüber, je nach der Schwere, ebenfalls vier bis sechs Oblaten.

Gleichzeitig verordnet man:

Rp. Decoct. Salep. 200,0,
Bismut.-salicyl. 6,0.
(Bei profuser Diarrhöe und Blutungen Plumbi acetici 0,6.)
D. S. Dreistündlich ein Eßlöffel voll; tagsüber, je nach der Schwere des Falles, vier bis sechs Eßlöffel voll.

Beide Mittel werden wechselweise verabfolgt, so daß die verschiedenen Gaben $1^1/_2$ Stunden auseinander liegen, die gleichen 3 Stunden.

W. Krüger, Magdeburg.

Technische Neuerscheinungen.

Knorrs keimdichte Packung

mit über den Bund gestreiftem Wattebausch.

Die Präparate der Firma Knorr werden, bevor sie in den Handel gebracht werden, einer Sterilisation unterworfen. Zu diesem Zwecke werden die Präparate, wie Kindermehl u. dergl., in Pergamentdärme, deren Naht auf chemischem Wege luftdicht verschlossen ist, gebracht. Die Pergamentdärme werden, wie es bei einer Wurst auch getan wird, nach dem Füllen oben und unten abgebunden, die Bundstellen werden mit einem Wattebausch überbunden und nun wird das Ganze sterilisiert. Nach der Sterilisation werden die Pakete sofort in passende Blechbüchsen gebracht, und diese werden mit Heftpflasterband zugeklebt. Diese Verpackung ist eine sehr zweckentsprechende und besonders für die Buttermilchpräparate, die eine gute Kindernahrung darstellen, von Bedeutung. Die Sterilisierung ist eine vollkommene, und nach Beendigung derselben ist es unmöglich, daß irgend eine Verunreinigung noch von außen in die Füllung der Pergamentdärme gelangen kann. Das Publikum erhält damit eine große Sicherheit, daß das Kindermehl oder Nährmittel, welches zur Kräftigung schwacher und kranker Kinder angeschafft wird, unverändert und unzersetzt, sowie frei von allen nicht dahin gehörenden Stoffen in die Hand der Mutter gelangt, welche nun eine für ihr Kind äußerst heilsame Nahrung aus dem Mehle bereiten kann. Weiter ist es der Firma Knorr gelungen, eine Methode zu finden, nach welcher sie Maccaroni in hygienischer und einwandfreier Weise herstellt. Die Fabrikation dieses überaus wichtigen Volksnährmittels war bisher eine im höchsten Maße unhygienische zu nennen, da die Maccaroni in Italien, dem Mutterlande dieses Nährmittels, mit der Hand hergestellt, auf Papptafeln acht Tage lang in ungelüfteten Räumen getrocknet wurden, in Räumen, in denen noch ganze Familien wohnten und schliefen. Bei der neuen Herstellungsmethode ist die Hand des Arbeiters von der Berührung mit dem Maccaronibrei vollkommen ausgeschaltet und die Trocknung wird unter fortwährender Zufuhr frischer Luft in sinnreich konstruierten Trockenschränken bewirkt. So werden viel bessere und wohlschmeckendere Maccaroni hergestellt, welche jedermann mit Appetit essen kann, ohne zu fürchten, irgendwie hygienisch nicht einwandfreie Ware zu verwenden. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Bismarck im Lichte der Naturwissenschaft. Von Dr. Georg Lomer. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. 159 S. Preis 3,— M.

Wie Lomer selbst sagt, hat er hier zum ersten Mal den Versuch gemacht, die Persönlichkeit des Heros Bismarck vom Standpunkte moderner Naturwissenschaft, insbesondere der Anthropologie, Psychologie und Medizin zu erfassen und uns auf diese Weise die individuelle Erscheinung dieses Uebermenschen menschlich näher zu bringen. Was er uns damit bietet, ist sonach gewissermaßen eine Anamnese, die, glänzend und zugleich mit Ehrfurcht vor dem Genius sowie Liebe zu dem Menschen und unter Benutzung der umfangreichen Literatur geschrieben, dem Leser vor Augen führt, wie Bismarck vermöge seiner ganzen Keimanlage und der in ihm wirksamen Erbschaftsmasse seiner Vorfahren das werden mußte, was er geworden ist: das prädestinierte Werkzeug und die in erster Linie treibende Kraft zur Einigung Deutschlands. In diesem Sinne ist es ein Genuß, das Buch zu lesen, und so sehr sein Inhalt dazu verlockt, wenigstens auf den Gedankengang des Verfassers näher einzugehen, müssen wir uns dies bei der Fülle des Gebotenen an dieser Stelle versagen. Der Stoff überwältigt einen. Der Inhalt gliedert sich in folgende Abschnitte: I. Die Wurzeln von B.s Wesen, seine Herkunft, die Mischung der elterlichen Keime. II. B.s Wesen, sein äußeres, sein geistiges Wesen, Entwickelungsalter, der „tolle Bismarck", Heirat. III. Die psychologischen Grundlagen seiner Politik. IV. B. als Künstler und Nervenmensch. Wer einigermaßen Interesse für derartige Studien hat, lese das Buch selbst! „Dem Psychologen einer der feinsten Künstlerköpfe seiner Zeit, dem Anthropologen ein prächtiges Bild schaffensfreudiger Nordlandsrasse, dem Arzte aber ein Mensch, der unter seiner genialen Anlage körperlich und geistig litt, wie noch jeder unter ihr gelitten hat, der einen Funken des göttlichen Feuers in sich trug" — das war Bismarck! Der erste, der überhaupt ein ähnliches Buch, und zwar über Goethe, geschrieben hat, war, wenn wir nicht irren, der verstorbene P. J. Moebius, derselbe freilich, dessen letztes Werk die „Hoffnungslosigkeit aller Psychologie" war. Er nennt seinen „Goethe" eine medizinische Pathographie. Peltzer, Steglitz.

Populäre Aufsätze und Vorträge. Von Ernst von Leyden. Deutsche Bücherei, Bd. 69 und 70. Verlag der Deutschen Bücherei in Berlin.

Die der volkstümlichen Unterhaltung und Belehrung gewidmete „Deutsche Bücherei" bringt in den vorliegenden Bänden 69 und 70 eine Reihe von dem früheren Botschaftsarzt Hans Leyden herausgegebener Aufsätze und Vorträge Ernst von Leydens, darunter mehrere, die für ein weiteres Publikum nur von Nutzen sein können. Dahin gehören in Bd. 69 der 1882 in der Nationalzeitung erschienene Aufsatz: „Die häusliche Krankenpflege der Armen", ferner der Aufsatz: „Der Komfort der Kranken als Heilfaktor" (erschienen im Aprilheft der Zeitschrift für Krankenpflege, 1898) und der am 31. März 1890 in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gehaltene Vortrag über Spezialkrankenhäuser (nebst Bemerkungen über Kost und Komfort der Kranken), — in Bd. 70 die „Bemerkungen über Ernährungstherapie", „Einige Worte über Krankenküchen", „Die Krankenpflege bei der Lungenentzündung", „Die Ernährung der Kranken bei der Lungenentzündung" und „Grundsätze der Ernährung für Gesunde und Kranke". Mehr spezifisches Interesse für die, welche sie noch nicht kennen, haben die Aufsätze und Vorträge: „van Swieten und die moderne Klinik", „Zur Hundertjahrfeier der Schutzpockenimpfung", „Jlon Martin Charcot" (Bd. 69), „Bestrebungen und Endziele der ärztlichen Studienreisen" und „Die Heilquellen Rumäniens" (Bd. 70). Interessant ist die leider etwas kurz gehaltene Schilderung einer zusammen mit Nothnagel unternommenen Kaukasusreise in Band 70. Die Aufsätze über Krankenpflege und den Komfort der Kranken müßten vorkommendenfalls jedem, der mit einem Kranken zu tun hat, in die Hand gegeben werden oder noch besser überhaupt in jedem Hause vorhanden sein. Jeder Band kostet nur 30 Pfg. Peltzer-Steglitz.

Allgemeines.

Am 9. Februar d. J. hat sich in Rapollo ein **„Verein Deutscher Aerzte der Riviera Levante"** gebildet zur Förderung der Interessen der Aerzteschaft der italienischen Riviera. Sitz des Vereins ist Rapollo; zum Vorsitzenden wurde Dr. Bruck, zum Schriftführer Dr. Braun gewählt. Der Vereinsvorstand ist gerne bereit, Kollegen Auskünfte über die einschlägigen Verhältnisse zu geben.

Sechs Aerzte veröffentlichen unabhängig voneinander ihre in der Praxis mit Fucol gemachten Erfahrungen. Fucol bewährte sich nicht allein als vollwertiger Ersatz des Lebertrans, sondern wurde durchweg lieber genommen und wirkte energischer und schneller. Die Orig.-Flasche à 1/2 Liter kostet M. 2,—. Oben erwähnte Abhandlungen kostenfrei durch den General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV-718

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a S
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Dott. Giovanni Grassi, vom Provinzial-Findelhospiz, **Mailand:**

„Ich habe „Kufeke Kindermehl" bei einigen Kindern dieses Spitals angewandt und habe damit wahrhaft glänzende Resultate erzielt."

Dott. Pio Blasi, Chefarzt und Direktor der Kinderbewahranstalt **Rom:**

„Mit „Kufeke" Kindermehl habe ich ausgiebige Versuche angestellt. Ich brachte dasselbe hauptsächlich bei Neugeborenen in Anwendung, welche infolge erblicher Syphilis künstlich ernährt werden mußten, und konnte ich beobachten, daß es gerne genommen und leicht verdaut wurde, so daß ich es für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel in den nicht seltenen Fällen halte, wo eine mit Milch gemischte Nahrung oder auch eine künstliche angebracht ist."

Ware zu Versuchszwecken und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

Externe Salicyl-Therapie!
Deutsche Reichs- und Auslandspatente.
Dr. R. Reiss.
Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender
G. m. b. H., Berlin N. 24.
Literatur und Proben kostenlos.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S.
A. Dührssen, Berlin.
C. A. Ewald, Berlin.
R. Kobert, Rostock.
H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin.
M. Mosse, Berlin.
H. Rosin, Berlin.
H. Schlange, Hannover.
Ad. Schmidt, Halle a. S.
R. Sommer, Gießen.
H. Unverricht, Magdeburg.
O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 8. März 1908. Nr. 10.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Aus der Dührssenschen Privatklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes.

Von Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin.

Das in den ersten Nummern dieser Wochenschrift von Rohlff behandelte Thema der geburtshilflichen Dilatation des mangelhaft erweiterten Muttermundes ist für jeden Geburtshelfer von der größten Wichtigkeit, und besonders wichtig ist es auf diesem Gebiet, daß dem Praktiker nicht Methoden empfohlen werden, welche die Mutter das Leben kosten, dem Arzt manche bittere Stunde bereiten und ihn außerdem noch der Gefahr der straf- und zivilrechtlichen Verantwortung aussetzen können. Eine solche unheilvolle Methode ist die Bossische Methode, ihre Anwendung seitens des praktischen Arztes ein Kunstfehler, weil er ohne die Hilfsmittel der Klinik nicht imstande ist, die möglichen Folgezustände der Methode, die unberechenbaren und lebensgefährlichen Rißblutungen erfolgreich zu bekämpfen. Nachdem ich hiermit schon ganz kurz meinen Standpunkt präzisiert habe, der demjenigen von Rohlff gerade entgegengesetzt ist, mögen mir zunächst an der Hand des Artikels von Rohlff einige historische Bemerkungen gestattet sein: Der Ausspruch, „Die Geburtshilfe muß chirurgischer werden“, ist nicht von Hofmeier getan, wie Rohlff zitiert. Hofmeier polemisiert gerade in seinem Artikel*) gegen die chirurgische Aera in der Geburtshilfe, wie ich sie zuerst in der Berl. klin. Wochenschrift 1889, Nr. 44 und dann in dem Vorwort der ersten Auflage meines geburtshilflichen Vademekum (1890) proklamiert habe. Bei der Prägung dieses viel angefeindeten Wortes, welches für die Geburtshilfe, das scheinbar abgeschlossene Fach, ein neues Programm bedeutete, hatte ich die künstliche Erweiterung des Muttermundes ganz besonders im Sinn. So wie die moderne Chirurgie sich bemühte, Operationsgebiete in Körperhöhlen ordentlich freizulegen, so schien es mir in Uebertragung dieses chirurgischen Prinzips auf die Geburtshilfe geboten, vor einer Entbindung den Widerstand der Weichteile zu beseitigen und den Geburtsschlauch nicht erst durch den hindurchgezogenen Kindskörper selbst zu dehnen oder — zu zerreißen. So schrieb ich denn in dem Kapitel „Künstliche Erweiterung des Muttermundes und der Scheide“ folgendes:

A. Künstliche Erweiterung des Muttermundes.

Dieselbe ist mit Ausnahme der Konglutinatio nur dann indiziert, wenn Gefahr für Mutter oder Kind die Vornahme der Entbindung erheischt.

1. Die blutige Erweiterung.

Sie ist nur dann vorzunehmen, wenn der ganze supravaginale Teil der Zervix bereits völlig erweitert ist, wenn also die mangelhafte Eröffnung sich auf die Portio vaginalis beschränkt. Die Portio stellt unter diesen Umständen einen mehr oder minder dicken und breiten Saum des äußeren Muttermunds dar, welcher rings von den Scheidenwänden seinen Ursprung nimmt. Nur selten trägt dieser Saum noch einen kleinen Vorsprung, den noch nicht verstrichenen Teil der Portio. Diese Art der Eröffnung findet sich in der Regel nur bei Ip., bei Mp. liegt meistens bei mangelhafter Eröffnung des Muttermundes die engste Stelle oberhalb des Scheidenansatzes.

In allen Fällen, wo die mangelhafte Eröffnung nur die Portio vaginalis betrifft, und wo eine ernste Gefahr für Mutter oder Kind vorhanden ist, ist es nach Verf. Ansicht heutzutage Pflicht des geübten, antiseptischen und mit dem oben genannten Instrumentarium versehenen Geburtshelfers, durch zwei bis sechs tiefe, d. h. bis zum Ansatz an die Scheide reichende Einschnitte den Muttermund völlig zu erweitern und die Kreißende zu entbinden.

Mit Hilfe dieses Verfahrens kann man die Entbindung bereits bei noch völlig geschlossenem Muttermund und ev. schon (z. B. bei schwerer Eklampsie) in den letzten Wochen der Schwangerschaft vornehmen.

Wie Verf. gezeigt hat, kommen bei diesem Verfahren erhebliche Blutungen nicht vor, eine nachträgliche Vernähung der Schnittwunden ist daher überflüssig. Die früher beobachteten starken Blutungen rührten daher, daß man nur oberflächliche Inzisionen machte und diese dann über den Ansatz der Scheide hinaus weiterrissen. Auch die früher mit Recht gefürchtete primäre septische Infektion der tiefen Schnitte läßt sich durch strenge Antisepsis vermeiden. Eine Infektion derselben ist bei antiseptischem Vorgehen nur als sekundäre durch zersetztes Uterussekret denkbar. Diese Gefahr läßt sich durch gründliche antiseptische Ausspülung des Uteruskavums resp. durch die Tamponade des Uterovaginalkanals mit 20%iger Jodoformgaze bedeutend herabmindern. Entbindet man übrigens bei zersetztem Uterusinhalt und mangelhafter Eröffnung des Muttermundes ohne Inzisionen, so entstehen ebenfalls und zwar gewöhnlich größere Einrisse.

---

*) Der vaginale Kaiserschnitt und die chirurgische Aera in der Geburtshilfe. Deutsche med. Woch. 1906, Nr. 5. Siehe auch Dührssen, Erwiderung auf den Artikel von Hofmeier etc. l. c. 1906, Nr. 11.

Technik: Man fixiert den Saum an der Stelle der betr. Inzision bis zum Scheidenansatz zwischen Zeige- und Mittelfinger der linken Hand oder bei nachgiebigem Saum außerdem noch durch zwei Kugelzangen, zwischen denen man einschneidet, führt die Blätter einer Sieboldschen Schere auf den beiden Fingern bis zum Scheidenaussatz vor und schneidet, gewöhnlich in zwei Zügen, den Saum durch.

Hat man den Widerstand seitens des Muttermundes beseitigt, so muß man häufig genug auch noch den seitens des unteren Scheidendrittels aus dem Wege räumen. Die Kombination dieser beiden Operationen resp. jede für sich ist hauptsächlich indiziert bei Eklampsie, bei Verzögerung der Geburt durch artifiziellen Blasensprung und bei den Geburten alter Ip. Bei letzteren ist die Mortalität für Mutter und Kind doppelt so hoch als sonst. Diese höhere Mortalität erklärt sich dadurch, daß die bei alten Ip. vorhandene Rigidität der Weichteile sowohl der spontanen als auch der künstlichen Beendigung der Geburt größere Schwierigkeiten entgegensetzt. Beseitigt man aber jeden Widerstand seitens der Weichteile durch ein paar glatte Schnitte, so hat man eine leichte Zangenextraktion, während bisher sowohl das Abwarten als auch die Entbindung bei den drei genannten Affektionen häufig für Mutter und Kind, noch häufiger für das Kind allein gleich verderblich waren.

Fig. 20 stellt von unten betrachtet, die Portio einer Ip. mit für einen Finger durchgängigem Muttermund, sowie die Zahl und Richtung der Inzisionen dar, welche Verfasser der Zangenextraktion vorausschickte. Die Indikation zu derselben gab schwere Eklampsie. Die Zange war leicht, das Kind wurde lebend geboren, und die Mutter machte ein normales Wochenbett durch.

2. Die mechanische Erweiterung.

Auf sie sind wir bei Mp. angewiesen. Sie gelingt in der Regel durch Einführung mehrerer Finger, der halben oder der ganzen Hand. Gewöhnlich wird man an sie die kombinierte oder innere Wendung auf den Fuß anschließen. Nach vollendeter Wendung erweitert sich häufig der Muttermund vollständig innerhalb weniger Minuten, so daß man rasch die Extraktion machen kann. Nur selten dürfte das Einlegen eines durch längeres Verweilen im Sublimat 1 : 1000 gut desinfizierten Kolpeurynters in den Uterus indiziert sein. Mäurer empfiehlt, nach Anfüllung des Kolpeurynters mit Wasser mäßig aber andauernd an dem Schlauch desselben nach abwärts zu ziehen.

B. Die künstliche Erweiterung des unteren Scheidendrittels.

Die normale wenn auch enge Scheide von Ip. setzt dem vorliegenden Teil nur in ihrem unteren Drittel einen Widerstand entgegen. Hier ist das Scheidenrohr selbst enger und wird dicht von dem Muskelring des Levator ani und weiter nach abwärts von dem Konstriktor kunni umschlossen. Bei spontaner Geburt wird dieser Widerstand allmählich dadurch überwunden, daß der Kopf langsam tiefer tritt und die Scheide sowie den Ring des Levator erweitert, den Damm dehnt. Wird aber der hochstehende Kopf oder Steiß bei einer notwendig gewordenen Entbindung verhältnismäßig rasch tiefer gezogen, so ist diese allmähliche Dehnung nicht möglich. Infolgedessen gelingt die Extraktion überhaupt nicht oder nur auf Kosten multipler und ausgedehnter Zerreißungen und Quetschungen von Scheide und Damm. Häufig kommt infolge der lang dauernden Extraktion das Kind tot zur Welt.

Der Widerstand von Scheide und Damm läßt sich nun in ungefährlicher Weise durch einen oder zwei vom Verfasser mit dem Namen Scheidendamminzision bezeichnete Einschnitte beseitigen, Einschnitte, bei welchen nicht nur der Konstriktor kunni durch-, sondern auch noch der Levator ani eingeschnitten wird. — Diese Einschnitte sind in den Fällen indiziert, wo bei Ip. die Extraktion des im Beckeneingang stehenden Kopfes mit der Zange oder des hochstehenden Steißes bei Fußlage infolge des Widerstandes der Weichteile keine Fortschritte macht. — Die Inzisionen sind, sobald der Saum des Introitus stärker angespannt wird und der vorliegende Teil dem Zuge nicht folgt, am besten mit einem Messer gleich in der Länge von etwa 4 cm durch die Scheide hindurchzulegen und ca. 3 cm tief zu machen. Das Maß der Tiefe der Wunde wird durch die Länge des Hautschnittes am Damm gegeben. Begnügt man sich, was vorteilhafter, zunächst nur mit einer Inzision, so muß dieselbe, falls die Extraktion noch Schwierigkeiten macht, noch mehr vertieft werden, so daß die genähte Wunde am Damm eine Länge von 5 bis 6 cm erreichen kann. Die Richtung des Schnittes hält die Mitte zwischen Anus und Tuber ischii.

Fig. 21 stellt an einem anatomischen Präparat die Länge und Richtung der doppelseitigen Scheidendamminzision dar. Die punktierte Linie rechts deutet die bei der einseitigen Inzision notwendige Verlängerung des Schnittes an. Die elliptische Linie zeigt den Weichteilsaum an, wie er nach den Inzisionen dem tiefergezogenen Kindesteil anliegt. Man sieht daran, wie durch die Inzisionen fast der ganze Beckenausgang für den Durchtritt des vorliegenden Teiles disponibel wird.

Die oft recht starke Blutung wird zunächst durch Druck seitens des tiefergezogenen Kindsteils nach der Geburt durch Tamponade bezw. durch provisorisch angelegte Klemmpinzetten, nach Geburt der Plazenta durch die Naht gestillt.

Was die Naht anbelangt, so ist zu beachten, daß durch die nach oben viel stärkere Retraktion des Konstriktor kunni bei der einseitigen Scheidendamminzision wie auch bei der doppelseitigen eine ganz unregelmäßige Wundfigur entsteht (Fig. 22 und 23). Eine rationelle Wiedervereinigung ist nur so möglich, daß man zunächst eine große mit einem starken Seidenfaden armierte Nadel unter der ganzen Wunde von c nach b durchführt. Zieht man dann die Enden des Seidenfadens an, so entsteht Fig. 24, deren obere in der Scheide liegende Hälfte man mit fortlaufenden Katgutnähten, deren untere Hälfte man dagegen bei stärkerer Spannung mit Seidenknopfnähten schließt.

Als Lagerung bei der Naht paßt nur das Querbett. Sachverständiger Beistand ist angenehm, aber nicht notwendig. Vor Anlegung der Naht, eventuell schon vor Anlegung der Zange werden die Haare wegrasiert. Während des Nähens läßt man die Wundfläche mit einer Sublimatlösung 1 : 5000 überrieseln. Im Wochenbett läßt man mehrstündig Sublimatumschläge 1 : 2000 auf die Vulva applizieren.

Bei antiseptischem Vorgehen ist eine septische Infektion dieser Inzisionen ausgeschlossen.

Heilen die Inzisionen nicht p. primam, so ist vom achten Tage ab die sekundäre Seidenknopfnaht der granulierenden Wunde am Damm angezeigt, die Verfasser dreimal mit Erfolg ausgeführt hat. Mißlingt dann die Vereinigung, so ist später die Lawson-Taitsche Lappendammspaltung zu machen.

C. Die künstliche Erweiterung der Schamspalte.

Sie kommt als selbständige Operation nur dann in Betracht, wenn bei spontaner Geburt oder bei der künstlichen Entwicklung des bereits im Beckenausgang stehenden Kopfes oder Steißes der Damm der Extraktion einen Widerstand entgegensetzt bezw. zu reißen droht. Hier nimmt man Damminzisionen vor. Seitlich von der hinteren Kommissur schneidet man mit einem Knopfmesser oder Cowperscher Schere den angespannten Hautsaum in einer Richtung durch, welche der leichteren Vernähung halber sich medianwärts vom Tuber ischii hält. Die Wundränder retrahieren sich stark, und nach hinten zu markiert sich die Faszie als gespannter Saum, den man mit einem zweiten Schnitt durchtrennt. Macht die Extraktion noch Schwierigkeit, so inzidiert man tiefer und muß auf diese Weise ev. den ganzen Konstriktor kunni durchschneiden, was viel besser ist, als daß infolge zu oberflächlicher Inzision noch ein Dammriß entsteht. Auch ist eine tiefe Damminzision vorteilhafter. Die Naht zweier Inzisionen dauert länger, und der zusammengeschrumpfte Zipfel zwischen beiden heilt schlechter.

Wird der Konstriktor kunni ganz durchschnitten, so entsteht wieder die Fig. 22, nur mit dem Unterschied, daß der Schnitt nicht so weit in die Scheide hineinreicht. Wird nur die Haut oder die Faszie mit den oberflächlichen Fasern des Konstriktor kunni durchtrennt, so entsteht Fig. 25, bei welcher ebenfalls die Punkte b und c zuerst durch eine Knopfnaht vereinigt werden. —

Schon in der in demselben Jahr erschienenen zweiten Auflage des Vademekums erfuhr das Kapitel der mechanischen Erweiterung folgende Fassung:

Die mechanische Erweiterung.

Auf sie sind wir in der Regel bei Multiparen angewiesen. Sie gelingt gewöhnlich durch Einführung mehrerer Finger, der halben oder der ganzen Hand. An sie schließt sich die kombinierte oder innere Wendung auf den Fuß und die Extraktion. Infolge des Widerstandes des mangelhaft erweiterten Muttermundes stirbt indessen das Kind bei der (zu langsamen) Extraktion häufig ab. Deswegen bedeutet das Verfahren von Mäurer, welches Verfasser mehrmals mit Erfolg angewandt hat, einen entschiedenen Fortschritt. Mäurer bringt einen durch längeres Verweilen in Sublimat 1 : 1000 gut desinfizierten dünnwandigen Kolpeurynter in den Uterus (lange Pinzette; Verf.!), füllt ihn mit Wasser und zieht an seinem Schlauch dauernd nach abwärts. Wenn hierdurch nach den Beobachtungen des Verfassers der Muttermund auch nicht völlig erweitert wird, so wird sein Saum doch so aufgelockert, daß er der Extraktion absolut keinen Widerstand mehr entgegensetzt. —

In der 1892 erschienenen vierten Auflage beschrieb ich zuerst die Methode in der Kombination mit selbsttätigem Zug bei der Behandlung der Plazenta prävia:

„In Fällen, wo das Kind ausgetragen ist, dürfte im Interesse des Kindes vielleicht folgende Methode, die Verfasser einmal mit Erfolg ausführte, den Vorzug vor der kombinierten Wendung verdienen: Blutet es nach Sprengung der Blase weiter, so wird ein dünnwandiger Kolpeurynter in den Uterus eingeführt, bis zu Kindskopfgröße mit Wasser gefüllt und sein Schlauch so am Bettrande befestigt, daß am Kolpeurynter ein permanenter, wenn auch schwacher Zug ausgeübt wird. In dem Falle des Verfassers stand die vorher profuse Blutung vollständig, nach drei Stunden wurde der Kolpeurynter spontan ausgestoßen, und es konnte nun, da die Blutung wieder anfing, bei völlig erweitertem Muttermund die Extraktion vorgenommen werden."

Durch meinen Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie zu Breslau 1893, „Ueber die Bedeutung der mechanischen Dilatation des Muttermundes in der Geburtshilfe", und einen weiteren Artikel*), „Ueber die Behandlung der Plazenta prävia mittels intrauteriner Kolpeuryse", bürgerte ich die Methode in Deutschland ein und bereicherte sie durch die Angabe des konstanten selbsttätigen Zuges, dessen Anwendung seitens des Praktikers ich für besonders wichtig halte.

Gegenüber den Zweifeln von Rohlff an der Wirksamkeit der Metreuryse überhaupt bemerke ich, daß ich schon in der ersten Veröffentlichung über 22 Fälle berichten konnte, in denen die Metreuryse zur künstlichen Frühgeburt, bei Plazenta prävia, zwecks Ermöglichung der Wendung und Extraktion bei engem Becken oder bei Querlagen, bei Wehenschwäche nach vorzeitigem Blasensprung und bei anderweitiger Gefährdung des mütterlichen oder kindlichen Lebens, speziell bei Eklampsie, gute Erfolge erzielt hatte, obgleich ich mich damals nur des Braunschen Kolpeurynters bediente. Bei Anwendung des Champetierschen Ballons sind die Erfolge noch bessere, wie eine seitdem entstandene große Literatur über diesen Gegenstand beweist.

Was den von mir angegebenen selbsttätigen Zug anlangt, so führe ich denselben auch heute noch in folgender einfachster Weise aus: Um das Bettende und zwar im Niveau der Matratze, wird eine lose Bindfadenschlinge herumgelegt. Nachdem die Patientin sich bequem ins Bett gelegt hat, wird der Metreurynterschlauch oder ein an seinem Ende befestigter Bindfaden so fest um die Schlinge herumgezogen und mit ihr verknotet, daß Patientin den ausgeübten Zug nicht allzu schmerzhaft empfindet. Damit die Patientin nicht unwillkürlich weiter herunterrutscht und hierdurch den Zug aufhebt, muß event. zwischen Bettende und Füße der Patientin noch ein Polster geschoben werden.

Man hat später den Gewichtszug eingeführt, indessen ist derselbe umständlicher und die Zugrichtung bei ihm zu sehr gegen die Symphyse gerichtet, statt in der Beckenachse zu wirken. Dies rührt daher, daß dieser Zug meistens von der oberen Kante des Bettendes her wirkt. In dieser Weise bildet z. B. De Lee*) die Methode ab, von der er sagt, daß Dührssen sie allgemein bekanntgemacht und eingeführt hat.

Zu den in den genannten Auflagen des Vademekum beschriebenen Methoden ist dann später noch der vaginale Kaiserschnitt**) hinzugekommen.

---

*) Deutsche med. Wochenschrift, 1894, Nr. 19.

*) The treatment of placenta praevia, based upon a study of thirty cases. American Gynecology, August 1902.

**) Siehe 9. Auflage, 1908.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg. Direktor: Prof. Gerber.

Die neuen Methoden in der Behandlung der chron. Kieferhöhlenempyeme.

Von Dr. **Georg Cohn**, I. Assistenzarzt.

Die therapeutischen Maßnahmen in der Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme haben im Laufe der Jahre mannigfache Wandlungen erfahren. Daß sie noch immer zu keinem allseitig befriedigenden Abschluß gekommen sind, beweisen die stets neu empfohlenen Methoden und Modifikationen. Im großen und ganzen können wir diese verschiedenen, jetzt schon so zahlreichen „radikalen" Methoden in zwei große Gruppen teilen, in

1. solche mit offener } Mundkommunikation.
2. „ „ geschlossener } Mundkommunikation.

Es ist ja hinreichend bekannt, daß man früher fast allgemein die erste Methode, nach welcher die eröffnete und ausgeräumte Höhle offengehalten wurde, anwandte, bis von Luc-Caldwell und von Gerber der Versuch gemacht wurde, die eröffnete Höhle zu schließen und die Nachbehandlung durch eine erweiterte Kommunikation mit der Nasenhöhle von dieser aus zu leiten. Diese in ihrer Tendenz gleichen Methoden unterscheiden sich aber wesentlich in der Art und Weise ihres Vorgehens. Luc-Caldwell eröffnet den unteren Nasengang und reseziert die untere Muschel, Gerber sucht letztere gerade zu schonen und behandelt vom mittleren Nasengang aus.

Beide haben sich im Laufe der Jahre mehr und mehr Anhänger erworben, zunächst besonders die Luc-Caldwellsche, während die Gerbersche im Anfang wenig Beachtung fand, jetzt aber auch häufiger angewandt wird. Es muß uns jetzt, wenn wir all die Unzuträglichkeiten in Betracht ziehen, die eine längere Zeit andauernde Kommunikation einer sezernierenden Wundfläche mit der Mundhöhle notwendigerweise im Gefolge haben muß, wunderbar erscheinen, daß vor zirka zwei Jahren wiederum Kollreuter*) in Rostock warm für die offene Behandlung eintrat und sie all den anderen Methoden vorgezogen wissen will. In einer anderen Arbeit aus der Juraczschen**) Klinik wird wiederum die Operation und Nachbehandlung von der erweiterten Alveole, die durch eine Prothese gegen die Mundhöhle geschlossen wird, empfohlen, und endlich rät in jüngster Zeit Kretschmann***) von dem primären Verschluß der oralen Oeffnung ab und zwar nur, um die pathologisch veränderte Schleimhaut der operierten Kieferhöhle bequem und sicher nachbehandeln zu können. Wir scheinen also wieder auf alte verlassene Bahnen zurückkehren zu sollen.

Zugegeben, daß die Uebersichtlichkeit der offen vom Mund aus behandelten Höhle eine unübertroffene ist, so ist zunächst zu erwägen, ob eine solche überhaupt nötig ist; sodann macht aber die tägliche Tamponade, die Ueberwachung der Granulationsbildung, ihre sich nötig machende Beizung und event. Curettage, ferner die Länge der Nachbehandlung und das Tragen eines Obturators dem Patienten so viel Schwierigkeiten, daß jeder gewiß gern auf den Vorteil der Uebersichtlichkeit verzichtet, wenn sich ein Modus findet, der die hier kurz angedeuteten Nachteile verringert. Durch die Einwürfe von Kretschmann wird dann die alte Frage aufgerollt: welches ist der physiologische Zweck der Nebenhöhlenschleimhaut, welche Funktion hat sie? Auch dieser Punkt ist oft genug erörtert worden, so daß ich unseren Standpunkt hier ebenfalls nur kurz anzudeuten brauche. Wenn die Schleimhaut irgendeine Aufgabe zu erfüllen hätte, wenn sie für die Erwärmung, für den Feuchtigkeitsgehalt der Atmungsluft etwas leistete, den Luftstrom selbst maßgebend beeinflußte, so wäre ihre Erhaltung natürlich unerläßlich. Wenn wir aber, worauf neuerdings wieder Boenninghaus*) hingewiesen hat, auf dem Standpunkt stehen, daß die Schleimhaut lediglich einen toten Raum auskleidet, der nur zur Erleichterung des Gesichtsschädels dient, daß es für Atmung, Geruch und sonstige physiologische Funktionen völlig belanglos ist, ob sie vorhanden oder entfernt ist, so darf ihre Erhaltung kein Grund sein, uns mannigfacher Vorteile bei der Nachbehandlung zu begeben, uns letztere zu erschweren, sie gar zu verlängern. Selbst wenn wir eine Rückkehr der erkrankten Schleimhaut durch geeignete Nachbehandlung zur Norm zugeben, so hat man doch mit der Tatsache zu rechnen, daß diese Wochen, ja Monate dauert, wie auch Nager**) betont: „Als wesentlichen Vorteil ...... betrachten wir die primäre Naht der Schleimhaut, wodurch wir eine Sekundärinfektion vom Mund aus verhindern und die Heilung bedeutend beschleunigen.“ Schaden wir also durch die Entfernung der Schleimhaut dem Patienten in keiner Weise, macht uns ihre Erhaltung aber mannigfache Schwierigkeiten, welcher triftige Grund wäre da vorhanden, daß wir nicht den bequemeren und sicheren Weg der völligen Entfernung einschlügen.

---

*) Kollreuter: Münch. med. Wochenschr. 1905.

**) Juracz: Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906, Nr. 1.

***) Kretschmann: Münch. med. Wochenschr. 26, 1907.

Wir haben jedoch, wie schon mitgeteilt***), die Nachbehandlung der offenen mit dem Munde kommunizierenden Höhle nochmals nachgeprüft, indem wir gleichzeitig einen Schleimhautlappen vom Proz. Alveolaris bildeten und diesen auf die Basis der Höhle auftamponierten, eine Modifikation der Jansenschen Methode, ähnlich dem Partsch-Gerberschen Verfahren bei Zystenoperationen. Unsere Ergebnisse waren indessen der gewöhnlichen Desault-Küsterschen Methode nicht so überlegen, daß wir sie empfehlen könnten, sondern wir reservieren dieses Verfahren nur für die Gruppe von Empyemen, die mit hochgradiger Nasenstenose und Erkrankungen des Knochens selbst verbunden sind; in allen anderen Fällen betrachten wir den primären Verschluß der oralen Oeffnung als das einzig richtige Prinzip. Die Nachbehandlung von der Nase und zwar vom mittleren Nasengang aus hat für uns im allgemeinen ein recht günstiges Ergebnis gehabt, so daß wir in den letzten Jahren bei den nach Gerberscher Methode operierten Fällen mindestens 80 Prozent Heilungserfolge hatten. Immerhin hat uns bei der Nachbehandlung die oft nicht genügende Uebersicht gestört, ferner haben wir bisweilen erlebt, daß die Kommunikation zwischen Kieferhöhle und Nase viel kleiner ausfiel, als man bei der Operation annahm. Deshalb haben wir im Laufe der letzten Jahre verschiedene Methoden mit ihren Modifikationen einer Nachprüfung unterzogen, ob sie uns bessere Ergebnisse in bezug auf Uebersicht und Ausheilung boten. Zu einem Eingehen von außen her, durch einen den Nasenflügel umgreifenden Schnitt, wie es Friedrich vorschlägt, konnten wir uns nicht entschließen, da submukös sich dasselbe Resultat unserer Auffassung nach erzielen läßt und wir nicht Gefahr laufen wollen, dem Patienten eine sichtbare Narbe zu setzen. Dagegen haben uns die Beschreibung und die günstigen Berichte über das Verfahren nach Denker zu eingehenden Versuchen im Laufe der letzten Jahre veranlaßt, deren Ergebnisse ich zunächst durch einige Krankengeschichten wiedergeben will.

I. A. R., weiblich, 21 J.

29./XII. Pat. sucht das Ambulatorium auf, weil sie seit ca. 1 Jahr schlecht Luft durch die Nase bekommt; keine Schmerzen, keine Eiterabsonderung.

Befund: Beide Nasenseiten vollgestopft mit Polypen, rechts im unteren Nasengang Eiter; nach Extraktion der Polypen beiderseits im mittleren Nasengang Eiter. Diaphanoskopisch erscheint die linke Kieferhöhle dunkler als rechte.

Punktion beider Kieferhöhlen ergibt Eiter; trotz täglicher Ausspülung bleibt rechts die Absonderung stinkend und unvermindert; sie wird deshalb eröffnet, nachdem am Tage vorher der vordere Teil der unteren Muschel mit der kalten Schlinge gekappt wurde.

3./II. Operationsbericht: Freilegung der Fazies fazialis der Kieferhöhle durch einen vom 2. Molaren bis zum Frenulum labiorum reichenden Schnitt und durch Zurückschieben der Weichteile; Eröffnung der Höhle in der Fossa kanina und Erweiterung der Oeffnung mit Meißel und Zange; die Höhle ist ausgefüllt mit Eiter und Polypen, die Schleimhaut gewulstet, aufgelockert, an einzelnen Stellen polypös entartet; sie wird völlig ausgeräumt und die Schleimhaut überall abgekratzt; sodann wird die Apertura pyriformis festgelegt und mit dem Elevatorium die Schleimhaut des unteren Nasenganges von der knöchernen Unterlage gelöst und zwischen beide ein Gazestreifen geschoben; Wegnahme der gesamten knöchernen lateralen Wand vom Boden bis zum Ansatz der unteren Muschel mit Meißel und Zange und Durchtrennung der Schleimhaut mit geknöpftem Messer; der so gebildete Lappen ist ca. $1^{1}/_{2}$ cm hoch, 4 bis 5 cm lang und hängt an seiner Basis mit der Schleimhaut des Nasenbodens zusammen; er wird in die Höhle eingeklappt und locker dem Boden auftamponiert. Schleimhautnaht durch 6 Seidennähte. Dauer 1 Stunde.

8./II. Orale Wunde per primam geheilt; Entfernung der Tamponade. Insufflation von Borjodoform in die Höhle.

10./II. Spülung der Höhle, kein Sekret, Entfernung der Nähte. Der Rest der unteren Muschel hängt leicht beweglich in die Nase hinein, stört die Uebersicht und wird mit Ausnahme einer kleinen Linse entfernt.

1./III. Jeden zweiten Tag Spülung der Höhle; die Spülflüssigkeit ist völlig klar; Entlassung auf 3 Wochen.

1./IV. Pat. stellt sich vor; Kieferhöhle weit offen, Spülung ergibt klare Flüssigkeit; Borkenbildung im unteren Teil der Nase; kleine Polypen in der Gegend des Siebbeins; Ausräumung desselben.

15./V. Rechte Nasenseite atrophisch, Klagen über Trockenheit und Borkenbildung. Kieferhöhle und Siebbein o. B.

1./IV. 07. Pat. fühlt sich im allgemeinen wohl; Borkenbildung ist vorhanden, jedoch nicht stark. Kieferhöhle und Siebbein o. B.

II. L. L., weiblich, 22 J.

Pat. hat seit langer Zeit schlecht Luft durch die linke Nasenseite, schnaubt Eiter aus und hat seit 2 Jahren heftigen Druckschmerz über dem rechten Auge.

5./I. Befund: Rechts im mittleren Nasengange reichlich Polypen, die von Eiter umspült sind. Diaphanoskopisch: Verdunklung rechts infraorbital.

Nach Entfernung der Polypen wird die rechte Kieferhöhle angebohrt, sie enthält reichlich Eiter; seine Menge läßt trotz täglicher Spülung während 2 Monaten nicht nach, deshalb

11./III. Operation: Durch einen Schleimhautschnitt vom 2. Molaren bis zum Frenulum labiorum und Abschieben der Weichteile wird die Fazies fazialis der Kieferhöhle und die Apertura pyriformis freigelegt; die Schleimhaut des unteren Nasenganges wird losgelöst und durch Gazestreifen von ihrer knöchernen Grundlage ferngehalten; mit Meißel und Zange wird von der Apertura aus die knöcherne laterale Wand und weiter ein großer Teil der Fazies fazialis entfernt und die so freigelegte Höhle, die mit Polypen und Eiter gefüllt ist, ausgekratzt; Bildung eines Lappens aus der Schleimhaut des unteren Nasenganges; seine Spitze wird zur besseren Fixierung an die Schleimhautfläche der Fazies fazialis geheftet und sodann noch antamponiert; Resektion des vorderen Teiles der unteren Muschel; Naht der oralen Wunde. Dauer 1 Stunde.

15./III. Schwellung von Wange und unterem Augenlid. — Gutes Allgemeinbefinden. — Entfernung der reichlich eitrig durchtränkten Tampons.

18./III. Spülung der Höhle ergibt klare Flüssigkeit, primäre Verheilung der Naht; Entfernung der letzteren.

22./III. Schwellung noch immer vorhanden, Kieferhöhle gut übersichtlich, Nase und Höhle frei von Eiter und Borken.

27./III. Entlassung als geheilt.

15./IV. Kieferhöhle hat sich diaphanoskopisch aufgehellt, Nase o. B.

1./VIII. Kontrolluntersuchung: Pat. hat keine Beschwerden: Nase ist frei, Kieferhöhlenspülung ergibt klare Flüssigkeit, gute Uebersichtlichkeit.

III. C. S., weiblich, 22 J., leidet seit 2 Jahren ständig an Schnupfen und Kopfschmerzen.

Befund: Links: Nase weit, untre Muschel atrophisch. Rechts: Himbeerartige Hyperplasie der unteren Muschel; bei Wegdrängung mit der Sonde zeigt sich im mittleren Nasengang flüssiger und eingedickter Eiter; diaphanoskopisch: Verdunklung rechts infraorbital. — Probeausspülung der rechten Kieferhöhle ergibt reichlich rahmigen Eiter.

Therapie: Kappung eines Teiles der rechten mittleren Muschel, tägliche Spülung vom mittleren Nasengang; da die Eiterung stets dieselbe bleibt, wird die Operation vorgeschlagen.

12./II. 06. Operationsbericht: Die einzelnen Phasen gleichen völlig der Operation im Fall II. Während der Operation wird der vordere Teil der unteren Muschel, der die Uebersicht stört, mit Schlinge und Zange entfernt.

---

*) Boenninghaus: Arch. f. Laryngol. Bd. 6.
**) Nager: Arch. f. Laryngol. Bd. 19, H. 1.
***) Cohn: Therapeut. Monatshefte 1906, H. 2.

16./II. Wundverlauf völlig normal, keine Schwellung, Mundwunde per primam geheilt.

18./II. Das mittlere Dritteil der unteren Muschel erscheint stark luxiert, ist beweglich und wird mit der Schlinge gekappt.

25./II. Spülflüssigkeit stets völlig klar; Höhle sehr gut übersichtlich; das hintere Drittel der unteren Muschel ist erhalten.

1./III. Ohne jede Beschwerden — Als geheilt entlassen.

1./VI. Kontrolluntersuchung: Nase frei, ohne Borken, Spülung der gut übersichtlichen Kieferhöhle ergibt klare Flüssigkeit.

IV. W. P., weiblich, 18 J.

Patient klagt seit Jahren über verlegte Nase, über Eiterausfluß und über Stirnkopfschmerz beiderseits.

13./V. Nase beiderseits vollgestopft mit Polypen, die von Eiter umspült sind; Nasenrachenraum und Pharynx mit eingetrocknetem Eiter bedeckt. Supraorbital beiderseits an typischer Stelle Druckschmerz. Diaphanoskopisch: infraorbital beiderseits Verdunklung, supraorbital kein sicherer Befund.

Therapie: Extraktion der Polypen; bei Anbohrung der Kieferhöhlen entleert sich aus beiden reichlich Eiter; auch das Siebbein ist beiderseits erkrankt, wird deshalb ausgeräumt; rechts wird ferner der Duktus nasofrontalis freigelegt, sondiert; eine Ausspülung der rechten Stirnhöhle ergibt klare Flüssigkeit; die Eiterung beider Kieferhöhlen bleibt bei täglicher Spülung vom mittleren Nasengang aus unvermindert, deshalb wird zunächst rechts Operation beschlossen.

16./VI. Operationsbericht: Die zunächst vorgenommene Probe-Eröffnung der rechten Stirnhöhle ergibt einen normalen Befund.

Durch einen ca. 5 cm langen, von dem 2. Molaren bis zum Frenulum labiorum reichenden Schleimhautperiostschnitt und durch Zurückschieben des durchtrennten Gewebes wird die Fazies fazialis der Höhle freigelegt; sie wird sodann in der Fossa kanina weit eröffnet und, da sie mit Polypen-Granulationen und Eiter gefüllt ist, völlig ausgekratzt. Die Abhebelung der nasalen Schleimhaut von dem knöchernen unteren Nasengang und die Wegnahme des letzteren gelingt leicht. Die erhaltene untere Muschel ist leicht beweglich, hindert den Ueberblick über das Siebbein und wird ebenso wie die erreichbaren Siebbeinzellen entfernt; die Keilbeinhöhlenöffnung liegt jetzt frei; sie wird, da aus ihr Eiter hervorquillt, erweitert, die Höhle ausgelöffelt und locker tamponiert. — Der Schleimhautlappen des unteren Nasenganges wird dem Boden der Kieferhöhle auftamponiert, die orale Oeffnung geschlossen. — Dauer $1^{1}/_{4}$ Stunde.

20./VI. Reaktionsloser glatter Wundverlauf. — Nase rechts sehr weit, Kieferhöhle sehr gut zu übersehen, ebenso Keilbein weit offen; Wechsel der Tamponade. — Kleine Polypenreste werden abgetragen.

25./VI. In der weiten Nase reichlich Borkenbildung, aus der Kieferhöhle ist die Spülflüssigkeit klar, dagegen ist in der Keilbeinhöhle noch etwas Sekret; dasselbe wird nochmals ausgelöffelt und tamponiert.

29./VI. Rechts nirgends flüssiger Eiter, dagegen sehr starke Borkenbildung, ab und zu leichte Blutungen. — Links bleibt die Eiterung profus und fötid; die Polypen im mittleren Nasengang sind nachgewuchert, deshalb wird auch diese Seite eröffnet.

V. 30./VI. Operationsbericht: Die Eröffnung links wird nach denselben Prinzipien vorgenommen wie rechts; die Höhle ist ebenfalls mit Eiter und Polypen gefüllt und wird ausgekratzt; auch hier muß die untere Muschel, um einen bequemen Zugang zum Siebbein zu erlangen, in ihrer Totalität entfernt werden; die darauf einsetzende Blutung und dadurch bedingte schlechte Narkose machen eine totale Ausräumung der Siebbeinzellen unmöglich. Nach Tamponade des Schleimhautlappens wird die orale Wunde geschlossen. — Dauer 1 Stunde.

5./VII. R. starke Borkenbildung, Mentholtamponade, Spray und Pinselungen von Lugolscher Lösung.

L. Kieferhöhle frei, gut übersichtlich; im mittleren Nasengang und in der Riechspalte flüssiger Eiter. — Keilbeinhöhle sondierbar, enthält keinen Eiter.

10./VII. Borkenbildung rechts noch immer stark. Links: status idem.

20./VII. Da sich stets in der Riechspalte links Eiter findet, wird zunächst die Stirnhöhle probatorisch eröffnet, sie ist frei, sodann werden von außen her, nach Resektion eines Teiles des linken Nasenbeines, die Siebbeinzellen ausgeräumt und die Keilbeinhöhle ausgelöffelt.

25./VII. Nase beiderseits sehr weit, bildet eigentlich zwei große Hohlräume, rechts starke Borkenbildung, links anscheinend nirgends Eiter.

1./VIII. Beiderseits starke Borkenbildung, Neigung zu Nasenbluten.

15./VIII. Die Borkenbildung und Trockenheit besteht noch, keine Kopfschmerzen, kein Eiter.

20./VIII. Pat. wird mit Spray und Mentholtamponade entlassen.

10./XI. Patientin stellt sich wieder vor: Kiefer- und Keilbeinhöhlen beiderseits frei — starke, die Pat. belästigende Borkenbildung, sie muß täglich sprayen.

VI. H. B., männlich, 32 J.

Patient leidet seit vielen Jahren an Schnupfen links, an linksseitigem Stirnkopfschmerz und Eiterausfluß aus der linken Seite.

Befund: Rechte Nasenseite normal. Links im mittleren Nasengang reichlich Polypen und Eiter; diaphanoskopisch: Verdunkelung links infraorbital.

Therapie: Ausräumung der Polypen und der Siebbeinzellen; Anbohrung der Kieferhöhle und Erweiterung der Oeffnung mit Onodi; tägliche Spülung vom mittleren Nasengang; die Eiterung bleibt stinkend, deshalb

24./V. Operation: Die probatorisch eröffnete Stirnhöhle ist gesund, wird sofort geschlossen. Aus der nach demselben Modus wie IV und V eröffneten Kieferhöhle quillt unter hohem Druck Eiter hervor; die untere Muschel wird mit Ausnahme eines ganz kleinen hinteren Restes gekappt, und die noch vorhandenen Siebbeinzellen werden mit Zange und Löffel entfernt. Nach Auftamponierung des Lappens wird die Schleimhaut genäht. Dauer 1 Stunde.

30./V. Glatter normaler Verlauf, Kieferhöhle von der Nase gut übersichtlich; Spülung ergibt klare Flüssigkeit.

5./VI. Der stehengebliebene Rest der unteren Muschel ist stark luxiert, beweglich, verlegt das Lumen und wird gekappt, Kieferhöhle o. B.

15./VI. Borkenbildung im unteren Nasengang, Spülflüssigkeit klar — Mentholtamponade.

1./VII. Außer Klagen über Borkenbildung und Trockenheit in der Nase keine Beschwerden — Entlassung.

1./X. Status idem, diaphanoskopisch: Kieferhöhle hell.

Unser Verfahren war in den einzelnen Phasen der Operation ab und an etwas abweichend von der Reihenfolge, wie sie Denker angab, doch war der Endeffekt stets der gleiche: vor allem versuchten wir stets von der unteren Muschel so viel wie möglich zu erhalten und kappten nur die Teile, die uns bei der Operation direkt hinderlich waren.

Wenn wir die Resultate dieser Methode in Betracht ziehen, so trat in allen von uns operierten Fällen innerhalb kurzer Zeit völlige Heilung des Empyems ein. Wir müssen also den Modus selbst als einen recht zuverlässigen und für die Beseitigung der Eiterung sicheren ansehen; zu betonen ist dabei, daß in keinem Falle eine Schädigung der Tränenwege bemerkt wurde oder irgend eine Entstellung, sei es Einziehung, Schwellung oder Verziehung des Gesichts eintrat; ebenso verheilte auch stets die orale Schleimhautwunde in ganz kurzer Zeit per primam. Da die Höhle ebenfalls fast sofort nach der Operation frei von jeder Sekretion war, konnte in gleicher Weise wie bei allen nach der Nase zu weit eröffneten operierten Empyemen von einer eigentlichen Nachbehandlung kaum die Rede sein, und wir beschränkten uns auf Kontrolle der oralen Naht, Ruhigstellung der operierten Seite in den ersten Tagen, später nach Entfernung der Nähte und der Tamponade ab und zu eine vorsichtige Ausspülung der Höhle mit nachfolgender Insufflation. Als Hauptvorzug fanden wir die bequeme und große Uebersichtlichkeit der Höhle von der Nase aus zu jeder Zeit, ein Vorteil, der die Denkersche Methode vor allen übrigen auszeichnet.

Wenden wir uns nun dem Gesichtspunkte zu, ob die Veränderungen, die durch diese Operation das Naseninnere selbst erleidet, für das Wohlbefinden des Patienten belanglos sind, so ist zunächst festzustellen, inwieweit die einzelnen Teile durch den Eingriff in Mitleidenschaft gezogen werden; durch Resektion der gesamten unteren Muschel nebst dem knöchernen lateralen Teil des unteren Nasenganges wird das Nasenlumen in erheblichem Maße verändert; der vorher enge Kanal, begrenzt vom Septum und knöcherner lateraler Nasenwand, der durch die eingelagerte untere Muschel eine große Schleimhautoberfläche hatte, ist einem Hohlraume gewichen, dessen Begrenzung medial das Septum, lateral die laterale Kieferhöhlenwand bildet. Diese gewaltige Höhle ist nirgends durch eine Kulisse oder Wand unterbrochen, sie geht am Boden der Nasenhöhle glatt auf den der Kieferhöhle über und hat als Dach teils die mittlere Muschel, teils die orbitale Wand der Kieferhöhle. Eine derartige Veränderung des Nasenlumens wird natürlich für die Funktionen nicht ohne Bedeutung sein; experimentelle Untersuchungen haben zwar ergeben, daß der Atmungsstrom zum größten Teil durch den mittleren Nasengang und den Raum zwischen mittlerer Muschel und Septum geht und daß die unter diesen Teilen gelegenen Abschnitte keinen oder nur geringen Anteil an dem normalen Luftwechsel haben sollen, doch lassen sich diese Feststellungen nicht ohne weiteres auf die Praxis übertragen. Jedenfalls stehen die meisten Praktiker mit ihren Erfahrungen und Resultaten auf einem anderen Standpunkt. Ich erinnere hier nur an die Ergebnisse der Untersuchungen von B. Fränkel*): „Der eintretende Luftstrom dringt vornehmlich durch den unteren Nasengang und den Raum zwischen der mittleren Muschel und dem Septum gegen die Pars nasalis des Pharynx vor“ und an die Schlüsse, die Fein**) jüngst gezogen hat: „Die untere Muschel nimmt als ganzes Organ betrachtet einen großen Einfluß auf den Weg und auf das Quantum des Atmungsstromes, der die Nase passiert", Schlüsse, die auch mit den Feststellungen Burchardts*) in Einklang stehen: „Wird die untere Muschel entfernt, während die mittlere erhalten bleibt, so tritt der Staubniederschlag am stärksten im unteren Nasengang auf" . . . und „diese Beobachtung gewinnt für die Praxis insofern erhöhte Bedeutung, als nach der Entfernung einer oder beider Muscheln fast ausnahmslos eine mit Verminderung der Sekretion verbundene Schrumpfung der benachbarten Schleimhaut auftritt. Die Schädigung, welche durch die Verkleinerung der staubfangenden Oberfläche bedingt wird, ist somit bei diesem oft als geringfügig bezeichneten Eingriff unverhältnismäßig groß".

---

*) Fränkel: Ziemßens Handbuch.

**) Fein: Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1906, H. 1.

In einer durch völlige Entfernung der unteren Muschel artifiziell weit und atrophisch gemachten Nase werden wir also mit Sicherheit für später Schädigungen hervorrufen, als da sind: ungenügende Durchfeuchtung und Vorwärmung des einstreichenden Inspirationsstromes. gar keine oder nicht genügende Reinigung des Luftstromes von den mitgeführten Bakterien und Staubpartikeln und endlich ist, da ja die die Blutzirkulation regelnden Druckschwankungen des In- und Exspirationsstromes fehlen, eine solche Nasenschleimhaut Erkrankungen und Schädigungen in erhöhtem Maße ausgesetzt. Welche Folgen diese Schädigungen bedingen, wissen wir ja aus der täglichen Praxis zur Genüge, besonders wie sehr die Borkenbildung und das Trockenheitsgefühl in der Nase jeden Patienten belästigt.

Diesen Gesichtspunkten folgend und um die Vorteile der Denkerschen Methode mit unseren Prinzipien zu vereinen, haben wir in zwei Fällen versucht, die untere Muschel resp die wichtigen Abschnitte derselben möglichst zu erhalten (Fall 2, 3), was besonders in der hinteren Hälfte meist ganz gut gelingt.

Wir hatten den Eindruck, daß diese Fälle mit bedeutend geringerer Borkenbildung zur Ausheilung kamen, als die anderen, und vielleicht läßt sich auf diese Weise für die Zukunft die Methode noch brauchbarer gestalten.

Andererseits haben wir bei der Gerberschen Methode durch noch breitere Fortnahme der Knochenwand im mittleren Nasengang event. inklusive des oberen mittleren Teiles der unteren Muschel noch mehr Raum und Uebersicht zu gewinnen versucht, wie es auch Nager aus der Siebenmannschen Klinik empfohlen hat: „Bei der Gerberschen Methode kann sie (die Resektion der unteren Muschel) in vielen Fällen ganz umgangen werden oder es muß nur das mittlere Dritteil geopfert werden, ein Faktor, der für die ohnehin zur Austrocknung neigenden Nasenhöhlen von großer Wichtigkeit ist", außerdem hat, wie er weiter mit Recht betont, die Oeffnung nach dem mittleren Nasengang vor der nach dem unteren Nasengang noch einen weiteren Vorzug: „Im mittleren Nasengang bleiben die Oeffnungen viel sicherer persistent, die Kommunikation im unteren Nasengang läuft vielleicht eher Gefahr, durch kallöse Wucherungen des Umfanges verlegt zu werden". Gegenüber den Ausstellungen Uffenordes**), daß die nasale Oeffnung im mittleren Nasengang entschiedene Nachteile hinsichtlich der Reinigung der Wundhöhle biete, braucht wohl nur auf die, mit unseren Erfahrungen übereinstimmenden Ausführungen Nagers hingewiesen zu werden. Durch die vorher betonten Modifikationen der Gerberschen Methode ist es uns ebenfalls fast stets gelungen, eine genügende, ja gute Uebersichtlichkeit über die operierte Höhle zu erlangen, so daß wir jetzt, nachdem wir eine Zeitlang das Denkersche Verfahren bevorzugt hatten, jetzt beide Methoden üben.

Als Resultat meiner Ausführungen komme ich zu folgendem Resumé:

I. Die chronischen Kieferhöhlenempyeme, die einfachen Spülungen von der Nase oder der Alveole aus nicht weichen, sind von der Fossa kanina aus zu operieren, aber mit primärem Verschluß und Nachbehandlung von der Nase aus.

II. Von den hierfür in Frage kommenden Methoden gewährt die weiteste Uebersicht sowohl während der Operation wie auch besonders in der Nachbehandlung die Denkersche Methode.

III. Durch Opferung der unteren Muschel setzt sie aber, ebenso wie die Lucsche, schwere Nachteile für die Nasenhöhle.

IV. Wo man diese vermeiden will, bleibt die Gerbersche Methode die rationellste. (Die Ansicht von der Eröffnung am „tiefsten Punkte" ist wohl als überlebt zu betrachten, vergl. auch Nager, Kümmel etc.)

V. Die Denkersche Methode würde noch gewinnen, wenn es gelingt, bei ihr wenigstens einen größeren Teil der unteren Muschel zu erhalten.

Während der Korrektur ersehe ich aus dem Aufsatze von Uffenorde (Arch. f. Laryngol. XX, 2) daß auch Corder bei Anwendung der Denkerschen Methode auf die Resektion der unteren Muschel verzichtet, ferner aus einem Vortrag von Denker in der 14. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen (Zeitschr. f. Ohrenheilk. LIV, 3), daß von ihm „bei den letzten Operationen nur etwa das vordere Drittel der unteren Muschel entfernt wurde".

Operationslose Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme.*)

Von Dr. **G. Krebs**, Spezialarzt für Hals-, Ohren- und Nasen-Krankheiten, Hildesheim.

M. H.! Es ist ein altes Verfahren, über welches ich mir nur deshalb vor Ihnen zu sprechen erlauben darf, weil es bei vielen Fachgenossen noch immer nicht die gebührende Würdigung gefunden hat. Nachdem im Jahre 1765 Jourdain die Sondierbarkeit der Kieferhöhle gelehrt hatte, empfahl Arthur Hartmann im Jahre 1887 die Behandlung der eiternden Kieferhöhle mittels Spülungen von den natürlichen Mündungen aus. Allein wie Jourdain die ganze gelehrte Welt seiner Zeit gegen sich hatte, so wurden auch die Hartmannschen Spülungen von weiten Kreisen glatt abgelehnt. Ganz charakteristisch ist es, daß auf der vorjährigen Tagung der British Medical Association, soweit ich aus den mir zugänglichen Berichten sehen kann, in einer langen Diskussion über die Behandlung der eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen das genannte Verfahren überhaupt nicht erwähnt wurde.

Auch ich habe früher infolge schlechter Erfahrungen, welche ich mit der Behandlung der Empyeme vom unteren Nasengange aus gemacht hatte, über jede nasale Therapie dieser Erkrankung recht geringschätzig geurteilt. Diese Voreingenommenheit fand noch eine Stütze an dem häufigen Befund starker pathologischer Veränderungen in breit aufgemeißelten Kieferhöhlen — Veränderungen, deren Unheilbarkeit ohne radikale Operation in die Augen sprang. Ich übe daher die Spülungen der Kieferhöhle von den natürlichen Mündungen erst seit sechs Jahren und habe die für mich überraschende Erfahrung gemacht, daß dadurch etwa die Hälfte aller chronischen Empyeme in kurzer Zeit geheilt wird.**) Um genauere Ziffern geben zu können, habe ich die Fälle des letzten Jahres aus meiner Privatpraxis zusammengestellt. Es ist dies ja nur eine ziemlich kleine Statistik; allein da ich die Aufforderung zu meinem Vortrage erst in letzter Stunde erhielt, war es mir nicht möglich, mein ganzes Material durchzuarbeiten.

Vom 1. Juli 1906 bis 1. Juli 1907 hatte ich einen Zugang von 22 Patienten mit chronischem Kieferhöhlenempyem, darunter vier mit doppelseitigem, also im ganzen von 26 Empyemen; davon scheiden drei aus, bei welchen die Patienten nach Entfernung von Nasenpolypen vor der Behandlung der Kieferhöhle aus der Sprechstunde wegblieben. Von den übrigen

---

*) Burchardt: Arch. f. Laryngol. Bd. XVII.

**) Uffenorde: Arch. f. Laryngol. Bd. XX, 2.

*) Nachstehender Aufsatz wurde als Vortrag für die II. Versammlung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft (Dresden, 15. bis 17. Sept.) angekündigt, aber infolge der allzu reichhaltigen Tagesordnung zurückgezogen.

**) Bei akuten Empyemen sind die Spülungen meist überflüssig.

23 Empyemen habe ich eines, welches mit schwerer Eiterung der Stirnhöhle und des Siebbeins kompliziert war, sofort von der Fossa kanina aus operiert. Fünf Patienten (mit sechs eiternden Höhlen) wurden von der Alveole aus operiert. Durch Spülungen von den natürlichen Mündungen wurden behandelt 14 Patienten mit 16 Höhlen. Vier Patienten (fünf Höhlen) wurden dadurch nicht geheilt und nachträglich operiert. Zehn Patienten (mit elf Empyemen) wurden in kurzer Zeit geheilt.

Bei der Feststellung der Heilung glaube ich die erforderliche Vorsicht und Kritik nicht außer acht gelassen zu haben. Alle Fälle wurden 14 Tage, nachdem die Spülungen keinen Eiter mehr herausbefördert hatten, rhinoskopiert, durchleuchtet und nochmals gespült. Nach weiteren vier Wochen erfolgte eine abermalige Untersuchung ohne Spülung. Wer alsdann als geheilt angesprochen wurde, blieb es auch, wie die Erfahrungen der früheren Jahrgänge bewiesen.

Die Spülungen wurden meistens einmal täglich mit vierprozentiger, körperwarmer Borsäurelösung mittels des Hartmannschen Röhrchens vorgenommen. Die Zahl der zur Heilung nötigen Spülungen schwankte von eins bis fünfzehn. Wenn nach acht bis zehn Spülungen mehr als eine kleine Eiterflocke täglich entleert wurde, wurde die Behandlung als aussichtslos abgebrochen und zur Operation geschritten, desgleichen, wenn diese letzte Eiterflocke nach etwa 25 Spülungen nicht verschwand. Bei größerer Geduld wäre vielleicht auch noch der eine oder andere operierte Fall auf konservativem Wege geheilt worden.

Das ist eben ein Nachteil des Verfahrens, daß man von vornherein nie wissen kann, ob man damit zum Ziele gelangt, daß man den Patienten täglich zu sich bestellen muß und schließlich in einem Teil der Fälle einsieht, daß Mühe und Zeit verloren war. Ein zweiter Nachteil besteht manchmal in der Schwierigkeit, die natürlichen Ostien der Kieferhöhle zu finden. Diese Schwierigkeit schwindet immer mehr, je länger und — sozusagen — liebevoller man sich mit der Methode beschäftigt. Oft muß man trotz Kokain und Adrenalin und ev. Killianscher Rhinoskopia media freilich lange suchen, bis die Kanüle in eine der Mündungen hineingleitet. Hat man sie erst einmal gefunden, so ist dies an den folgenden Tagen nicht mehr schwer. Resektionen an der mittleren Muschel habe ich zu diesem Zwecke nie angewendet. Daß ich auf das Verfahren ganz verzichten mußte, weil ich die Ostien überhaupt nicht fand, ist mir im letzten Jahre bei eiternden Kieferhöhlen nicht begegnet. Hingegen habe ich bei einigen Kieferhöhlen, die mir empyemverdächtig erschienen waren, sich aber schließlich als gesund erwiesen, die Ostien vergeblich gesucht und punktieren müssen. Es kann dies ein Zufall sein, kann aber auch so zu erklären sein, daß eiternde Kieferhöhlen weitere und zugänglichere Mündungen haben — oder ätiologisch richtiger ausgedrückt: Kieferhöhlen mit weiten und zugänglichen Mündungen scheinen leichter an chronischer Eiterung erkranken zu können.

Es läge theoretisch noch die Möglichkeit vor, daß zwar das Einführen der Kanüle in eines der Ostien gelingt, daß aber ein Ausspülen der Höhle nicht erzielt wird, weil die Kanüle das Ostium verlegt und daher das Wasser nicht abfließen kann. Die praktische Erfahrung lehrt, daß dieser Einwand unbegründet ist. Im Gegenteil ist zu betonen, daß auch dicke, käsige Massen durch diese Spülungen entleert werden können. Das Krankheitsbild, welches Avellis**) unter dem Namen „Verkäsung des Kieferhöhlenempyems" beschrieben hat und über dessen Existenzberechtigung ich früher***) einige Skepsis geäußert habe, wird dem, der die Spülungen übt, gar nicht so selten begegnen.

So viel über die wirklichen und vermeintlichen Nachteile des Verfahrens! Seine Vorteile sind, ganz abgesehen davon, daß eine Operation vermieden wird, folgende: erstens die Schnelligkeit der Heilung. In diesem Punkte ist die Methode allen anderen weit überlegen. Zur Trockenlegung der elf geheilten Fälle war folgende Anzahl von Spülungen nötig (die Kontrollspülungen nicht mitgerechnet): 1, 2, 4 (dreimal), 5, 6, 10, 12, 15 (zweimal). Also die Mehrzahl wurde innerhalb einer Woche geheilt. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß man die natürlichen Verhältnisse der Kieferhöhle wenig stört. Man braucht weder, wie bei den Operationen von Luc, Gerber u. a., eine dauernde, große, nasale Oeffnung anzulegen, noch den Patienten mit Prothesen oder Dilatationsstiften zu behelligen.

Wann soll man nun die Methode anwenden? Je länger ich sie ausübe, um so mehr dehnt sich mir ihre Indikationsstellung aus. Von vornherein kann man es freilich fast keinem Fall von chronischem Kieferhöhlenempyem ansehen, ob er durch die Spülungen geheilt werden kann oder nicht. Nicht die Menge oder die Beschaffenheit der Sekrete, nicht das Ergebnis der Durchleuchtung, nicht Polypen- und Granulationsbildung, nicht das Alter des Patienten, nicht die Dauer der Eiterung, nicht die Aetiologie des Leidens, nicht die Kombination mit anderen Nebenhöhlenerkrankungen gewähren einen sicheren Anhaltspunkt dafür, ob der einzelne Fall sich für die Spülungen von der natürlichen Mündung eignet oder nicht. Insbesondere möchte ich betonen, daß ein dentaler Ursprung der Eiterung keine Kontraindikation abgibt; nur darf man dabei nicht die Extraktion des kranken Zahnes verabsäumen. In einem Fall aus früheren Jahrgängen, wo ich dies unterlassen hatte, gelang es zwar, die Kieferhöhle trockenzulegen, aber nach 1½ Jahren verursachte der kranke Zahn eine neue Eiterung der Kieferhöhle.

Man kann also die Methode in allen Fällen versuchen mit folgenden Ausnahmen: erstens natürlich dann, wenn die Ostien sich trotz sorgfältigen und geduldigen Suchens nicht finden lassen. Zweitens dann, wenn Fisteln oder andere schwere Komplikationen ein energischeres Verfahren erfordern. Als solche Komplikationen kommen namentlich entzündliche Erkrankungen innerhalb der Orbita in Frage. Auch diese heilen zwar gelegentlich ohne größeren Eingriff aus; wenn sie aber mit großer Heftigkeit auftreten und nicht rasch zurückgehen, ist eine breite Aufmeißelung doch wohl ratsamer. Drittens habe ich die Spülungen unterlassen, wenn bei dem Patienten aus anderen Gründen eine Narkose notwendig war, z. B. zum Zwecke der Operation eines schweren Stirnhöhlenempyems oder zahlreicher Zahnextraktionen. In solchen Fällen habe ich die Narkose dazu benutzt, um auch noch die Kieferhöhle zu operieren. Viertens endlich können äußere Umstände veranlassen, von den Spülungen Abstand zu nehmen. Wenn z. B. ein Patient sehr wenig Zeit hat oder weit entfernt wohnt, so wird man lieber eine Behandlungsweise wählen, die ihn vom Arzte unabhängiger macht.

Die aufgezählten Ausnahmen umfassen die Minderheit aller Fälle. Die Mehrzahl wird von vornherein für den geschilderten therapeutischen Versuch geeignet erscheinen. Und wenn er — wie meistens — zum Ziele führt, empfindet man stets eine Befriedigung darüber, auf so einfache Weise ein Leiden geheilt zu haben, dessen Beseitigung sonst mehr oder minder große und nicht immer erfolgreiche Operationen verlangt. Es ist schwer zu begreifen, warum noch immer so viele Fachgenossen sich ablehnend dazu verhalten.

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Ueber Marpmans Scharlachserum und seine Anwendung.** Von Monti. Allg. Wiener med. Ztg., 1908, Nr. 2.

2. **Ueber eine bakteriologisch interessante Eigenschaft des Lezithins.** Von Bassenge. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Seite 23.

---

*) Ob man vom eigentlichen Ostium maxillare oder von einem Ostium maxillare accessorium spült, ist gleichgültig.

**) Archiv f. Laryngologie X.

***) Verhandlungen der IX. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

3. **Erfahrungen mit Kolle-Wassermannschem Meningokokkenheilserum.** Von Levy. Ibidem, S. 123.

4. **Therapeutische Erfahrungen bei der Behandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis mittels Jochmannschem Serum.** Von Raczynski. Wiener klin. Wochenschr., 1907, Seite 1641.

5. **Zum Ausbau der Gruber-Widalschen Reaktion.** Von Hilgermann. Klin. Jahrbuch, 1908, 18.

6. **Ueber Meningokokkengifte und Gegengifte.** Von Kraus und Doerr. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 1, S. 12.

1. Die Ansicht, daß der Scharlach durch Streptokokken bedingt werde, verliert heute immer mehr an Anhängern und auch das Mosersche Heilserum, welches als polyvalentes Antistreptokokkenserum eine spezifische Therapie des Scharlachs ermöglichen sollte, hat den Erwartungen durchaus nicht entsprochen. Marpman versuchte deshalb dadurch zu einem spezifischen Heilserum gegen Scharlach zu gelangen, daß er Tiere mit Scharlachgift — welches er in Blut, Harn und Hautschuppen des Desquamationsstadiums Kranker durch Tierversuch nachweisen konnte — vorsichtig immunisierte und ein Blutextrakt derselben therapeutisch anwandte. Das Marpmansche Scharlachserum, welches in zwei Sorten: Nr. 1 als Prophylaktikum, Nr. 2 als Heilmittel bei schon ausgebrochenem Scharlach Anwendung finden soll, wird mehrmals täglich tropfenweise in Wasser innerlich gegeben. Schädigungen sind bis jetzt noch keine beobachtet, dagegen scheint es eine beträchtliche Heil- und Schutzwirkung zu entfalten. M. wandte das Serum in neun leichten, zwei mittelschweren und einem schweren Scharlachfall an: alle Fälle besserten sich rasch und genasen. Camper behandelte ebenso 67 Fälle, davon 13 sehr schwere: 62 genasen, 5 starben; bei diesen 5 fand erst nach dem dritten Tage Heilserumbehandlung statt. Von 200 prophylaktisch behandelten Personen erkrankten zwei an schwerem Scharlach, aber beide genasen.

Die bisherigen günstigen Resultate fordern zur Nachprüfung an großem Krankenmaterial auf. Sollten sich die Resultate bestätigen, so wäre in spezifischer Krankheitsbehandlung ein großer Schritt vorwärts getan.

2. B. untersuchte die Einwirkung von Lezithin auf Typhusbazillen und fand, daß diese Bazillen von Lezithinemulsion stark beeinflußt werden, insofern als 1% Lezithinemulsion diese sofort auflöst; 1‰ Lezithinemulsion hat eine weit schwächere Wirkung, 1‱ läßt nur noch Spuren einer bakteriolytischen Eigenschaft erkennen. Im Tierkörper vermag Lezithinemulsion gegen gleichzeitige oder nachtragliche Typhusinfektion nicht zu schützen, doch lassen sich Tiere leicht durch Typhusbazillen, welche mit Lezithin vorbehandelt sind, gegen Typhus immunisieren, so daß vielleicht auf dieser Basis eine Typhusschutzimpfung ausgebaut werden könnte.

3. Die Genickstarreepidemie in Oberschlesien im Jahre 1905 ergab eine Mortalität von 67,2%, und es ist deswegen nicht zu verwundern, daß von den verschiedensten Seiten energischst nach einem Heilmittel für infektiöse Genickstarre gesucht wurde. Im speziellen wurden bisher in Deutschland drei Heilsera (Ruppel, Höchst; Jochmann, Merck; Kolle-Wassermann, Institut für Infektionskrankheiten, Berlin) ausgearbeitet. Mit dem Kolle-Wassermannschen Serum hat L. in den Essener Städtischen Baracken 23 Fälle behandelt. Nachdem erst ohne Erfolg einige Fälle mit subkutaner Seruminjektion behandelt, gelang es L., durch intralumbale Injektion von großen Serummengen (bis 40 ccm) die Mortalität bis auf 6,25% herabzusetzen. Vor der Injektion gibt L. Morphium und läßt nachher für mehrere Stunden Beckenhochlagerung durchführen. Neben der Serumbehandlung wurde Aspirin angewandt und bei Drüsenanschwellungen 25%iges Jodthionöl zweckmäßig gefunden. Schädigende Nebenwirkungen dauernder Art kamen nicht zur Beobachtung. Die Erfahrungen mit dem Meningokokkenserum von Kolle-Wassermann, welche Schultz, (Berl. klin. Wochenschr., 1907, S. 1671) veröffentlichte, waren sehr ungünstige. Von 23 mit Serum subkutan behandelten Fällen starben 13 = 56,5%; von 41 ohne Serum behandelten starben 53,7%. Sch. schließt daraus, daß wir heute noch nicht in der Lage sind, die epidemische Genickstarre mit Kolle-Wassermannschem Serum genugend nachhaltig zu bekämpfen.

Erst Nachprüfungen an einem großen Material werden über den Heilwert des Meningokokkenserums entscheiden können, jedenfalls ermutigen die günstigen Resultate Levys zur intralumbalen Serumanwendung.

4. Während Jochmann selbst mit dem von ihm angegebenen und von Merck hergestellten Serum bei Meningitisepidemie günstige Resultate erzielte und auch Schöne im Ratiborer Krankenhaus mit diesem Serum die Mortalität der Genickstarre auf 22%, gegenüber 53% bei unbehandelten Fällen, erniedrigen konnte, wurde bei R.s Versuchen, die genau nach der JochmannschenVorschrift ausgeführt wurden, weder der Krankheitsverlauf noch die Sterblichkeitsziffer günstig beeinflußt.

5. Bekanntlich ist die Agglutinierbarkeit verschiedener echter Typhusstämme durch das gleiche Serum eines Typhuskranken weitgehend verschieden; H. verwandte deshalb eine Typhusmischbouillon (aus verschiedenen Typhusstämmen hergestellt) zur Anstellung der Widalreaktion und konnte so in vielen Fällen, besonders in den ersten Krankheitstagen, eine positive Widalreaktion feststellen, in denen die bisherige Methode kein Resultat ergab. Zur Anstellung der Reaktion fand H. im übrigen die Verfahren nach Pröscher-Neißer (Blockschälchenmethode) und nach Pfeiffer-Kolle (Reagenzglasmethode) am vorteilhaftesten. Sollte die Agglutininprüfung nach Hilgermann sich bewähren, so wäre damit für eine leichte, sichere und frühzeitige Typhusdiagnose viel gewonnen.

6. Den Autoren gelang es, durch Extraktion von Meningokokkenagarkulturen mit $^1/_{10}$ Normalsodalösung giftige Stoffe zu gewinnen, die in Mengen von 0,5 bis 3 ccm Meerschweinchen bei peritonealer Injektion regelmäßig töteten. Mit den Meningokokkengiften wurden Ziegen und Pferde immunisiert und dadurch wirksame Antitoxine gegen die verwandten Gifte gewonnen. Zur Bestimmung des Schutzrestes des antitoxischen Meningokokkenserums wurde mit gutem Erfolg die „präventive Versuchsanordnung“ gewählt, d. h. den Versuchsmeerschweinchen wurde zunächst eine bestimmte Menge antitoxisches Serum und dann nach sechs bis acht Stunden das giftige Meningokokkenextrakt eingespritzt. Praktisch therapeutische Erfahrungen sind bisher noch in zu geringer Anzahl gemacht, um ein endgültiges Urteil fällen zu können.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** Berlin, Leiter der Säuglingsfürsorgestelle 5.

1. **Zur Diätetik der Frühgeborenen.** Von H. Cramer. Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. 6, Nr. 10.

2. **Wie hat sich die stillende Mutter hinsichtlich ihrer Lebensweise zu verhalten?** Von Neter. Zeitschr. f. Kinderpfl., 1907, Heft 1 u. 2.

1. Die moderne Kinderheilkunde hat für die Ernährung der Säuglinge wohl ausnahmslos das Prinzip der Minimalernährung angenommen (d. h. fünf bis sechs Mahlzeiten in 24 Stunden mit großen Trinkpausen und völliger Nachtruhe und knappen Trinkmengen).

Auf die Frühgeborenen wenden aber einige Pädiater dies Regime nicht an. Hier gewähren sie vielmehr häufigere (10 bis 20) Mahlzeiten pro die und geben relativ reichlichere Mengen.

Verf. hat demgegenüber die Minimalernährung auch bei drei frühgeborenen Kindern und zwar mit gutem Erfolge durchgeführt.

Alle drei Kinder wurden in den ersten fünf bis sechs Tagen in Wattepackung gehalten und mit heißen Steinkrügen im gut geheizten Zimmer bei reichlichem Feuchtigkeitsgehalt der Luft aufbewahrt.

Zwei erhielten in den ersten Tagen abgespritzte Brustmilch, das dritte zunächst künstliche Nahrung. Alle drei erhielten fünf bis sechs Mahlzeiten täglich, die Menge jeder Mahlzeit schwankte in den ersten sieben Tagen zwischen 10 und 35 g.

Verf. legt überhaupt Wert darauf, daß auch bis zum zehnten Tage jede Mahlzeit nicht mehr als 40 bis 50 g betrage.

2. Entgegen veralteten Anschauungen kann man es jetzt als

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

eine feststehende Tatsache betrachten, daß fast alle Frauen (sicher 90%) imstande sind, wenigstens einige Zeit, selbst zu stillen.

Unter den vielen Scheingründen, die die Frauen zur Entschuldigung des Nichtstillens angeben, nimmt die Furcht vor der (früher verordneten) strengen monotonen Lebensweise einen großen Platz ein.

Demgegenüber weist Verf. darauf hin, daß heute der stillenden Frau alles zu essen erlaubt ist, was ihr behagt. Es ist geradezu notwendig, möglichst wenig an der bisherigen Diät zu ändern, um die stillende Mutter bei möglichst kräftigem Appetit zu erhalten. Weder sind saure Speisen verboten, noch schadet ein Glas Bier oder Wein. (Alkohol im Uebermaß ist selbstverständlich verboten.)

Auch sonst soll die Stillende möglichst in gewohntem Geleise bleiben. Eine mäßige Beschäftigung ist durchaus anzuraten.

Gegen einen maßvollen Geschlechtsverkehr ist nichts zu sagen.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Die bisherigen Erfahrungen mit der Quarzlampe.** Von Kromayer. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. 46, Nr. 1.

2. **Ueber die Heilung der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen.** Von Hübner. Fortschritte d. Medizin, 1908, Nr. 7.

3. **Die Behandlung der Mikrosporie, Trichophytie und des Favus mit Röntgenstrahlen.** Von Berger. Archiv. f. Dermatologie, Bd. 88.

4. **Gonorrhöetherapie und Gonokokkennachweis.** Von Rob. Stein. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

5. **Die Wichtigkeit des Mikroskopierens auch bei akuter Gonorrhöe.** Von Hadlich. Reichsmedizinalanzeiger, 1908, Nr. 2.

6. **Ueber die Behandlung des Trippers mit Gonosan.** Von Geißler. Ibidem.

7. **Die Behandlung des Ulkus molle und des Bubo.** Von Kreibich. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

8. **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Atoxyl.** Von Welander. Archiv f. Dermatologie. Bd. 89.

9. **Die Behandlung der Syphilis mit Arsenik.** Von O. Rosenthal. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

10. **Die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiet der Syphilidologie.** Von Finger. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

11. **Levurinose bei Hautkrankheiten.** Von Winnenberger. Leipz. med. Monatsschr., 1907, Nr. 11.

12. **Ueber Phosphaturie, ein Beitrag zur Prophylaxe der Nierensteine.** Von G. Klemperer. Therapie der Gegenwart, 1908, Nr. 1.

1. Die große Oberflächenwirkung der Quarzlampe, die allen anderen Lichtarten überlegen ist bei verhältnismäßig leichter Vermeidung von Nekrosen, ist allgemein anerkannt. Betreffs der Tiefenwirkung glaubt Kromayer, daß die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie der Quarzlampe die der Finsenapparate um das Doppelte bis Dreifache übertrifft, was von anderen Autoren bestritten wird. Ganz besonders indiziert ist dieselbe bei Lupus, Teleangiektasien der verschiedensten Art, allen Alopezien, bei Pruritus; auch bei Psoriasis linguae.

2. Bei Mykosis fungoides, die sonst gewöhnlich letal endigt, sah Hübner in vier Fällen glänzenden Erfolg durch eine kombinierte Arsen-Röntgenkur. Er bestrahlte wöchentlich einmal 20 bis 30 Minuten mit harten Röhren.

3. Favus und Trichophytie der behaarten Haut bilden eine der vornehmsten Indikationen für die Röntgentherapie. Nach Bergers Erfahrung führt hier die Röntgentherapie bei richtiger Technik ausnahmslos ohne den geringsten Schaden in zirka vier Wochen zu rezidivfreier Heilung. Keine andere Behandlung ist in ökonomischer Hinsicht so praktisch, da sie verhältnismäßig billig ist und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt wird. Die besten Resultate erzielte Berger, wenn er drei Bestrahlungen in Pausen von vier bis sechs Tagen mit mittelweichen Röhren vornahm. Die Haare fielen dann nach 19 bis 22 Tagen aus. Die Reaktion war stets nur ersten Grades, d. h. Haarausfall ohne oberflächliche Hautentzündung.

4. Stein präzisiert den Fingerschen Standpunkt in der Gonorrhöefrage, der ungefähr den Neißerschen Anschauungen entspricht:

Die bloße interne Therapie der akuten Gonorrhöe führt nur in den seltensten Fällen zum Ziel. Es muß bei jeder akuten Gonorrhöe möglichst bald mit der lokalen Behandlung begonnen werden. Die Anwendung rein adstringierender Medikamente bei einer akuten Gonorrhöe ist ein Kunstfehler. Es müssen sofort Silberpräparate verordnet werden, und zwar, solange noch Eiterung vorhanden ist und Gonokokken nachgewiesen werden können, Protargol oder Argonin; wird die Sekretion milchig und sind die Gonokokken geschwunden, Ichthargan, Albargin oder Argentamin. — Das Auftreten von Urethritis posterior scheint durch die Medikation nicht beeinflußbar, vielmehr von äußeren Schädlichkeiten bedingt zu sein; sie bildet nur selten eine Kontraindikation für die lokale Therapie des vorderen Abschnittes.

Was den Gonokokkennachweis betrifft, so hat Stein sie kulturell nachweisen können, wenn die mikroskopische Untersuchung im Stich ließ. Die Untersuchung der Fäden auf Gonokokken hat nur einen Wert, wenn sehr bald nach dem Urinieren untersucht wird.

5. Reizurethritis kann gelegentlich für Gonorrhöe gehalten werden. Deshalb muß bei jeder ersten Untersuchung einer Urethritis nach Gonokokken gesucht werden.

6. Von allen für die innere Behandlung der Gonorrhöe in Betracht kommenden Mitteln verdient nach Geißler Gonosan den Vorzug, da es die Krankheitsdauer abkürzt, die Schmerzen lindert, den eitrigen Ausfluß bald in einen schleimigen verwandelt, die Gonokokken schnell verschwinden läßt, Komplikationen seltener macht und meist gut vertragen wird. Eine gleichzeitige Lokalbehandlung ist nötig.

7. Zur Aetzung des Ulkus molle empfiehlt Kreibich besonders Cuprum sulfuricum in Substanz, danach Umschläge mit Cupr. sulfur. 1 : 1000. Die Aetzung soll jedoch nur vorgenommen werden, wenn keine Symptome des Fortschreitens auf die Lymphbahnen vorhanden sind, da sonst um so leichter Bubo entsteht.

Ist bei einem Bubo nur eine einzelne Drüse vereitert und die bedeckende Haut noch intakt, so spritzt er nach vorheriger kleiner Inzision 10%ige, vorher leicht erwärmte Jodoformvaseline in die Höhle. Biersche Stauung — täglich eine Stunde — ist nach kleiner Inzision von gutem Erfolg. — Den völligen Zerfall langsam zerfallender Drüsen beschleunigt Kreibich nach dem Vorgang von Welander durch Injektion von 1%igem Hydrargyr. benzoic. — Die Röntgenbehandlung des Bubo zeitigte keine Erfolge.

8. Welander sah von der Atoxylbehandlung der Syphilis, insbesondere im tertiären Stadium, manchmal gute Erfolge, glaubt jedoch, daß er mit den alten Mitteln, Hg und Jod, während desselben Zeitraumes vollkommen gleiche Resultate, wenn nicht bessere erhalten hatte. Was die Wirkungsweise des Atoxyls betrifft, so nimmt der Verf. an, daß hierbei nicht das Arsen wirkt, sondern das unzersetzte Atoxyl: denn es verläßt den Körper auch nach wochenlangem Aufenthalt in demselben zum allergrößten Teil unzersetzt als Atoxyl. Die unangenehmen Zufälligkeiten sind vielleicht auf die Zersetzung zurückzuführen. Am ersten Tag nach der Einspritzung wird über die Hälfte des Atoxyls wieder ausgeschieden, einige Tage nachher nur noch wenig, nicht einmal 1‰ der eingespritzten Menge. Von dem retinierten Atoxyl ist ungefähr $^2/_3$ im Blut, $^1/_3$ im Gewebe enthalten. — Arsenige Säure wird bedeutend langsamer ausgeschieden. Die Wirkung des Atoxyls tritt schneller ein, die der arsenigen Säure ist jedoch nachhaltiger.

9. Wenn auch das Arsenik in keinem Stadium der Syphilis imstande ist, das Hg zu verdrängen oder voll zu ersetzen, schon mit Rücksicht auf die mangelnde Wirkung im Sekundärstadium und die schnellen Rezidive, so scheint es doch am Platze bei Idiosynkrasie und Intoleranz gegenüber Hg oder bei Wirkungslosigkeit von JK; ferner bei Rezidiven kurz nach Beendigung einer Hg-Kur; weiterhin bei hartnäckigen lichenartigen, tuberösen und ulzerösen Formen und bei schweren Hautformen der Lues maligna; besonders auch bei der Kombination von Lues mit anderweitigen nicht spezifischen Dermatosen, wie Psoriasis und Lichen ruber; bei Kombination von Lues und Tuberkulose; bei anämischen,

abgemagerten und neurasthenischen Individuen; schließlich in allen Fällen, in denen man aus äußeren Gründen eine Hg-Kur zu vermeiden sucht. Rosenthal verwendet eine 2%ige Lösung: Acid. arsenicos 0,8, Acoin 0,12, Aq. dest. 40,0, Thymol q. s. S. eine halbe Stunde kochen lassen. Von dieser Lösung gibt man am ersten Tag einen Teilstrich der Pravazspritze, jeden dritten Tag einen Teilstrich mehr bis zu acht Teilstrichen = 0,016 Arsen.

Rosenthal gibt dem Arsen den Vorzug vor dem Atoxyl, da das letztere schwere dauernde Intoxikationserscheinungen hervorruft und die Toleranz außerordentlich verschieden ist.

10. Durch die Untersuchungen der letzten Jahre hat die Lehre von der Syphilis große Fortschritte gemacht, insbesondere durch die Möglichkeit der Uebertragung auf Tiere, durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida und die Serodiagnose der Syphilis.

Durch die Inokulationsmöglichkeit, die nicht nur bei Affen, sondern auch bei Kaninchen, Hunden und Schafen in der vorderen Augenkammer vorhanden ist, hat man festgestellt, daß das Blut von Syphilitischen schon in der sechsten Woche nach der Infektion, also mehrere Wochen vor dem Auftreten der Sekundärerscheinungen, auf Affen überimpft, Syphilis erzeugt, also Syphilisvirus führt. Es ist durch Inokulation die Infektiosität des Gummi nachgewiesen und damit die Tatsache, daß auch die tertiären Erscheinungen durch das Syphilisvirus bedingt sind. Auch die fakultative Infektiosität des Sperma wurde durch Impfung nachgewiesen. Die Immunitätsfrage wurde revidiert. Denn es wurde festgestellt, daß nicht nur längere Zeit nach der ersten Impfung, sondern auch noch längere Zeit nach dem Ausbruch des ersten Primäraffektes eine Inokulation möglich, d. h. noch keine allgemeine Immunität eingetreten ist.

Das Dogma von der absoluten Immunität des Syphilitischen ist unhaltbar. Die Immunität erreicht ihren Höhepunkt, wenn die Rezidive aufhören, und nimmt dann langsam wieder ab.

Durch die Tierpassage ist eine Veränderung des Virus nicht aufgetreten, betreffs Schutzimpfung ist noch nichts erreicht.

Betreffs der individuellen Prophylaxe hat sich gezeigt, daß 30%ige Kalomelsalbe, 1 bis 20 Stunden nach der Impfung eingerieben, meist Erfolg hatte. Die Exzisionsversuche waren ungefähr in der Hälfte der Fälle positiv, gleichgültig ob frühzeitig oder später exzidiert wurde. Konzentrierte Karbolsäure, 3‰ Sublimat und Kalomel machten die Inokulation unwirksam, nicht jedoch 1‰ Sublimat und Kalomelsalbe.

Durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida ist die Möglichkeit der frühzeitigen Diagnose des Primäraffektes vor Eintritt der Induration gegeben. Die Züchtung der Sp. pallida ist noch nicht gelungen.

11. Bei Hautaffektionen, die direkt an gastrointestinale Störungen gebunden sind oder durch infektiöse Agentien hervorgerufen werden, ferner bei Folgeerscheinungen des Diabetes empfiehlt Winnenberger die Hefe, besonders in Form der Levurinose.

12. Man muß nach G. Klemperer die Phosphaturie in zwei Hauptgruppen teilen. Die erste Hauptgruppe ist bedingt durch die ammoniakalische Zersetzung des Urins infolge von Bakterienwirkung. Ammoniak wird frei und fällt die Phosphate aus. In diesen Fällen sind Medikamente indiziert, welche dem Urin bakterienfeindliche Eigenschaften verleihen, besonders Urotropin. Dieser Gruppe steht als zweite Hauptgruppe die aseptische Phosphaturie gegenüber, bei welcher der Urin durch die ausgefällten Phosphate getrübt wird, ohne daß Ammoniak freigeworden ist. Bei dieser Gruppe sind zwei Unterabteilungen zu unterscheiden. Die erste Unterabteilung ist bedingt durch die Aenderung der Reaktion des Urins infolge von gastrischen Störungen, und zwar durch abnorm lange Retention der Salzsäure im Magen: gastrogene Phosphaturie. Sie ist nervösen Ursprungs. — Bei der zweiten Unterabteilung handelt es sich um Kalkavidität der Niere. Durch verminderte Kalkzufuhr in der Nahrung läßt sich diese Kalkariurie beeinflussen, was sich jedoch praktisch nicht verwerten läßt. Praktisch hat sich jedoch die Darreichung von Oxalsäure bewährt (dreimal täglich je 0,3 mit 3,0 Natr. bicarbon. in 200 Wasser gelöst), welche die Kalkavidität der Niere schon in geringen Mengen beeinflußt.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Grundzüge der Ernährungstherapie auf Grund der Energiespannung der Nahrung.** Von Dr. M. Bircher-Benner, Zürich. 2. umg. Aufl. Berlin 1906 O. Salle. 218 S.

2. **Fleischkost, fleischlose und vegetarische Diät.** Von Prof. Bornstein, Leipzig. Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 14 (Sitzungsbericht).

3. **Ueberfütterung.** Von Dr. H. Lungwitz. Med. Woche 1907, Nr. 33 und 34.

4. **Zur Ernährungslehre.** Von San.-Rat Dr. Stille, Stade. Aerztl. Rundsch. 1908, Nr. 1 und 2.

1. Nach der z. Z. noch herrschenden, von Liebig inaugurierten Ernährungstheorie wird, so führt Bircher-Benner aus, der Eiweißgehalt der Nahrung als Maßstab ihres Nährwertes, die Ausnutzbarkeit im Darm als ihr Hauptvorzug betrachtet und man glaubt, durch übermäßige Nahrungszufuhr den Ernährungszustand verbessern zu können.

Hierbei hat man aber, wie aus den Forschungen von Bunge, Fôrel, Gaule, Ostwald, Rubner hervorgeht, den Stoffansatz oder -ersatz zu ungunsten des Energieverbrauchs viel zu sehr überschätzt. Mit Ausnahme eines kleinen Teils, etwa 4%, der Nahrung (= 30—40 g Eiweiß pro Tag), der zur Erhaltung der lebenden Substanz dient, rechnet der Organismus nur mit dem Energieinhalt der zugeführten Stoffe. Die größere Menge des aufgenommenen Eiweißes wird nicht zu Organeiweiß, sondern es werden die aus dem Darm aufgenommenen Eiweißtrümmer im Blute noch weiter gespalten und zwar in einen wertlosen N-haltigen Rest und in ein Kohlehydrat. Durch vermehrte Eiweißzufuhr wird der Ernährungszustand nicht verbessert, vielmehr reagiert der Organismus mit Oxydationssteigerung gegen die Nahrungsüberschüsse. Sie stellen also eine unnötige Belastung seiner Regulatoren dar, es kommt u. a. zu „Notregulationen“, z. B. Fettablagerung.

Bei der Lehre von der Energie der Nahrung gelten nach B. die Fundamentalsätze, daß jede Zustandsänderung eines Stoffes auch eine Aenderung seines Energie-Inhaltes darstellt und daß die lebendige Kraft des Geschehens proportional der Stärke oder Potentialdifferenz ist. Aufspeicherung von Energie findet aber wesentlich nur im Pflanzenreiche statt, indem die Pflanzen unter dem Einflusse des Sonnenlichtes, das eine strahlende Energie von sehr hohem Potential, d. h. von einer starken, leicht in Kraft sich umsetzenden Spannfähigkeit ist, die organischen Moleküle aufbauen. Der Weg dieser Moleküle durch den Tier- und Menschenleib, der seinerseits Sonnenenergie etc. nicht in dem Maße aufspeichert, ist daher mit einem Sinken der Spannkraftunterschiede verbunden, und so wird die Fähigkeit, biologische Arbeit zu leisten, bei jeder neuen Phase des Umwandlungsprozesses auf diesem Wege geringer. Dazu kommt noch die Schädigung durch den Absterbe-, Koch-, Backprozeß etc.

Aus diesen Gründen unterscheidet B. bei den Nahrungsmitteln verschiedenwertige Akkumulatoren der chemischen Energie je nach der Potentialstärke, nämlich Akkumulatoren erster, zweiter und dritter Ordnung. Zur ersten Kategorie zählt er die in natürlichem Zustande genießbaren Nahrungsmittel (Baumfrüchte, Nüsse, Beeren, Wurzeln, Salate, rohe Milch, Eier), zur zweiten solche mit mäßigen Zustandsveränderungen durch Absterben und Erhitzen (Brot, gekochte Pflanzennahrung, gekochte Milch, frischer Käse, gekochte Eier), zur dritten solche, bei denen es zu stärkeren Umwandlungsprozessen gekommen ist. Hierhin gehört vor allem das Fleisch. (Auch die Pilze, die sich aus vorhandener Energie aufbauen, selbst aber keine Sonnenenergie aufspeichern, sind bisher stark überschätzt worden.)

Die „kräftigende“ Wirkung der Fleischnahrung wird z. T. durch die in ihr enthaltenen Reizstoffe vorgetäuscht. In Wirklichkeit hat die einseitige Ernährung mit den niedrig gespannten, energetisch mehrfach geschwächten animalischen Stoffen zur Folge, daß „der Energiestrom sich in trägen Fluten dahinwälzt, daß sein Bett verschlammt, seine Leistungen zu wünschen übrig lassen“. Das zeigt sich zuerst in Allgemeingefühlen, Müdigkeit, Erschwerung des Denkens etc. Dann in funktionellen Störungen der Organe, des Kreislaufs, der Nieren, der Haut, des Atmungs-, Verdauungs- und Nervensystems.

Bei längerer Dauer dieser Störungen wird auch die Beschaffenheit der Organe geschädigt, namentlich die der inneren Drüsen, der Regulatoren des Energiestroms. Der Körper bedient sich der Notregulation, es entstehen Fettablagerung, chronischer Rheumatismus, Gicht, Diabetes mit ihrer Nichtverwertung energetischen Materials, dessen Reste teils im Körper zurückbehalten, teils unverbraucht ausgeschieden werden. Hieran schließen sich die Stadien des Organzerfalls. Gleichzeitig sinkt natürlich auch die Widerstandskraft des Organismus gegen toxische und bakterielle Einflüsse.

Aus diesen Grundanschauungen baut B. eine wohldurchdachte energetische Pathologie und Therapie auf, deren Studium wegen der enormen Wichtigkeit des Gegenstandes nur empfohlen werden kann.

2. Bornstein betont, daß die lakto-vegetarische Kost bei geeigneter Zubereitung der gemischten gleichwertig sei. Während eine vernunftgemäß gestaltete gemischte Kost keinerlei Schädlichkeiten berge, sei die einseitige Deckung des oft allzu hoch gesteckten und überschätzten Eiweißbedarfs durch große Mengen Fleisch (das wegen seines Wohlgeschmacks und seiner Variationsmöglichkeit so beliebt ist) überflüssig und schädlich. Vor allem müssen die im Fleisch vorhandenen Reizstoffe und Harnsäurebildner in kranken Tagen, wo die Darmfäulnis und die Autointoxikationsgefahr besonders zu berücksichtigen sind, vermieden bezw. vermindert werden. Besonders bei Hysterie, Neurasthenie, Neuralgien, Gicht, Diabetes werden die Patienten leider immer noch, und zwar namentlich in den Sanatorien, zu Fleischfressern erzogen. Fleischlose aber milcheiweiß- und milchfettreiche Kost empfiehlt Bornstein bei Hyperazidität, Ulkus ventrikuli, chronischen Diarrhöen, verschiedenen Hautkrankheiten und Anämien.

Er plädiert endlich für ärztliche Aufklärung des Volkes darüber, daß im Fleisch weniger der Nährwert alsder Wohlgeschmack und die Abwechselungsmöglichkeit bezahlt werde und daß man auch ohne Fleisch sehr gut existieren könne, während anderseits Gewöhnung an zu große Fleischmengen, ebenso wie Alkoholismus und Koffeïnismus, den Menschen zum Sklaven mache, ihn zum „Karnismus“ führe.

3. Lungwitz geißelt in trefflicher Weise die leider immer noch übliche, von der Wiege bis zur Bahre andauernde Ueberfütterungssucht, durch die unsere Nahrungsmittel zu Giften für den Organismus werden. Namentlich aus der viel zu sehr überschätzten Fleischkost bilden sich Toxine, Produkte gesteigerter Darmfäulnis und verringerter Oxydationsvorgänge im intermediären Stoffwechsel mit ihren vielfachen nachteiligen Folgen für den Körper. „Und wie einfach und logisch ist doch der Schluß: Vermag der Säugling, der innerhalb eines Jahres sein Gewicht verdreifacht, mit einer einprozentigen Eiweißlösung seinen Bedarf zu decken, wie viel eher reicht der Prozentsatz Eiweiß aus, um den Bedürfnissen des heranwachsenden Körpers, der weniger rasch zunimmt und eine kleinere Oberfläche hat, zu genügen!“

Nachdem eine immer größere Anzahl Autoren (es seien noch erwähnt Bachmann, Bälz, Bohn, Chittenden, Czerny, Esser, Finkelstein, Feer, Hauser und Langstein, Meyer-Bernstadt etc.) die „Eiweißnährschäden“ betont haben, ist es nunmehr an der Zeit, sich von der durch Liebig, Voit etc. inaugurierten Eiweißüberschätzung freizumachen und überhaupt in der Ernährungsfrage den Ergebnissen der neueren biologischen Forschungen gerecht zu werden.

4. Zu ähnlichen Ergebnissen wie die vorgenannten Autoren kommt auch Stille. Er resümiert folgendermaßen:

Es treten mehr Gesundheitsschädigungen ein durch Ueberernährung als durch die nach Vorgang von Moleschott so sehr gefürchtete Unterernährung. Die Reform unserer Ernährungslehre ist eine der wichtigsten Aufgaben der physiologischen und hygienischen Wissenschaft.

Die Kalorienlehre ist ungenügend zur Beantwortung der Fragen nach Art und Menge der nötigen Nahrungsmittel.

Im Gegensatz zu Rubner ist zu betonen, daß die Ueberernährung nicht gesundheitlich irrelevant ist, sondern vielmehr **eine sehr häufige Krankheitsursache darstellt.** Die Frage nach dem Nahrungsmittelbedarf muß durch experimentelle Untersuchungen, wie (Bälz und) Chittenden sie angestellt haben, gelöst werden, da die Richtigkeit der von Voit aufgestellten Zahlen völlig unbewiesen ist. Es steht vielmehr nach Chittendens Untersuchungen fest, daß namentlich der Eiweißverbrauch ohne Schädigung der Leistungsfähigkeit und Gesundheit bedeutend niedriger sein darf.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. Th. Peltzer, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Das Erkältungsproblem.** Von Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Menzer. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 1.

2. **Die Neugestaltung des zahnärztlichen Dienstes im Kriege.** Von Stabsarzt Dr. Georg Schmidt. Ibidem, Nr. 2.

1. Nicht nur im militärischen, sondern auch im zivilen Leben spielt die Frage, ob eine Krankheit bezw. die sich an sie anschließende Invalidität durch „Erkältung“ entstanden ist oder überhaupt entstanden sein könne, von jeher eine große Rolle. Naturgemäß tritt diese Frage, so schwierig zu entscheiden und so bedeutungsvoll sie oft ist, am häufigsten an den Militärarzt heran; ist doch der Soldat wie kein anderer durch den Dienst gezwungen, sich rücksichtslos „Erkältungen“ auszusetzen. Trotzdem ist sie als ätiologisches Moment für die Erzeugung von Krankheiten von Hippokrates bis zu dem heutigen Stande der Bakteriologie Problem geblieben. Im Lichte dieser galt es seinerzeit als unwissenschaftlich, überhaupt von „Erkältung“ zu sprechen, es war alles „Infektion“. Magelssen wurde sogar wegen seiner Meinungen über die Bedeutung des Wetters als Krankheitsursache, die er 1894 in seinem Buche „Wetter und Krankheit“ vortrug, von der Universität Christiania auf Veranlassung der Professoren der Bakteriologie und Hygiene des Doktortitels für unwürdig erklärt und sah sich infolgedessen genötigt, von der Leitung eines Bades zurückzutreten. Und doch erscheint es ausgeschlossen, das Problem allein vom Infektionsstandpunkt aus zu lösen. Wenn im Manöver eine Anzahl Leute an Husten und Schnupfen, andere an schwerer Angina, Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung usw. erkranken, so müßte vom Infektionsstandpunkte aus jede Gruppe einen besonderen Krankheitserreger in sich aufgenommen oder der Einfluß der Witterung die vielleicht schon bei jeder vorhandenen verschiedenen Erreger virulent gemacht haben. In diesem Gedankengang weitergehend, gelangt M. kurz zu folgender theoretischer Erklärung der Erkältung als Krankheitsursache: Die von den oberen Luftwegen ausgehenden Erkältungskrankheiten entstehen vorwiegend durch Invasion parasitärer Bakterien auf dem Boden einer Konstitutionsschädigung. Letztere entsteht dadurch, daß Kälte und stark bewegte Luft wärmeentziehend und anämisierend auf die Schleimhaut der oberen Luftwege wirkt, dadurch die Schutzvorrichtungen gegen das Eindringen der Bakterien schädigt und somit die Bedingungen für deren Invasion schafft. Die dann folgende Krankheit (Schnupfen usw.) ist Ausdruck der Heilreaktion je nach der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Die Prophylaxe besteht in Uebung der Haut und allgemeiner hygienischer Lebensweise. Dienstbeschädigung wird nur anzunehmen sein, wenn die Krankheit bald auf die Erkältung folgt und diese einen gesundheitschädlichen Einfluß auch wahrscheinlich macht.

2. Wie die oberen Luftwege, bilden auch kranke Zähne eine nicht seltene Eingangspforte für pathogene Keime. Nachdem schon nach dem Kriege von 1870/71 eine Reihe von Kieferverletzungen zahnärztliche Mitwirkung nötig gemacht hatte, war zum ersten Mal 1900 dem Expeditionskorps nach Ostasien ein Zahnarzt beigegeben, der in einer zahnärztlichen Werkstatt eines Lazaretts in Tientsin ein umfangreiches Arbeitsfeld fand (vom 10. Juni 01 bis 30. Sept. 05 2730 zahnärztliche Verrichtungen, darunter 962 Füllungen). Ferner war von Mitte 1904 den deutsch-südwestafrikanischen Truppen ein Zahnarzt beigegeben, auch waren von den zugehörigen Sanitätsoffizieren zwei zahnärztlich ausgebildet. Nunmehr ist der zahnärztliche Dienst beim deutschen Heere auch für Kriegszeiten innerhalb Europas geregelt (Kriegssanitätsordnung vom 27. Januar 07). Bei den Kriegslazarettabteilungen (eine für jedes mobile Armeekorps) im Bereiche der Etappeninspektionen befindet sich je ein zum Sanitätspersonal und zu den oberen Beamten gehörender Zahnarzt, der auch die

Neutralitätsbinde trägt und dessen unmittelbarer Vorgesetzter der rangälteste Sanitätsoffizier der Kriegslazarettabteilung ist. Von hier wird er nach Bedarf in ein Feld-, Orts-, Kriegs-, Etappen- oder Seuchenlazarett abkommandiert. Im Garnisonlazarett des Standortes, in welchem die Kriegslazarettabteilung aufgestellt wird, befindet sich schon im Frieden ein zahnärztlicher Kasten, mit dessen Inhalt sich schon im Frieden bekannt zu machen den für den Mobilmachungsfall in Aussicht genommenen Zahnärzten Gelegenheit gegeben wird. Diese ergänzen sich aus dem Beurlaubtenstande oder auch aus nicht dienstpflichtigen, vertraglich verpflichteten Zahnärzten. Ihre Uniform ist noch nicht bestimmt, wahrscheinlich wird es mit Abänderungen die der Oberapotheker. Das Mobilmachungsgeld beträgt 250, die monatliche Kriegsbesoldung 300 M. Uebrigens werden seit einer Reihe von Jahren auch die Studierenden der Kaiser-Wilhelms-Akademie in einfachen Hilfsleistungen bei Zahnleiden und in ihrer Erkennung unterrichtet.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Enesol (salizylarsensaures Quecksilber).

Von Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Bei der Behandlung der Syphilis spielt jetzt das Arsen eine große Rolle, und es ist bekannt, eine wie große Bedeutung das Atoxyl in letzter Zeit erlangt und welche Erfolge die Anwendung dieses Präparates erzielt hat. Die Arsenmedikation in der Behandlung der Lues ist ja schon alt, aber sie wurde doch nur in den Intervallen zwischen den einzelnen Quecksilberkuren mehr zur Stärkung und Kräftigung des Organismus als zur eigentlichen Bekämpfung der Seuche, also als spezifisches Mittel angewendet. Nun wurde vor einigen Jahren ein neues Mittel in den Handel gebracht, das eine innige Verbindung von Arsen und Quecksilber darstellt und somit schon an sich zur Behandlung der Lues eine rationelle Erfindung und eine Bereicherung unseres Arzneischatzes in der Bekämpfung dieser Krankheit zu sein scheint. Dieses Präparat ist „Enesol“, salizylarsensaures Quecksilber.

Die Versuche mit diesem neuen Mittel, über das zuerst Coignet 1904 in der Sitzung der Société de Médecine nationale in Lyon berichtete, haben zahlreiche weitere Arbeiten über dasselbe hauptsächlich von französischen, aber auch deutschen und italienischen Autoren hervorgerufen, die zu weiteren Versuchen entschieden ermutigen.

Das Enesol ist ein weißes Pulver, das in Wasser und Alkohol löslich ist. Die Lösungen sind farblos, bringen Eiweiß nicht zur Gerinnung und geben mit den üblichen Reagentien des Arsens und Quecksilbers keinen Niederschlag. Der Hg-Gehalt beträgt 38,46 % metallisches Quecksilber, der des Arsens 14,4 %. Bei diesen hohen Zahlen sollte man glauben, daß das Enesol eine starke Giftwirkung besitze; dem ist aber nicht so. Denn Coignet hat einem 2,6 kg schweren Kaninchen $^{1}/_{4}$ g des gelösten Salzes auf einmal eingespritzt, ohne die geringsten Störungen bei dem Tiere zu bemerken. Erst dreimal täglich die gleich große Dosis war imstande, das Kaninchen zu töten, also 0,3 g des Salzes (= 0,114 g Quecksilber) pro Kilo des Tieres. Bei Anwendung des Quecksilberbijodids würden dagegen schon 0,0045 g genügen, um die Vergiftung eines gleich schweren Kaninchens zu bewirken. Die Ausscheidung des Enesol findet durch den Harn statt, und zwar fand Goldstein, daß schon zwei Stunden nach der ersten Injektion des Mittels Quecksilber im Urin zu finden war; nach 24 Stunden war es kaum noch nachzuweisen.

Die Injektionen werden, wie die Autoren ziemlich übereinstimmend angeben, gut vertragen und rufen in den meisten Fällen nur wenig oder gar keine Schmerzen hervor. Diese Berichte stimmen mit den Erfahrungen des Referenten überein. Auch er beobachtete bei einem Kranken, der mit Enesolinjektionen behandelt wurde, niemals Infiltrate, selten das Auftreten von Schmerzen an den Injektionsstellen, während solche nach Einspritzungen mit Hydrarg. thymol. sich stets eingestellt hatten. Diese Eigenschaft würde natürlich bei gleicher therapeutischer Wirksamkeit sehr zu Gunsten des Enesol in die Wagschale fallen.

Die günstige Verbindung des Quecksilbers mit Arsen im Enesol wurde schon oben betont; sie wird von Bloch und Kamprath besonders hervorgehoben. Letzterer konnte bei Blutuntersuchungen das Emporschnellen der Zahl der roten Blutkörperchen, das Absinken der weißen und Zunahme des Hämoglobingehaltes feststellen. Er schreibt dieses dem Arsen zu, da er in Fällen von Syphilis gravis Hebung des Allgemeinbefindens und Körpergewichts, besseres Aussehen und größere Heilungstendenz beobachtete. Kamprath glaubt auch, daß die Begleiterscheinungen der Eruptionsperiode bei Enesolbehandlung schneller zum Schwinden gebracht werden.

Das Enesol hat zwar einen etwas geringeren Quecksilbergehalt als die meisten der gebräuchlichen Quecksilberpräparate; er ist dem des Bijodids annähernd gleich. Da aber das Enesol eine viel geringere Toxizität besitzt als die anderen Hg-Salze, so kann man viel größere Mengen verabfolgen, als es bei jenen möglich wäre. Versuche haben ergeben, daß das Enesol in täglichen Dosen von 0,03 bis 0,18 g verwendet werden kann. Am zweckmäßigsten ist eine Dosis von 0,06 g pro die. Man wendet das Mittel in intramuskulären Injektionen nach gehöriger Reinigung der Applikationsstelle an, und zwar in Serien von 10 bis 20 Tagen, die durch Pausen getrennt sind, jeden Tag eine Spritze (1 bis 6 ccm). Als Injektionsstelle eignet sich am meisten die Glutäalgegend. Das Enesol wird in Ampullen zu 2 ccm (à 0,06 Enesol) abgegeben, was die Verabreichung sehr erleichtert. Trotz der geringeren Toxizität sollten aber die nötigen Vorsichtsmaßregeln, wie auch bei jeder anderen antiluetischen Kur mit einem Quecksilberpräparat, nicht außer acht gelassen werden.

Wenn auch eine Allgemeinanwendung des neuen Mittels wegen des hohen Preises desselben (ein Karton mit 10 Ampullen zu 2 ccm kostet 4 M.) noch nicht möglich ist, scheint es doch angebracht, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf dieses Präparat zu lenken, da es in der Privatpraxis wegen seiner Handlichkeit, großen Wirksamkeit, wegen des Mangels an Schmerzen nach den Einspritzungen sehr wohl Verwendung finden kann.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Beitrag zur Kenntnis der Resorption der Quecksilbersalze mit besonderer Berücksichtigung des Mergals.** Von Dr. Fürth. Oesterreich. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 1.
2. **Ueber eine neue, Arsen und Phosphor enthaltende Eisenverbindung.** Von Prof. Salkowski, Geh. Med.-Rat, Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 4.
3. **Wissenschaftliche Mitteilungen über Rino-Heilsalbe.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 7.
4. **Ueber Kakao.** Von Dr. F. Müller-Basel. Pharmaz. Zeitg., 1908, Nr. 6.
5. **Neue Arzneimittel.** Von Dr. Zikel. Zeitschr. f. neuere physikal. Mediz., 1908, Nr. 8.
6. **Oeffentliche Warnungen vor Arzneimitteln.**

1. F. hat bei 17 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien der Erkrankung Mergal angewendet und befürwortet auf Grund seiner Erfahrungen die Verwendung dieses Mittels, das der Inunktions- und der Injektionskur nicht nachsteht. F. hat die ausgeschiedenen Hg-Mengen bei der Mergaldarreichung untersucht und gefunden, daß bei Verabreichung kleiner Dosen die Menge des ausgeschiedenen Quecksilbers verhältnismäßig größer ist als bei großen Mergaldosen — vermutlich, weil im letzteren Falle leichter Diarrhöe eingetreten ist und dadurch ein großer Teil des eingeführten Quecksilbers gar nicht oder nur zum geringen Teile resorbiert werden konnte. F. hat aber gefunden, daß bei geringen Dosen das Mergal wochenlang gegeben werden kann, ohne daß Intoxikationserscheinungen auftreten. Es scheint daher zu längerer Darreichung recht geeignet. Mehr als sechs Kapseln täglich

dürfen aber nicht verabreicht werden. Sollten dann schon Darmstörungen sich zeigen, kann man kleine Dosen von Opium oder Tannalbin anwenden. F. führt mehrere Krankengeschichten an, aus denen ersichtlich ist, daß drei Kranke in 74, 80 und 107 Behandlungstagen je 234 Mergalkapseln genommen haben.

2. Von der Anschauung ausgehend, daß das in den menschlichen Körper eingeführte Arsen sich daselbst in Verbindungen ablagert, die den phosphorhaltigen Nukleoproteiden ähnlich sind, da es selbst bei Einverleibung großer Dosen nur zu einem kleinen Bruchteile im Harn und Kot gefunden werden kann, hat es S. unternommen, zu versuchen, ob nicht die Herstellung ähnlicher Verbindungen außerhalb des Organismus möglich sei. Denn wenn dies gelänge, könnten eventuell neue therapeutische Mittel zum Vorschein kommen. In der Tat ist es nun S. gelungen, eine Phosphor und Arsen enthaltende Eisenverbindung herzustellen, in welcher das Arsen locker gebunden und in großen Mengen enthalten ist. Bezüglich der Giftigkeit dieser Verbindung, der die Firma Knoll & Co. den Namen Arsenogen gegeben hat, kann S. ein bestimmtes Urteil noch nicht abgeben. Kaninchen erhielten das Mittel in alkalischer Lösung per os, ohne die geringsten Symptome zu zeigen. Nach den Untersuchungen zu urteilen, die Prof. Mosse mit der Mischung dieses Mittels mit Triferrin (paranukleinsaurem Eisen) in schwach alkalischer, durch aromatische Zusätze vor dem Verderben geschützter Lösung („Arsentriferrol") gemacht hat, scheint das Mittel von guter Wirkung zu sein. Denn es zeigte sich nach längerem Gebrauch Besserung des Allgemeinbefindens und des objektiven Befundes. Dabei wurde das Mittel gern genommen und gut vertragen.

3. Als vorzügliches Hausmittel gegen Hautleiden, Flechten, Geschwüre, Beinschäden wird von der Firma Rich. Schubert & Co. in Weinböhla i. S. in Inseraten und Prospekten ein Mittel angepriesen, das als Rino-Heilsalbe bezeichnet wird. Davon werden Dosen zu 1 bezw. 2 M. verkauft. Auf der Umhüllung steht, daß die „von Gift und Säure freie" Salbe bestehen soll aus: Bienenwachs, Naphthalan je 15, Walrat 20, Benzoefett, Ven. Terp., Kampferpflaster, Perubalsam je 5, Eigelb 30, Chrysarobin 0,5. Die Untersuchung einer Dose zu 1 M. hat aber ergeben, daß diese Angaben in wesentlichen Punkten unzutreffend sind. Denn Z. fand, daß die weiche, hellbraune, nach Wacholderteer riechende Salbe im wesentlichen ein Gemisch aus Terpentin und Oleum Cadinum darstellte mit etwa 1% Borsäure, 6 bis 7% Eigelb und einer indifferenten Salbengrundlage.

Es mag nicht unerwähnt bleiben, daß nach einer Notiz in der „Süddeutsch. Apothek.-Zeitg., 1907, S. 676, in einer Schachtel Rino-Heilsalbe $^1/_2$ bis 1 qcm große, scharfe kantige Stücke Eierschalen enthalten waren, durch welche sich ein Käufer beim Einreiben Verletzungen zugezogen hatte.

4. Die Frage, ob fettreicher oder fettarmer Kakao dem menschlichen Organismus besser bekomme, hat zu scharfer Polemik geführt, an der sich Mediziner ebenso wie Nahrungsmittelchemiker beteiligt haben. Obwohl zwar diese Frage bis heute noch nicht definitiv beantwortet ist, geht es aus den eingehenden Untersuchungen hervor, daß die Gründe, die man gegen den fettarmen Kakao vorgebracht hat, nicht stichhaltig genug waren, um ihn dem Verkehr zu entziehen. Denn der nach besonderem Verfahren stark entfettete Kakao (ca. 15% Fettgehalt) hat ebenso seine Existenzberechtigung wie der auf 25 bis 30% entfettete. Es ist also Geschmackssache des kaufenden Publikums, ob es diesem oder jenem Kakao den Vorzug geben will; denn nicht in dem Kakaofett, sondern in der fettfreien Kakaomasse sind diejenigen Stoffe zu suchen, die das Aroma und die anregende Wirkung auf den menschlichen Organismus ausüben, höchstens daß sie in dem stark entfetteten Kakao angereichert vorkommen. Das Fett wirkt nur als Verdünnungsmittel.

5. Dr. Zikel empfiehlt das Wasserstoffsuperoxyd als hervorragendes Desinfiziens in der Krankenpflege und zur Reinigung des Mundes. Zu letzterem Zwecke soll der Kranke das Mittel unverdünnt in den Mund nehmen, kräftig gurgeln und sogleich wieder ausspeien. Dann erst wird mit Wasser nachgespült. Z. berichtet, daß im mikroskopischen Bilde an Stelle eines wüsten Durcheinander von Mundbakterien ein nahezu keimfreies Gesichtsfeld aufträte. Der Effekt zeigt sich auch dadurch, daß der Foetor ex ore bald verschwindet. Doch ist darauf aufmerksam zu machen, daß sich durchaus nicht jedes H_2O_2 für diesen Zweck eignet, daß sogar das offizinelle Präparat schädlich ist. Z. hält nach seinen Erfahrungen das von Arndts-Paderborn gelieferte Wasserstoffsuperoxyd für das geeignetste und preiswerteste.

Ferner wird dem St. Raphael-Wein unter den Medizinalweinen am meisten der Vorzug gegeben, weil er die wirksamen Substanzen (Eisen etc.) trefflich verdeckt, so daß anämische Frauen, chlorotische Kinder und Mädchen ihn außerordentlich gern nehmen. Auch Wöchnerinnen haben ihn mit Erfolg genommen zwei Tage post partum.

Vor dem Gebrauch des bekannten Haarwassers „Javol" warnt Klose auf Grund eines beobachteten Kopfekzems mit fürchterlicher Ausbreitung und ödematöser Schwellung und Entzündung des Gesichts.

Nach seinen Versuchen im Laboratorium kommt Dr. Zikel zu dem Ergebnis, daß der Yoghurt nicht so sehr ein Prophylaktikum, sondern weit mehr ein direktes Heilmittel bei akuten Verdauungsstörungen ist, die mit Entzündungserscheinungen und abnormer Gasbildung einhergehen. Z. hat mit überraschendem Erfolge bei Diarrhöen Yoghurt viertelliterweise gegeben. Bei Obstipation hat er sich besser bewährt als die einfachen Gärungsprodukte der Milch. Die Anwendung des Yoghurt erscheint besonders erfolgreich 1. als gern genommenes Nährpräparat anstatt Milch, die von Kranken oft verweigert wird, 2. bei übermäßiger Gasbildung im Magendarmkanal, 3. bei entzündlichen Prozessen im Verdauungstraktus. Z. stellte den Yoghurt in der Weise her, daß er in $^1/_2$ l frischer Milch $^1/_6$ Paket Trockenmilch stark und wiederholt aufkochte und dann in einem Tongefäß auf 50° abkühlte. Nunmehr wurde in diese Milch $^1/_4$ des Röhrcheninhaltes gebracht, der sich als eine Mischung von Langstäbchen, Diplokokken und Streptokokken erwies. Dabei wurde dauernd umgerührt. Das Tongefaß wurde dann in einen improvisierten Brutschrank mit 40 bis 45° C gesetzt und 12 Stunden darin belassen. Es resultierte ein dicker, puddingartiger Brei von weißer Farbe und erfrischendem, aromatischem Geschmack.

6. Wir finden in der Pharmaz. Zeitg., 1908, Nr. 7 und 8, mehrere Warnungen vor Heilmitteln, deren Wiedergabe uns angebracht erscheint. So erläßt der Berliner Polizeipräsident unter dem 14. Dezember 1907 eine Warnung vor dem von dem „Versandhaus Georheta" (Inhaber Georg Pohl) in Schöneberg angepriesenen Menstruationspulver Pohli. Das Mittel besteht aus römischen Kamillen, von denen eine gleiche Menge wie die angepriesene für 30 Pf. in jeder Apotheke zu haben ist.

Das Polizeiamt Darmstadt erläßt zwei Warnungen vor Heilmitteln. Die eine betrifft „Köhlers Emulsion, ein ideales Nähr- und Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene", das durchaus kein ideales Kräftigungsmittel ist. Es ist in jeder Apotheke für den Rezepturwert von 2,35 M. zu haben, der Preis von 6 M., mit Nachnahme 6,90 M., ist also um das Dreifache teurer.

Ferner wird gewarnt vor den „Valda-Pastillen", die von Canonne in Paris als einzig wirksames Mittel gegen Krankheiten der Atmungsorgane (Schwindsucht, „Lungengewächse" und Asthma) angepriesen werden. Sie enthalten Eukalyptol und Menthol und unterscheiden sich nicht wesentlich von anderen derartigen Pastillen. Die beigelegte Wirkung besitzen sie nicht.

Neuere Arzneimittel.

Arhovin. Fabr.: Dr. Horowitz, Berlin.

Ein Urteil Weinbergs über Arhovin, das er in der Wiener med. Presse 1907, Nr. 44 veröffentlicht hat, hat erhöhten Wert, weil W. schon vor nahezu drei Jahren mit Brings zusammen seine Erfahrungen publiziert hat und von da ab dauernd Arhovin auf seine Wirksamkeit geprüft hat. Die gleichzeitige genaue Beobachtung der inzwischen stattlich gewordenen Literatur über Arhovin macht W. zu einem der berufensten Kritiker über das Mittel. Es ist darum um so erfreulicher, daß W. in der Lage ist, sich äußerst günstig über Arhovin auszusprechen. — „Nur soviel möchte ich erwähnen, daß aus allen praktischen Versuchen einstimmig hervorgeht, daß das Arhovin zu sicherer Behandlung der Gonorrhöe verwendbar sei und daß es daneben als besonderen Vorteil keinerlei Reizerscheinungen von Seite irgendeines Organs

veranlaßt, was man von den sonst zur Behandlung vielfach empfohlenen Balsamizis nicht behaupten kann. Selbst die in den letzten Jahren mit großer Präzision hergestellten Präparate dieser Art, die ja unstreitig bedeutende Vorteile gegenüber ihren Vorgängern aufzuweisen haben, sind nach den gesammelten Erfahrungen doch nicht ganz frei von unangenehmen Nebenwirkungen auf Magen, Darm und Nieren. Suchen wir dagegen bei allen bisherigen Publikationen über Arhovin nach einer solchen Erfahrung, so finden wir auch nicht einen einzigen Fall, trotzdem die Zahl der mit dem Mittel behandelten und bekannt gewordenen Patienten bereits eine ziemlich große ist. Deshalb ist dieser einwandsfreie Vorteil und diese Ueberlegenheit anderen Mitteln gegenüber so sehr ins Gewicht fallend, daß bei sonst gleicher antigonorrhoischer Wirkung schon dies allein eine ausschlaggebende Empfehlung für das Arhovin sein müßte."

Beachtenswert ist noch folgender Satz: „Daraus, d. h. aus der schnellen Resorption des Arhovin, glaube ich auch die Erscheinung erklären zu können, die mir bei der Behandlung immer wieder ganz besonders auffiel, daß selbst heftige Schmerzen sofort am zweiten Tage, oft noch am gleichen Tage, nachdem die Arhovintherapie begonnen hatte, mit einer staunenswerten Regelmäßigkeit verschwanden, was sich nur dadurch erklären läßt, daß das rasch eliminierte Arhovin anästhesierend auf Harn- und Geschlechtsorgane einwirkt und die Entzündungserscheinungen zum Stillstande bringen muß.

In der Dosierung geht W. etwas über die Durchschnittsdosis hinaus und gibt gern bei schweren Zuständen bis zu zehn Kapseln à 0,25 tägl.; er schreibt dieser verschärften Medikation — die gleichfalls in keinem einzigen Falle irgendeine unerwünschte Nebenwirkung hatte — zum Teil seine ausgezeichneten Erfolge zu.

M. Plien, Berlin.

Hämatopan. Fabr.: Dr. Wolff, Bielefeld.

Clemm, Ballenstedt, teilt über Hämatopan in der Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 33 folgendes mit: Das Präparat wird in der Weise gewonnen, daß Blut und Malz zu gleichen Teilen gemischt und im luftleeren Raum eingedickt werden; dabei geht das Hämoglobin und Serumalbumin leichtlösliche Verbindungen mit dem Zucker ein, indem die Bluteiweiße in Saccharate übergeführt werden. Das so entstandene blutfarbene, trocken-kristallinische und damit bakterienfreie Präparat „Hämatopan" enthält in leichtest assimilierbarer Form das animalische Bluteisen neben Eiweißen, Blutsalzen, Malzzucker, Lezithin. Verf. betrachtet das Hämatopan als ein vollkommen einwandfreies Bluteisen-Erneuerungsmittel, das gleichzeitig ein den besten unserer künstlichen Nährmittel gleichwertiges Erzeugnis ist. Zur Zellmast infolge Störungen auf dem Gebiete des Nervenstoffwechsels dürfte es sich den meisten anderen derartigen Präparaten überlegen erweisen. M. Plien, Berlin.

„Sozojodol"-Salze. Chemische Fabrik H. Trommsdorf, Aachen. Seit einigen Jahren sind die Salze der Dijodkarbolsulfosäure vielfach im Gebrauche. Es mögen einige Hinweise bezüglich der Anwendung hier genügen.

Das „Sozojodol"-Azidum, die Dijodparaphenolsulfosäure selbst, die in Wasser, Kollodium, Glyzerin löslich ist, wurde bei Myringitis chronika sikka (sklerosis myringis) mit Erfolg angewendet in der Lösung von 0,25 mit Alkohol absol. 1,0 und Ol. rizini 10,0 zur Einträufelung.

„Sozojodol"-Hydrargyrum wirkt konzentriert sehr heftig, soll aber an Giftigkeit hinter anderen Quecksilberverbindungen, wie Sublimat etc., bedeutend zurückbleiben.

Es wird als Pulver, Salbe oder Lösung, 1—200 bis pure angewandt bei Syphilis, Polypen, Ozäna, fungösen Gelenkentzündungen, Fisteln (auch tuberkulösen).

„Sozojodol"-Kalium wird als Substitut für Jodoform verwandt, ist ungiftig, geruchlos und löslich. In Substanz angewandt übt es keinen Reiz auf die Haut aus. In der Regel wird es in 10 bis 25%iger Verreibung mit Talkum, Milchzucker, Borsäure, Stärke, Zinkoxyd, Vaseline, Lanolin etc. verwandt. Es ist auch in billiger Originalpackung als „Sozojodol"-Wundstreupulver und „Sozojodol"-Wundsalbe in den Handel gebracht. Anwendung findet es in allen Fällen, wo auch Jodoform angewendet wird.

„Sozojodol"-Natrium ist, wie das Kaliumsalz, ungiftig und geruchlos, doch leichter löslich als dieses, man wendet es **deshalb häufig als antiseptische Lösung an, 1 : 12—50, aber auch in Pulverform in einer Konzentration von 1 : 10 oder pure.**

Prof. Adolf Baginsky-Berlin empfahl es in der von Schwarz angegebenen Mischung mit Flores Sulfuris aâ (bei Kindern unter zwei Jahren 1 : 2), event. mit etwas Saccharinzusatz, bei skarlatinöser Angina. Es wurde mittels einfachen Pulverbläsers mehrmals täglich in Anwendung gebracht, und nur wo die Pulvereinblasung Erbrechen erregte, wurde von „Sozojodol"-Lösungen in innerlicher Anwendung Gebrauch gemacht in Gaben von ½ Teelöffel dreimal täglich. S. Schwarz selbst hat es mit sehr befriedigendem Erfolge bei Diphtherie angewandt (W. kl. Wochenschr., 1895, Nr. 43). Ferner wurde es erfolgreich besonders bei weichem Schanker und bei Gonorrhöe benutzt. Dann findet es eine ausgedehnte Anwendung bei Nasen- und Halskrankheiten sowie in der Augenheilkunde. Das Salz übt eine austrocknende Wirkung aus.

„Sozojodol"-Zinkum ist gleichfalls geruchlos und leicht löslich. Es ruft eine vermehrte Sekretion hervor und wird in Pulverform in einer Konzentration von 1 : 5 bis 100, als Lösung oder als Salbe verwendet. Ein „Sozojodol"-Schnupfenpulver, das in Originalpackung geliefert wird, ist eine 7%ige Verreibung dieses Salzes mit Milchzucker. Sonst wird das Zinksalz bei Nasen- und Halsleiden und bei Ohrerkrankungen, bei Gonorrhöe, in der Dermatologie, der Syphilidologie und der Gynäkologie, bei Ozäna und Frostbeulen angewandt. In zu starker Konzentration kann es eine nicht gewollte starke Schorfbildung hervorrufen, weshalb etwas Vorsicht geboten ist.

P. Höckendorf, Großlichterfelde.

Technische Neuerscheinungen.

Verbrennöfen für Abfallstoffe.

Die Abfallstoffe kann man in zwei Gruppen teilen, in die spezifisch leichten und die spezifisch schweren Stoffe. Zur ersten Gruppe gehört Papier, Laub, Lumpen, Bandagen, Charpie, Wolle, Müll und dergl. Wo diese Stoffe massenhaft abfallen oder infiziert sind, ist deren Vernichtung durch Feuer einmal rentabler als Abfuhr und dann für infizierte Stoffe ein dringend gebotenes hygienisches Erfordernis.

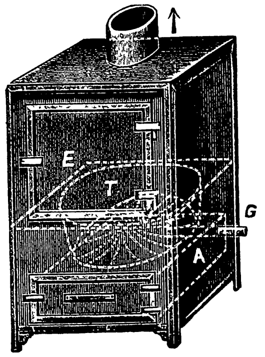


Abb. 1.

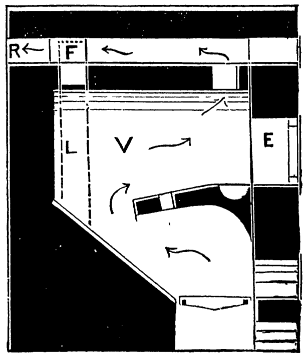


Abb. 2.

Abb. 1 stellt einen derartigen Ofen für Gasbetrieb dar, wie er sich für chirurgische Abfälle eignet und in Privatkliniken und Hospitälern im Betriebe ist. Die Einrichtung ist einfach die, daß in einem etwa ein Meter hohen Blechkasten über dem Aschenbehälter A ein ringförmig gebogenes Gasrohr mit konzentrisch gebohrten Flammlöchern angeordnet ist, über welchem ein Trichter mit Rostabschluß nach unten hängt, der den Verbrennraum bildet. E ist die Einwurftür. Sollen in solchem Ofen auch wasserreichere Stoffe mit verbrannt werden, so wird über dem Verbrennraume noch ein Trockenraum angeordnet, dessen Inhalt nach erfolgter Trocknung durch eine hinten im

Trockenraume befindliche Oeffnung in den unteren Verbrennraum gestoßen wird. Auf diese Weise können u. a. auch kleinere Tiere zur Verbrennung gelangen.

Wo viele wasserhaltige Stoffe zur Verbrennung kommen sollen, empfiehlt es sich, einen gemauerten Verbrennofen für Kohlenbetrieb aufzustellen, etwa nach Abb. 2. Hinter dem Einwurfe E befindet sich eine Blutpfanne; die Materialien gelangen über die beiden erhitzten schrägen Flächen hinweg zur Verbrennung. Ferner ist eine besondere, selbsttätige Fettverbrennvorrichtung vorgesehen, welche darin besteht, daß in einem Kanale L atmosphärische Luft stark erhitzt wird. Bei F wird der aus dem Verbrennraume V entweichende Rauch auf den Querschnitt des Schornsteines zusammengeschnürt, und die erhitzte Luft dem oberen Teile des Rauchkanales zugeführt. Da die Fettgase spezifisch leichter sind als die Rauchgase, so werden demnach die ersteren getrennt von den letzteren verbrannt.

Für Veterinärzwecke werden fahrbare Apparate hergestellt, in welchen die Verbrennung gefallener Tiere an Ort und Stelle erfolgen kann.

Zur einwandsfreien Vernichtung von Konfiskaden auf Schlachthöfen dienen ebenfalls gemauerte Oefen von erheblichen Abmessungen, da hier die Verbrennung ganzer Rinder, Pferde etc. in Frage kommt.

Die Anregung zu diesem eigenartigen Zweige der Hygiene hat s. Z. Exzellenz Robert Koch im hygienischen Institut in Berlin gegeben, wo 1890 der erste Verbrennofen für infizierten Mist und Tiere von der Firma J. Keidel & Co., Potsdam, aufgestellt wurde, welche auch die anderen hier erwähnten Apparate baut.

Auf Veranlassung des preußischen Kultusministeriums wurden in der Kgl. Charité, Berlin, eingehende Versuche mit dem Brennofen Nr. 2 angestellt, die zu dem Ergebnis führten, daß in drei Stunden bei 3 cbm Gasverbrauch 55 kg klinische Abfallstoffe verbrannt wurden. (Selbstbericht.)

Bücherbesprechungen.

Die Salzsäuretherapie auf theoretischer und praktischer Grundlage. Von H. Leo. Verlag A. Hirschwald. Berlin 1908.

Leo hat es unternommen, in dieser Monographie gewissermaßen eine Pharmakologie der Salzsäure zu schreiben. In einzelnen größeren Kapiteln werden behandelt: die Sekretion der Salzsäure, die Wirkung der Salzsäure auf die Nahrung, die Wirkung der sezernierten Säure innerhalb des Organismus, die Wirkung der eingenommenen Salzsäure und die Praxis der Salzsäuretherapie. Außer den zahlreichen Versuchen, die der Verfasser im Lauf der Zeit auf diesem Gebiet angestellt hat, ist die übrige Literatur erschöpfend behandelt. Aus den reichhaltigen Kapiteln, deren Inhalt hier nicht eingehend besprochen werden kann, sei besonders das für den praktischen Arzt wichtige Thema: Die Praxis der Salzsäuretherapie, hervorgehoben. Eingehende Besprechung findet z. B. die Arzneiform, in welcher Salzsäure verordnet werden kann. Unter den Ersatzpräparaten ist besonders das Azidol gewürdigt; Verf. ist der Ansicht, daß es im Lauf der Zeit die Salzsäure des Arzneibuchs fast verdrängen wird. Die gleichzeitige Verabreichung von Pepsin hält Leo für den wichtigsten Punkt in der ganzen Salzsäurebehandlung. Sodann wird die Menge der zu verabreichenden Säure resp. des Azidols sowie die Zeit des Einnehmens eingehend besprochen. Im speziellen Teil dieses Kapitels werden die Indikationen (zum Teil an der Hand von Krankengeschichten) der Salzsäuretherapie behandelt. Das Gebiet, auf dem die Salzsäurebehandlung zur Geltung kommt, ist ein recht umfangreiches und nicht allein auf Magenerkrankungen beschränkt. Auch die Toxikologie der Salzsäure kommt in einem besonderen Kapitel zu ihrem Recht. Ein ausführliches Namen- und Sachregister läßt auf den ersten Blick die Vielseitigkeit dieser Monographie erkennen. Der praktische Arzt wird in diesem Büchlein manche wichtigen und neuen Punkten finden, die für die rationelle Anwendung dieses vielgebräuchlichen Arzneimittels von Wichtigkeit sind. Bachem-Bonn.

Toxikologie oder die Lehre von den Giften. Von F. A. Roßmäßler. Hartlebens Verlag. Wien und Leipzig.

Gute toxikologische Werke für den Mediziner von Fach besitzen wir genug, aber für einen Laien sind sie meist zu „gelehrt". Um so freudiger ist es zu begrüßen, daß in vorliegendem Büchlein dem Geschmack des Nichtmediziners Rechnung getragen wird. Jeder gebildete Laie wird daraus Nutzen ziehen, wenn er sich über die Giftigkeit eines Arzneimittels, einer Pflanze oder eines chemischen Körpers in Kürze orientieren will. Aus dem kurzgedrängten und doch reichhaltigen Inhalt sei folgendes hervorgehoben: Nach kurzen Erläuterungen einiger chemischer Begriffe folgt eine allgemeine Besprechung und Erklärung der Namen Gift, Gegengift, Dosis letalis, Kumulation, Ursachen der Vergiftungen usw. Ferner die Kapitel anorganische und organische Gifte; in einem besonderen Abschnitte wird auf die tierischen Gifte, Fäulnisgifte sowie auf zahlreiche Pflanzengifte eingegangen. Unsere heimischen Giftpflanzen haben besonders eingehende Berücksichtigung gefunden. Dem chemischen Nachweis zahlreicher Gifte ist ebenfalls ein kurzes Kapitel gewidmet. Auch finden wir schätzenswerte Angaben über die chemische Konstitution der wichtigsten Giftstoffe. Dabei kommt die Besprechung der Symptomatologie und Therapie der einzelnen Intoxikationen keineswegs zu kurz. Das Buch ist m. E. sehr geeignet für solche, die der Giftlehre nicht ganz fremd gegenüberstehen sollten, z. B. für Lehramtskandidaten, Gewerbe-Inspektoren, Personal der Sanitätswachen, Chemiker etc. Außer seinem empfehlenswerten Inhalt wird wohl auch der mäßige Preis (3 M.) für Verbreitung sorgen.

Bachem-Bonn.

ALLGEMEINES.

Bekanntmachung. An Stelle des am 20. Dezember d. J. verstorbenen Vorsitzenden der Aerztekammer, Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. Julius Becher, werden bis auf weiteres die laufenden Geschäfte der Aerztekammer durch den zweiten stellvertretenden Vorsitzenden und ersten Schriftführer Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. S. Marcuse, Berlin C. 25, Kaiserstraße 41, die laufenden Geschäfte für das Ehrengericht durch den stellvertretenden Vorsitzenden des Ehrengerichts, Herrn Sanitätsrat Dr. Kaehler, Charlottenburg, Berlinerstraße 147, erledigt werden.

Berlin, den 31. Dezember 1907.

Der Polizei-Präsident
I. A.: Lewald.

Aachen. Eine Warnung für alle Kranke erläßt die hiesige Polizeibehörde. Unter der Bezeichnung „Institute of Radiopathie und Internationales Sanatorium" preist ein sogenannter Professor Mann, der sich als „Präsident dieses Instituts" und Vizepräsident der amerikanischen Aerzte und Chirurgen nennt, seine Heilmethode durch Radiopathie an. Er verspricht Heilung für alle Krankheiten, die durch die Kunst der Aerzte nicht beseitigt werden konnten. Sobald sich ein Kranker an ihn wendet, erhält er eine Anzahl Drucksachen, in denen die Erfolge der Heilmethode in den schönsten Worten geschildert werden, zugleich aber die Aufforderung um Einsendung von 40 M. Vor Eingang dieses Betrages wird die „Kur" nicht begonnen. Es ist nun festgestellt, daß der sogenannte Professor Mann niemals Medizin studiert hat und ihm sein Handwerk schon in Kanada gelegt war.

O. Krey-Cöln.

Rezeptversehen eines Arztes. Ein verhängnisvoller Irrtum eines Arztes bildete den Anlaß zu einer Verhandlung, die am 28. Dezember v. J. vor der Strafkammer in Aschaffenburg stattfand. Wir entnehmen bayorischen Blättern über die Angelegenheit folgendes:

Der prakt. Arzt Dr. B. von Rothenfels hatte ein an Masern und Blutflecken erkranktes Kind in Behandlung. Als die Krankheit sich verschlimmerte, wurde auf Verlangen des Vaters des Kindes der Bezirksarzt Dr. K. von Marktheidenfeld hinzugezogen. Auf dessen Anraten verordnete Dr. B. für das Kind 150 g Mixtura sulfurica acida. Obwohl nun Dr. B. von der Zusammensetzung dieses Medikamentes keine Kenntnis hatte, welche nur tropfenweise oder verdünnt verabreicht werden soll, schrieb er auf das Rezept die Bemerkung: „Stündlich einen Kaffeelöffel voll zu nehmen“. Sofort nach der ersten Verabreichung des Mittels trat bei dem Kinde starkes Erbrechen ein, und nach gräßlichen Schmerzen verstarb es anderen Tages. Gegen Dr. B. wurde deshalb ein Strafverfahren eingeleitet. In der Verhandlung gab er zu seiner Verteidigung an, daß er die Zusammensetzung des Mittels nicht gekannt und auch kein Buch zur Hand gehabt habe, um diese daraus zu ersehen; er habe Dr. K. das Rezept gezeigt und, da dieser nichts geäußert, weiter keine Bedenken gehabt. Bezirksarzt Dr. K. behauptete indessen, das Rezept nicht gelesen und auch davon, daß sein Kollege keine Kenntnis von der Zusammensetzung der Mixtur gehabt, nichts gewußt zu haben. Die Sachverständigen betonten u. a., daß Dr. B. dadurch einen Fehler begangen habe, daß er sich nicht bei Dr. K., der das Mittel angeraten habe, über dessen Beschaffenheit Informationen geholt habe. Der Staatsanwalt beantragte 100 M. Geldstrafe, eventuell 10 Tage Gefängnis. Das Urteil lautete auf 50 M. Geldstrafe, eventuell 5 Tage Gefängnis. In der Begründung des Urteils wurde hervorgehoben, daß durch die Arznei nur eine Gesundheitsschädigung herbeigeführt worden sei. (Pharmaz. Ztg., 1908, 4.)

Bekanntmachung. Die am 1. Januar 1908 in Kraft getretene deutsche Arzneitaxe für das Jahr 1908 ist in der Weidmannschen Buchhandlung, hier S. W. 12, Zimmerstraße 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben.

Berlin, den 8. Januar 1908.

Der Polizei-Präsident
I. A.: Lewald.

Bekanntmachung. Das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrollnummer 894 aus den Höchster Farbwerken und den Kontrollnummern 129, 131, 132, 134, 136, aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 1 bis 841 aus den Höchster Farbwerken, 1 bis 100 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 1 bis 208 aus der Fabrik vorm. E. Schering in Berlin, 1 bis 99 aus dem Serumlaboratorium von Ruete Enoch in Hamburg sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung eingezogen sind, wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem betreffenden Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 10. Januar 1908.

Der Polizei-Präsident.
I. A.: Lewald.

Im Institut für Meereskunde in Berlin nimmt das aus Meeralgen gewonnene Nährfett Fucol einen Ehrenplatz ein. Es wird genau wie Lebertran verordnet, ist aber leichter zu nehmen und wirkt energischer und schneller. Orig.-Flaschen à ½ Liter kosten M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Dott. Giovanni Grassi, vom Provinzial-Findelhospiz, **Mailand:**

„Ich habe „Kufeke Kindermehl“ bei einigen Kindern dieses Spitals angewandt und habe damit wahrhaft glänzende Resultate erzielt.“

Dott. Pio Blasi, Chefarzt und Direktor der Kinderbewahranstalt **Rom:**

„Mit „Kufeke“ Kindermehl habe ich ausgiebige Versuche angestellt. Ich brachte dasselbe hauptsächlich bei Neugeborenen in Anwendung, welche infolge erblicher Syphilis künstlich ernährt werden mußten, und konnte ich beobachten, daß es gerne genommen und leicht verdaut wurde, so daß ich es für ein ausgezeichnetes Ersatzmittel in den nicht seltenen Fällen halte, wo eine mit Milch gemischte Nahrung oder auch eine künstliche angebracht ist.“

Ware zu Versuchszwecken und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko zur Verfügung.

R. Kufeke, Bergedorf-Hamburg und Wien I.

Externe Salicyl-Therapie!
Deutsche Reichs- und Auslandspatente.
Dr. R. Reiss.
Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin N. 24.
Literatur und Proben kostenlos.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen,** Berlin. **C. A. Ewald,** Berlin. **P. Gerber,** Königsberg. **R. Kobert,** Rostock. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S. **H. Senator,** Berlin. **M. Koeppen,** Berlin. **M. Mosse,** Berlin. **H. Rosin,** Berlin. **H. Schlange,** Hannover. **Ad. Schmidt,** Halle a. S. **R. Sommer,** Gießen. **H. Unverricht,** Magdeburg. **O. Vulpius,** Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 15. März 1908. **Nr. 11.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Aus der Dührssenschen Privatklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes.

Von Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin.

(Fortsetzung.)

Ich wende mich nunmehr zu einer kritischen Betrachtung der speziellen Behauptungen des Rohlffschen Artikels.

Wenn Rohlff der Einführung eines Kolpeurynters in die Scheide zwecks Wehenanregung oder zur Dilatation der Scheide geringen Wert beimißt, so stimme ich dem bei, dagegen betone ich im Gegensatz zu Rohlff, daß die Kolpeuryse für die langsame und schonende Reposition des retroflektierten schwangeren Uterus eine beachtenswerte Methode*) darstellt, auch wenn man den Kolpeurynter nur mit Wasser füllt.

Bezüglich einiger weiterer Einwände Rohlffs gegen die Kolpeuryse bemerke ich folgendes: Die von Müller verbesserten Champetier de Ribes-Ballons sind sehr haltbar, wenn man sie von anhaftendem Lysol durch gründliche Reinigung mit warmem Wasser befreit. Nach Zweifel lassen sie sich besonders lange in Glyzerin oder Oel konservieren. Zweifel empfiehlt ferner gerade bei Plazenta prävia-Blutung in der Schwangerschaft die prophylaktische Scheidentamponade mittels eines Kolpeurynters, um die Schwangere vor einer zweiten, unter Umständen letalen Blutung zu bewahren. Sie soll mindestens eine Woche hindurch fortgesetzt werden.

Der allgemeinen Begeisterung für die Bossische Methode habe ich mich nicht angeschlossen, sondern an der Hand der Leopoldschen Fälle an der Methode eine strenge Kritik**) geübt und weiter Fälle der Bossi-Schwämmer besprochen, in denen der Tod infolge der durch den Dilatator erzeugten Verletzungen eingetreten war. Ich bin daher der Ansicht, daß auch der Spezialist die Bossische Methode nicht mehr anwenden sollte, da ihm viel wirksamere und ungefährlichere Methoden zwecks Erweiterung der Zervix zu Gebote stehen. Trotzdem ist der Schluß von Rohlff falsch, daß, wenn der Spezialist den Bossi gebrauche, auch der Praktiker ihn gebrauchen dürfe. Der Spezialist hat in seiner Klinik oder durch die ihm zur Verfügung stehende Assistenz die Möglichkeit, durch die Dilatationsinstrumente entstandene Rißblutungen zu stillen, eine Möglichkeit, die der auf sich allein angewiesene Praktiker nicht immer hat.

Wenn Rohlff meint, daß Dührssens Einschnitte zum Teil deswegen wieder verworfen sind, weil Risse Jahre hindurch Beschwerden machen können, so irrt er sich mit dieser Behauptung nach verschiedenen Richtungen.

Daß die Einschnitte späterhin regelmäßig oder nur häufig Beschwerden machen, ist nicht richtig. Man beugt zudem etwaigen Beschwerden mit Sicherheit dadurch vor, daß man die Einschnitte nach der Geburt vernäht, was allerdings in der Praxis auf Schwierigkeiten stoßen kann. Die Beschwerden, die nach Einschnitten entstehen können, sind dieselben Beschwerden, welche ein nach spontaner Geburt entstandener Zervixriß machen kann. Bei spontanen Geburten entstehen gelegentlich viel größere Risse, als sie nach Zervixeinschnitten zurückbleiben. Die Risse der ersteren Kategorie reichen manchmal hoch hinauf bis in den supravaginalen Zervixabschnitt und in das Parametrium hinein, während die Schnitte nur die Portio vaginalis durchsetzen. Wollte man sich die Argumentation von Rohlff zu eigen machen, so müßte man das Gebären überhaupt verbieten! Sind nun überhaupt die Beschwerden von Zervixrissen oder nicht vernähten Zervixschnitten so groß oder vielleicht unheilbar? Beides ist nicht der Fall. Wir können die Defekte durch eine kleine Operation, nämlich die Emmetsche, leicht und sicher zur Heilung bringen. Wird eine Erstgebärende nicht gerne diese Eventualität auf sich nehmen, wenn ihr dafür der geburtshilfliche Eingriff ein lebendes Kind schenkt?

---

*) Siehe Dührssen, Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen der schwangeren Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 57, H. 1, S. 93 der Arbeit.

**) Dührssen, Ist die Bossische Methode wirklich als ein Fortschritt in der operativen Geburtshilfe zu bezeichnen? 1903. Archiv für Gyn. Bd. 68, H. 2.

Nochmals die Bossische Methode. l. c. Bd. 69, H. 1.

Darf die Bossische Methode dem praktischen Arzt empfohlen werden? (Nebst Mitteilung zweier weiterer Fälle von vaginalem Kaiserschnitt und kritischer Betrachtung seiner Konkurrenzmethoden.) l. c. 1905. Bd. 75, H. 2.

Nochmals Bossi und vaginaler Kaiserschnitt. l. c. Bd. 77, H. 1.

Concerning obstetrical Dilatation of the cervix. Surgery, Gynecology and Obstetries 1906. March.

War in den von Bossi mitgeteilten Fällen (s. Centralblatt Nr. 10) eine Schnellentbindung überhaupt notwendig? Nebst Mitteilung eines Falles von paterner Leukämie als Ursache des Fruchttodes. Centralblatt für Gyn. 1906, Nr 15.

Die Dührssenschen Einschnitte sind aber überhaupt nicht verworfen worden, sondern sie bilden einen integrierenden Bestandteil der geburtshilflichen Operationslehre. Die Beweise hierfür sind in den geburtshilflichen Lehrbüchern leicht zu finden. Von diesen nenne ich nur das Lehrbuch von Zweifel, von Bumm, das Winckelsche Handbuch und die soeben erschienene geburtshilfliche Operationslehre von Fehling. Aus diesen Werken kann ferner Rohlff ersehen, daß der vaginale Kaiserschnitt auch bei reifem Kind immer mehr an Gunst gewinnt. Auch auf dem Gynäkologenkongreß zu Kiel im Jahre 1905 ist die Ueberlegenheit der von Dührssen angegebenen blutigen Dilatationsmethoden (tiefe Zervixinzisionen und vaginaler Kaiserschnitt) über die mechanischen Dilatationsmethoden selbst von Leopold, dem Anhänger der Bossischen Methode, zugegeben worden. Endlich hat unser Altmeister Hegar*) jüngst den vaginalen Kaiserschnitt den vier klassischen geburtshilflichen Operationen zugezählt. Als solche nennt er die Wendung, die Zange, den klassischen und den vaginalen Kaiserschnitt, während er die Beckenspaltung noch nicht als gesicherten Besitz der geburtshilflichen Operationslehre ansprechen kann.

Von der Bedeutung der tiefen Zervixinzisionen kann ich aber vielleicht Rohlff noch besser überzeugen, wenn ich ihm mitteile, daß viele praktische Aerzte nach ihren mir gemachten Mitteilungen die Inzisionen mit den besten Erfolgen angewandt haben und große Freunde der Methode sind. So berichtet auch der von Rohlff zitierte Kollege Mende über einen Fall von Eklampsie, den er mit der von Dührssen empfohlenen Kombination der Metreuryse und der tiefen Portioinzisionen erfolgreich behandelt hat. Es wäre überhaupt zu wünschen, daß die Artikel von Rohlff und mir Veranlassung gäben, daß recht viele Praktiker ihre Erfahrungen über die von ihnen angewandten Dilatationsmethoden in dieser Wochenschrift mitteilten. Ich bin besonders neugierig auf die Beantwortung der Fragen, wieviel Praktiker das Bossische oder ein ähnliches Instrument besitzen, ob und mit welchen Erfolgen sie es angewandt haben.

Die theoretischen Ueberlegungen, welche Rohlff bezüglich der zulässigen Schnelligkeit der Bossi-Dilatation anstellt, sind falsch. Wenn auch in seltenen Fällen die spontane Erweiterung der Zervix in $1^{1}/_{2}$ Stunden vor sich gehen kann, so ist daraus nicht der Schluß gerechtfertigt, daß man ohne Gefahr in dieser Zeit die Zervix auch mit dem Bossischen Instrument völlig dilatieren könne. Bei Mehrgebärenden mit nachgiebiger Zervix ist dies allerdings möglich — obgleich auch hier Narben früherer Zervixrisse einen Lokus minoris resistentiae bilden, welcher zu höchst unangenehmen Rissen bei Anwendung der Bossischen Methode disponiert — bei Erstgebärenden aber in der Regel nicht. Bilden doch gerade die jungen und die alten Erstgebärenden mit rigider Zervix ein großes Kontingent der Fälle, in welchen wegen zu langsamer spontaner Erweiterung eine Indikation zur künstlichen Dilatation der Zervix auftritt.

Nach den Untersuchungen des Verfassers beruht aber diese Rigidität auf einem Mangel bezw. einer Degeneration der elastischen Fasern der Zervix. Ein derartiges Kollum ist überhaupt nicht oder nur bis zu einem gewissen Grade dilatabel. Dilatiert man trotzdem weiter, so gibt's einen Riß.

Rohlff sagt: „Die schnelle Zervixerweiterung wird angewendet bei Plazenta prävia.“ Sollte er mit diesen Worten auch die Bossische Methode bei Plazenta prävia empfehlen wollen, so möchte ich ihn darauf aufmerksam machen, daß ich an der Hand der Leopoldschen Fälle selbst die Gefahr der Bossischen Methode bei Plazenta prävia dargetan habe: Die Dilatation der Zervix erzeugt hier eine weitere Ablösung der Plazenta und eine Verstärkung der Blutung. Es kommt überhaupt bei Plazenta prävia gar nicht auf die Erweiterung der Zervix und die schnelle Entbindung, sondern auf die sichere Blutstillung an. Diese erreicht man in sicherer und schonender Weise durch die Blasensprengung und intrauterine Ballon-Einführung, worauf an dem Ballon ein mäßiger, selbsttätiger Zug angebracht wird. Die Blasensprengung verhindert eine weitere Ablösung der Plazenta und der Ballon drückt den abgelösten Plazentarlappen gegen seine frühere, blutende Haftstelle und stillt hierdurch die Blutung. Die weitere Dilatation überläßt man nun den auf den Reiz des Ballons alsbald kräftig einsetzenden Wehen, die schließlich den kindskopfgroßen Ballon in die Scheide austreiben. Ihm folgt in manchen Fällen direkt das Kind. Ist das nicht der Fall, und fängt es nun wieder an zu bluten, so macht man die innere Wendung und Extraktion. Allerdings darf der Arzt einen Fall von Plazenta prävia, bei welchem er einen Ballon in den Uterus gelegt hat, nicht verlassen. Das darf er aber auch bei den anderen Methoden nicht, bevor die Geburt völlig beendet ist. Bei der Metreuryse dürfte also der Zeitaufwand noch am geringsten sein, zumal da bei ihr infolge der kräftigen Anregung der Wehentätigkeit Komplikationen der Nachgeburtsperiode zu fehlen pflegen.

Ueber die Metreuryse hat Rohlff überhaupt keine zutreffenden Anschauungen. Es ist ja richtig, daß der Braunsche Kolpeurynter nicht so sicher wirkt wie der Champetiersche Ballon, aber man hat ja seine Anwendung überhaupt nicht nötig, sondern man versehe sich mit einem kleineren und einem größeren Champetierschen Ballon. Den ersteren kann man auch bei enger Zervix einführen, die man vorher event. durch Einführung eines doppelläufigen Katheters oder einer Kornzange oder des Fingers gedehnt hat. Man füllt dann den Ballon mit der Menge Wasser, welche, wie man bereits vorher festgestellt haben muß, nötig ist, um ihn zur prallen Entfaltung zu bringen.

Da bei der Frage der Metreuryse die Art des einzuführenden Ballons eine große Rolle spielt, so will ich darauf noch mit einigen Worten eingehen. Ich habe mir gegenwärtig zwei Ballons von Champetier de Ribes, verbessert nach A. Müller, direkt von dem Fabrikanten Stiefenhofer in München schicken lassen. Den größeren kann man, wenn man ihn mit einem Irrigatorschlauch verbindet, mit 590 ccm Wasser füllen. Er gewinnt dann an seiner gegen den Uterusfundus gerichteten Basis einen Umfang von 31 cm. Der kleinere faßt ca. 340 ccm und gewinnt einen größten Umfang von 28 cm. Außerdem lieferte mir das Medizinische Warenhaus Berlin, Karlstr., einen sehr handlichen Ballon nach Champetier de Ribes, der sich ganz dünn zusammenlegen läßt und bei einer Füllung von 300 ccm einen größten Umfang von 28 cm gewinnt. Er endet in einen einfachen dünnen Schlauch, welcher durch einen Hahn oder durch ein Glasrohr mit dem Irrigatorschlauch verbunden werden kann.

Dieser Ballon scheint mir für den Praktiker der empfehlenswerteste zu sein. Er läßt sich so dünn zusammenlegen, daß das in den Uterus einzuführende Ende nur einen Umfang von 4 cm hat — nach dem anderen Ende zu vergrößert sich der Umfang allmählich bis auf 6 cm. Bindet man den zusammengelegten Ballon nahe dem dünneren Ende mit einem Seiden- oder Zelluloidzwirn- oder Katgutfaden zusammen, so erhält man ein festes Gebilde, welches man ohne Instrument in den Uterus einschieben kann, indem man es nahe dem Schlauchende mit zwei Fingern faßt. Steht die Zervix hoch, so daß man ohne Instrument nicht auskommt, so kann man die Partie nahe dem Schlauchende mit einer Tamponadepinzette fassen und den Ballon durch den Zervikalkanal schieben, ohne daß man auch das Platz wegnehmende Instrument in ihn einzuführen braucht. Bei der Füllung des Ballons gleitet der Faden von dem Ballon ab.

Dieser Ballon läßt sich einerseits durch die engste Zervix einführen und erweitert andererseits, da er ebenso sicher, wie die anderen, Wehen erzeugt, den Zervikalkanal so vollständig, daß nach seiner Ausstoßung die Wendung und Extraktion keine Schwierigkeiten mehr bieten wird. Zum Ueberfluß kann sich der Arzt noch einen zweiten größeren Ballon zulegen. Dieser und der eben beschriebene, die einen Durchmesser von $10^{1}/_{2}$ resp. $9^{1}/_{2}$ cm haben, kosten zusammen ca. 15 M., sind also lange nicht so teuer wie ein Bossi-Instrument.

---

*) Die operative Aera der Geburtshilfe. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. 1907. Bd. 12, H. 2.

Die Art der Anwendung des Ballons ist im speziellen folgende: Der Geburtshelfer kocht seine Handschuhe und den Ballon fünf Minuten. Die Handschuhe kommen in 2%ige Lysoformlösung und werden dann angezogen. Auf dem Querbett werden die Pubes rasiert, die Vulva und die Vagina mit 2%iger Lysoformlösung desinfiziert, die Harnblase entleert. Die Portio wird mit Spiegeln eingestellt und die vordere Lippe mit einer bis zwei Kugelzangen gefaßt. Die Hebamme hält dann die Zange und den hinteren Spiegel. Der Geburtshelfer nimmt den Ballon aus dem heißen Wasser, legt und bindet ihn zusammen, taucht sein vorangehendes Ende in 2%ige Lysoformlösung und führt ihn mit den rechten Fingern oder der Tamponadepinzette ein. Ist der Zervikalkanal sehr eng, so faßt der Geburtshelfer auch noch die hintere Lippe mit einer Kugelzange, die er mit seiner linken Hand anzieht. Sobald der Ballon den Zervikalkanal passiert hat, nimmt die Hebamme ihre Kugelzange ab, der Operateur führt seinen linken Zeigefinger in den Zervikalkanal, um ein Herausgleiten des Ballons zu verhüten, die Hebamme nimmt auch den Spiegel heraus. Sodann verbindet sie das Schlauchende mit dem Irrigatorrohr und läßt 300 ccm 2%ige Lysoformlösung in den Ballon einlaufen, worauf sie das Schlauchende zubindet oder zuklemmt. Der Operateur faßt jetzt mit der Tamponadepinzette einen Streifen sterilisierter Jodoformgaze aus der Büchse 2 und tamponiert unter Leitung des linken Zeigefingers die Scheide, einmal um die Blutung aus den Zangenbissen zu stillen und andererseits um einer aufsteigenden Zersetzung, die durch das aus den Genitalien heraushängende Schlauchende entstehen könnte, vorzubeugen.

Patientin wird dann bequem gelagert und der konstante selbsttätige Zug angebracht.

Die Blase vorher zu sprengen, ist nur bei Plazenta prävia oder tiefem Sitz der Plazenta nötig. Bringt man den selbsttätigen Zug an, so sieht man ausnahmslos alsbald kräftige Wehen auftreten, welche in Verein mit der dilatierenden Wirkung des straffen und kegelförmigen Ballons den Zervikalkanal in einigen Stunden zum Verstreichen und den Muttermund zur völligen Erweiterung bringen.

Den oben beschriebenen 9 1/2 cm-Ballon habe ich in folgendem Fall bereits mit Erfolg angewandt: Am 17. 2. 08 wurde ich von Herrn Kollegen Beese wegen Nephritis gravidarum, die erst vor einer Woche begonnen hatte, zu der 23jährigen Igravida Frau D. gerufen. Die Urinmenge hatte in den letzten 24 Stunden nur 900 g betragen und sank unter Zunahme der Oedeme vom 18.—19. d. M., wo ich die Schwangere in meiner Klinik beobachtete, auf 500 g. Wegen Gefahr der Eklampsie beschloß ich daher am 19. mittags, 4 Wochen ante terminum, die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Der Umfang des Leibes betrug 111 cm, die Diagnose wurde wegen des Fühlens dreier großer Teile auf Zwillinge (1. in Schädellage, 2. in Querlage) gestellt. Der Finger drang durch den erhaltenen Zervikalkanal und zerstörte eine Verklebung des inneren Muttermundes. Die Blase wurde mit einer Stricknadel gesprengt. Darauf ließ sich der Ballon in der beschriebenen Weise einführen, aber trotz hochgehaltenen Irrigators wegen des feststehenden Kopfes nur mit 250 g Flüssigkeit füllen. Trotz der kolossalen Ueberdehnung des Uterus traten Wehen auf, welche nach 5 Stunden den Ballon in die Scheide befördert hatten. Am 20. morgens ein eklamptischer Anfall. Sofortige tiefe Chloroformnarkose. Muttermund völlig erweitert. Zange beim ersten Zwilling, Wendung und Extraktion beim zweiten. Manuelle Lösung der Plazenta. Uterustamponade. Kinder lebend, 5020 u. 5200 g. Weiterer Verlauf normal.

Ist der Fall sehr eilig, so ersetzt man den selbsttätigen Zug durch Handzug. Hat man den kleinen Ballon durchgezogen, so führt man noch den größeren ein, falls der Zervikalkanal noch nicht bequem die ganze Faust passieren läßt. Zieht man mit einem der Ballons das ganze untere Uterinsegment herab, ohne daß sich der Zervikalkanal erweitert, so soll man eine weitere Extraktion nicht forzieren, sonst zerreißt entweder die Zervix oder der Ballon. Dies sind die Fälle von rigider Zervix, wo keine Dilatationsmethode ohne gefährliche Einrisse anzuwenden ist; diese Fälle müssen der blutigen Dilatation unterzogen werden und zwar mittels des vaginalen Kaiserschnitts bei erhaltener und mittels tiefer Portioinzisionen*) bei verstrichener Zervix. Hierzu muß der Praktiker event. einen Spezialisten zuziehen oder muß in diesen Fällen sich auf den selbsttätigen Zug beschränken, bis nach vorausgegangener Wehentätigkeit die manuelle Extraktion später gelingt. Vielleicht bietet aber in diesen Fällen die Metreuryse dem erfahrenen Praktiker ein Hilfsmittel, um selbst den vaginalen Kaiserschnitt in der einfachsten Weise vorzunehmen. Zieht nämlich die Hebamme an dem Metreurynterschlauch so stark, daß die Zervix sichtbar wird, so ist es eine Kleinigkeit, mit einer Schere zunächst die hintere Lippe und in Fortsetzung dieses Schnittes das hintere Scheidengewölbe ca. 3 cm weit sagittal zu spalten. Man geht nun mit dem behandschuhten Finger an der hinteren Zervixwand in die Höhe, schiebt hierdurch das Douglasperitoneum von ihr ab, kann sie in Verlängerung des Portioschnittes weiter spalten und am Ende des Schnittes einen Fadenzügel durchlegen. Darauf spaltet man die vordere Lippe, in der Verlängerung des Schnittes das vordere Scheidengewölbe, schiebt die Blase stumpf ab, spaltet die vordere Zervixwand weiter und führt durch das obere Ende des Schnittes einen Fadenzügel. Der mit der fortschreitenden Erweiterung der Zervix tiefer rückende Ballon bringt sukzessive die noch zu durchtrennenden höheren Partien der Zervixwände in das Gesichtsfeld und ermöglicht hierdurch ein bequemes und — durch den auf die höheren Partien der Uteruswände ausgeübten Druck — auch ein ziemlich blutleeres Operieren. Schließlich tritt der Ballon ganz aus dem Uterus heraus, und nunmehr kann das Kind durch Wendung und Extraktion entwickelt werden.

Nach Entfernung der Plazenta wird der Uterus von den Fadenzügeln bis in die Vulva gezogen und nach Knotung der Zügel durch einige weitere Nähte erst die hintere und dann die vordere Zervixwand vereinigt. Die beiden Wunden in den Scheidengewölben ziehen sich so zusammen, daß sie nicht vereinigt zu werden brauchen. Man führt durch sie einen kleinen Jodoformgazestreifen gegen die vordere und hintere Vaginalwand.

In analoger Weise wird man gelegentlich auch einem Kind das Leben retten können, bei welchem die mangelhaft erweiterte Zervix den nachfolgenden Kopf zurückhält. Der Schnelligkeit halber wird man hier nur die vordere Lippe, das vordere Scheidengewölbe und weiter die vordere Zervixwand bis über den einschnürenden Ring hinauf spalten. Das von der Hebamme nach unten gezogene Kind vertritt hier die Stelle des Ballons.

Einen ähnlichen, sozusagen rudimentären vaginalen Kaiserschnitt habe ich kürzlich in der Praxis, nur unter Assistenz der Hebamme, ausgeführt:

Es handelte sich um eine 18jährige Ipara mit Krampfwehen und drohender Herzlähmung (140 Pulse bei subnormaler Temperatur), die Portio war verstrichen, der Muttermund aber nur markstückgroß. Wegen des tief im Beckeneingang stehenden Kopfes konnte ich die hintere Lippe nicht bis zum Scheidenansatz durchschneiden. Nunmehr legte ich an die vordere Lippe zwei Klemmen an, ließ diese von der Hebamme anziehen und schnitt die vordere Lippe durch. Diesen Schnitt verlängerte ich zuerst ca. 1 cm weit in das Scheidengewölbe und sodann, ohne daß die Blase fühlbar war, ebensoweit in die supravaginale Zervixpartie hinein Mit der Zange ließ sich nunmehr, nachdem noch eine Damminzision gemacht war, ein lebendes Kind leicht entwickeln. Auch die Mutter gelang es nach einigen schweren Tagen über die Herzschwäche hinwegzubringen. Genäht wurde nur die Damminzision.

Ich glaube daher, daß die von mir bei verstrichenem Kollum empfohlenen vier Portioinzisionen durch zwei Inzisionen ersetzt werden können, von denen die hintere die hintere Lippe, die vordere dagegen in der beschriebenen Weise die vordere Lippe, das vordere Scheidengewölbe und noch ein Stück der supravaginalen Zervixpartie durchtrennt. Es blutete in meinem Fall gar nicht — ich hatte vor der Entbindung eine tüchtige Dosis Ergotin injiziert —, und ich hielt mich wegen des lebensgefährlichen Zustandes der Mutter auch weiter nicht mit der Zervixnaht auf. Allerdings resultierte daraus ein Spalt der vorderen Lippe, welcher sich mit einer Narbe in das vordere Scheidengewölbe hinein fortsetzte.

---

*) Diese Inzisionen gehen in der Literatur unter dem Namen der tiefen Zervixinzisionen, und Fehling sagt z. B. (l. c.), ich hätte bei ihnen die ganze Zervix durchtrennt. Da sie jedoch nur für die Spaltung des vaginalen Teils der Zervix von mir empfohlen sind (siehe oben), so nennt man sie besser tiefe Portioinzisionen. Auf diese Weise werden Verwechselungen mit den Schnitten des vaginalen Kaiserschnitts vermieden, bei welchen die ganze Zervix durchtrennt wird.

Die schon in dem dritten Schwangerschaftsmonat von mir behandelte Retroflexio wurde durch diese Narbe fixiert. Zwei Monate nach der Geburt, am 30. Januar 1908, beseitigte ich den Defekt durch eine Emmetsche Operation und die Retroflexio durch eine Vaginifixur der Ligamenta rotunda. Es trat völlige Heilung ein.

Zwei Inzisionen sind einfacher zu machen als vier, sie liegen zudem in einem gefäßärmeren Gebiet als die seitlichen Inzisionen, und außerdem trennt man durch die Fortsetzung des vorderen Schnittes in das Scheidengewölbe und die supravaginale Zervixpartie den Uterus von der Scheide und beugt hierdurch einem gefährlichen Weiterreißen der Schnitte vor. —

Doch kehren wir zur Bossischen Methode zurück! Rohlff moniert den Umstand, daß manche Geburtshelfer sich nicht an die Bossische Vorschrift gekehrt und statt der Zange sich der Wendung bedient haben, worauf die zusammenschnappende Zervix den nachfolgenden Kopf nicht passieren ließ. Gerade diese Tatsache beweist die Unvollkommenheit der Bossischen Methode. Von einer guten Dilatationsmethode muß man eben eine so vollkommene Dilatation verlangen, daß auch der nachfolgende Kopf durch die Zervix in keiner Weise zurückgehalten wird. Wenn bei Bossis Methode die Zange nötig ist, so heißt das nichts weiter, als daß der Kopf des Kindes die weitere Dilatation übernehmen muß — und zwar natürlich zum Schaden des Kindes, wie ich das an mehreren der Leopoldschen Fälle nachgewiesen habe. Außerdem widerspricht eine derartige Zange durchaus den Schulregeln, weil es sich bei der Dilatation einer erhaltenen Zervix stets um einen über dem Becken stehenden Kopf handelt. Mit der „hohen Zange" allein ist in der Praxis schon gerade genug Unheil angerichtet worden.

(Schluß folgt.)

Der Massageunterricht im Berliner Ambulatorium für Massage.

Von Dr. F **Kirchberg** und Dr. **J. Eiger**.

Einer dringenden Notwendigkeit folgend, errichtete 1900 die preußische Unterrichtsverwaltung auf Initiative des Herrn Ministerialdirektors Althoff die Massagelehranstalt an der Berliner Universität und gab dadurch Aerzten und Medizinern zum erstenmal Gelegenheit, die Massage an einer nur diesem Spezialgebiete gewidmeten Lehrstelle systematisch zu erlernen. Die Leitung dieser Anstalt wurde Professor Zabludowski übertragen, der fast zwei Dezennien hindurch in der Berliner chirurgischen Universitätsklinik unter v. Bergmanns Aegide reichliche Gelegenheit gehabt hatte, seine Massagetechnik anzuwenden und weiter auszubilden.

Den Zweck der neu errichteten Anstalt sah er in der Erfüllung folgender Aufgaben*):

a) Ausbildung von Aerzten und Studierenden der Medizin in der Massagetherapie;
b) wissenschaftliche Beobachtungen auf dem Gebiete der Massage;
c) Ausbildung von ärztlichem Hilfspersonal in der Massage als einem wichtigen Faktor der Krankenpflege;
d) der Möglichkeit einer systematischen Massagekur von fachmännischer Hand für Kranke, die einer solchen bedürfen.

Diese sich gesteckten Ziele hat Zabludowski, wie folgende Zahlen beweisen, voll erreicht:

Die Summe der gegebenen einzelnen Massagesitzungen betrug:

	1901	1902	1903	1904	1905	1906
	11848	17352	19479	22409	20857	24191
Am Unterricht nahmen teil:						
Aerzte und Studierende . . .	125	114	142	131	104	51
Masseure und Masseurinnen .	24	24	39	59	98	114

Nach dem Ende November 1906 plötzlich erfolgten Tode Zabludowskis wurde Dr. Kirchberg mit der Leitung der Anstalt von der preußischen Unterrichtsverwaltung betraut, und der Unterricht von ihm und Dr. Eiger in bisheriger Form fortgeführt. Am 1. April 1906 wurde die Universitäts-Massageanstalt auf ministerielle Verfügung aufgelöst und die Räume anderweitig verwendet.

Um das Lebenswerk unseres verehrten Lehrers zu erhalten und seine Methode nicht der Vergessenheit anheimfallen zu lassen, sie vielmehr weiter zu entwickeln und auszubauen, errichteten wir nach Uebernahme des dem Professor Zabludowski gehörigen Inventars und unter Beibehaltung des bisherigen Personals das Berliner Ambulatorium für Massage.

In Anlehnung an die von Zabludowski aufgestellten Ziele werden in unserem Institute

a) praktische Monatskurse der Massage und Heilgymnastik für Aerzte und Studierende abgehalten,
b) im Anschlusse an diese Kurse praktische Uebungskurse in der Poliklinik für Aerzte,
c) Kurse für ärztliches Hilfspersonal.

Mit Rücksicht auf die nicht zu unterschätzende Bedeutung, die darin liegt, daß den Aerzten jederzeit technisch gut ausgebildetes und durch längere Uebung an einem vielseitigen Krankenmaterial unter ärztlicher Aufsicht geschultes Hilfspersonal zur Verfügung steht, sei es uns erlaubt, den Bildungsgang der Laienschüler etwas ausführlicher darzulegen. Im Gegensatz zu einzelnen Autoren, die die Massage nur von Aerzten ausgeführt sehen wollen (Hoffa, Schreiber u. v. a.), stehen wir auf dem Standpunkt, daß für viele unter Umständen lange Zeit fortzuführende Massagekuren die Laienmassage nicht zu entbehren ist.

In dem Lehrkursus, der je nach Vorbildung, bisheriger Betätigung auf dem Gebiete der Krankenpflege usw. zwei bis drei Monate dauert, werden ebenso wie in den Aerztekursen zunächst an gesunden Personen, welche zu diesem Zwecke vom Institut dauernd verwendet werden, die einzelnen Handgriffe demonstriert und eingeübt; es sind dies die einfachen Handgriffe*), einerseits die stoßenden: intermittierende Drükkungen, Klopfungen, Klatschungen, Hackungen, Erschütterungen, Zupfungen, Schüttelungen, Schleuderungen, Haut- und Knochenverschiebungen, andererseits die reibenden Manipulationen: Reibungen, Drückungen, Knetungen, Streichungen, Hobeln, Muskelrollungen, Punktierungen. Sodann folgen die kombinierten Handgriffe, z. B. streichende Knetungen, die gleichzeitig ausgeführten Manipulationen aus verschiedenen Gruppen, die Einschaltung von aktiven, passiven oder Widerstandsbewegungen in die eigentlichen Massagemanipulationen. Nachdem die Schüler durch die Uebungen am „Modell" eine gewisse Sicherheit in der Technik erworben haben, haben sie in der mit der Lehranstalt verbundenen, stark frequentierten Poliklinik, in der 60 bis 70 Massagesitzungen täglich gegeben werden, reichlich Gelegenheit, in für Männer und Frauen getrennten Arbeitsräumen unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht Kranke zu behandeln, die erforderliche Sicherheit zu erwerben und Erfahrung im Umgang mit den Kranken zu sammeln. Doch werden die Schüler stets darauf hingewiesen, bei der Ausübung ihres Berufs keineswegs Kranke selbständig und ohne ärztliche Kontrolle mit Massage zu behandeln. Gerade die Ausbildung in einer speziell für Massagebehandlung eingerichteten Poliklinik, die weder einer inneren noch einer chirurgischen Klinik mit einseitigem gleichartigem Krankenmaterial angegliedert ist, sondern wie das Berliner Ambulatorium für Massage alle der Massage zugänglichen Fälle umfaßt, gewährleistet sowohl Medizinern (Aerzten und Studierenden) als auch ärztlichem Hilfspersonal die Erlangung einer sicheren, vielseitigen, allgemeinen wie speziellen Technik.

Unser Institut, das analog der Zabludowskischen Anstalt mit den verschiedensten Berliner Polikliniken in lebhaftem Wechselverkehr steht, verfügt daher über eine große Reichhaltigkeit und Verschiedenartigkeit des zur Behandlung kommenden Krankenmaterials.*)

---

*) Zabludowski, Die neue Massageanstalt der Universität Berlin. Berlin. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 15

Derselbe. Der Massageunterricht an der Universität Berlin. Zeitschrift f. diät. u. phys. Therap. Bd. IX.

*) Zabludowski, Technik der Massage, 2. Aufl. Leipzig 1903.

Auch bietet die Reichhaltigkeit des Materials gerade häufig genug Gelegenheit, den Schülern zu zeigen, mit wie großer Vorsicht die Massage Kranker (Heilmassage) vorgenommen werden muß, um Patienten vor Schaden und sich selbst event. vor Unannehmlichkeiten zu bewahren (Verlust von Patienten, Vorwurf wegen Kunstfehler usw.).

Zweimal wöchentlich werden systematische Vorlesungen in der Lehre vom Bau und den Funktionen des Körpers gehalten, auch findet theoretischer Unterricht über die Grundzüge der Heilgymnastik statt. Ebenso wird kosmetische und hygienische Massage, Schreiber- und Musikerkrampfbehandlung und Uebungstherapie im Lehrplan berücksichtigt.

Die täglichen Unterrichtsstunden liegen 8 bis 11½ Uhr vormittags, am Nachmittag nehmen die Schüler vier- bis fünfmal wöchentlich von 3 bis 4½ Uhr am Heilturnen für Kinder (mit Rückgratsverkrümmung, schlechter Haltung, Blutarmut, allgemeiner Schwäche u. dergl.) teil.

Die Turnübungen werden in unserer Anstalt in folgender Anordnung ausgeführt.

I. Freiübungen.

1. Rumpfbeuge vor- und rückwärts (Hüften fest), 4 mal.
2. Rumpfbeuge seitwärts rechts und links, 4 mal.
3. Rumpfkreisen rechts und links, 3 mal.
4. Armheben und -senken, seitwärts-aufwärts und seitwärts-abwärts, 4 mal.
5. Armtätigkeit in acht Zeiten: Abwechselndes Beugen und Strecken der Arme: vor-, seit-, auf- und abwärts, 3 mal.
6. Armkreisen vor- und rückwärts, je 3 mal.
7. Schultern heben und senken, 4 mal.
8. Schultern abwechselnd heben und senken, 4 mal.
9. Schultern rollen, vorwärts und rückwärts, je 4 mal.
10. Rumpfbeuge vor- und rückwärts mit aufwärtsgestreckten Armen, 4 mal.
11. Rumpfbeuge seitwärts rechts und links, mit 1 Arm über den Kopf, 4 mal.
12. Rumpfdrehen links und rechts mit aufwärtsschwingen der Arme, 4 mal.
13. Fersen heben, Kniee beugen in 4 Zeiten, 4 mal.
14. Fersen heben und senken mit Seitheben der Arme, 4 mal.
15. Beintätigkeit in 4 Zeiten rechts und links: Knieheben, Vorstoßen, Seitschwingen, Grundstellung, je 3 mal.
16. Gleichzeitiges Rückwärtskreisen von linkem Arm und rechtem Bein. Dasselbe umgekehrt (rechter Arm und linkes Bein) je 4 mal.
17. Ausfallstellung schräg vorwärts rechts und links, je 4 mal.
18. Ausfallstellung vorwärts rechts und links, Arme beugen und seitwärtsstrecken, 3 mal.
19. Schlußsprung auf der Stelle in 3 Zeiten, 4 mal.

II. Uebungen an Geräten.

a) Stuhlübungen:

1. Rumpfbeuge rückwärts, 3 mal.
2. Rumpfbeuge seitwärts, 3 mal.
3. Rumpfkreisen rechts und links, je 3 mal.
4. Armstoßen mit Widerstand: vorwärts, seitwärts, aufwärts, abwärts, rückwärts, je 3 mal.
5. Brustweiten.

b) am Wolm:

1. Hüfthoch: Rumpfbeuge rückwärts mit aufwärtsgestreckten Armen, 4 mal.
2. Brusthoch: Rumpfbeuge seitwärts rechts und links, 1 Arm über den Kopf, 4 mal.
3. Oberschenkelhoch: Rumpfbeuge halbvorwärts mit Hände im Nacken fest, 4 mal.

c) auf dem Bett:

I. Rückenlage:

1. Rumpfaufrichten zum Sitz, 4 mal.
2. Beinheben und -senken links, rechts, beide Beine zusammen, je 4 mal.

II. Bauchlage: a) aktive Bewegungen:

1. Rumpfaufrichten, 3 mal.
2. Rumpfkreisen rechts und links, je 3 mal.
3. Schwimmübung, 4 mal.
4. Beinheben und -senken links, rechts, beide Beine zusammen, je 3 mal.
5. Armstrecken zum Liegestütz, je 3 mal.

b) Passive Bewegungen:

1. Oberkörperneigen seitwärts.
2. Oberkörperdrehen.

d) am feststehenden Reck:

1. Schulterhoch: Im Hangstand vorlings: Arme beugen u. strecken, 4 mal.
2. Kopfhoch: Im Hangstand rücklings: Arme beugen und strecken. 4 mal.
3. Hüfthoch: Im Hangstand Liegestütz vorlings: Arme beugen u. strecken, 4 mal.
4. Hüfthoch: Im Liegestütz seitlings: Beugen und Strecken des freien Armes, je 4 mal.

e) am Schwebereck:

1. Im Streckhang: Vor- und Rückschwingen an Ort.
2. Im Beugehang: Kopfdrehen.
3. Im Beugehang: Vor- und Rückschwingen an Ort.
4. Im Beugehang: Beinheben rückwärts.

f) an den Ringen:

1. Kopfhoch: Wechsel von Hangstand vorlings und rücklings, 4 mal.
2. Kopfhoch: Rumpfkreisen rechts und links, je 4 mal.
3. Im Oberarmhang: Beinkreisen rechts und links.
4. Im Beugehang: Beinschwingen vor- und rückwärts.
5. Im Streckhang: Schwingen ohne Abstoßen.

g) an der Kopfschlinge:

Aufziehen bis zum Zehenstand.

III. Atmungsübungen.*)

1. Arme seitwärtsstrecken mit Tiefatmen, 3—5 mal.
2. Arme aufwärts-seitwärtsheben mit Tiefatmen, 3—5 mal.
3. Hüften fest, Ellenbogen nach hinten drücken und tiefatmen, 3—6 mal.
4. Hände auf dem Rücken schließen, tiefatmen mit Aufwärtsziehen der Hände, 3—5 mal.
5. Ungleichseitiges Tiefatmen mit Rumpfbeugen rechts und links, je 3 mal.
6. Hände hinter dem Kopf schließen. Tiefatmen mit Zurückdrücken der Ellenbogen.
7. Hüften fest, ein- und ausatmen in je drei Zeiten.

$$\underbrace{1. — 2. — 3.}_{\text{Einatmen}} \quad \underset{(5—10\ \text{Sek.})}{— \text{Pause} —} \quad \underbrace{1. — 2. — 3.}_{\text{Ausatmen.}}$$

8. Dasselbe mit tönendem Ausatmen a. — a. — a. —
9. Dasselbe mit wechselnden Vokalen a. — o. — i. —
10. Einatmen — langsam mit Vokal a an- und abschwellen — ausatmen.

$$1. \quad \underline{\qquad\qquad\qquad a. \qquad\qquad\qquad}$$

Es wird mit offenem Munde ein- und ausgeatmet, die Einatmung geschieht schnell, die Ausatmung langsam gedehnt.

Fußstellung Hacken zusammen. Fußspitzen auseinander.

IV. Kriechübungen.**)

1. Im Wechselgang. Arm und Bein der einen Körperhälfte sind gebeugt, die der anderen gestreckt.
2. Im Paßgang. Linker Arm im Ellenbogengelenk und rechtes Bein im Kniegelenk gebeugt, rechter Arm und linkes Bein gestreckt und umgekehrt.

   In diesen beiden Gangarten werden je vier Uebungen, also acht zusammen gemacht.
   - a) Gewöhnliches Kriechen.
   - b) Kriechen mit beweglichem Oberkörper.
   - c) In zwei Zeiten. Verharren einige Zeit in jeder Phase.
   - d) In drei Zeiten. Ebenso wie c mit Seitwärtsstrecken des Beines, so daß dieses das andere Bein kreuzt, Seitwärtsstrecken des gleichseitigen Armes und des Kopfes nach derselben Seite wie das Bein.
3. Rückwärtskriechen.
4. Kriechen am Ort.

Nach den Turnübungen wird der Rücken der Kinder massiert. Die Behandlung wird sehr gut vertragen, der Appetit bessert sich, die Kinder werden kräftiger, bekommen bessere Farbe und beteiligen sich stets mit Lust und Vergnügtheit am Heilturnen.

Der Turnunterricht findet in dem ca. 65 qm großen Turnsaal statt, die Atemgymnastik und die Freiübungen werden bei günstiger Witterung im Anstaltsgarten vorgenommen.

Die für Männer und Frauen getrennten Arbeitsräume sind wie die der Zabludowskischen Anstalt mit den von ihm angegebenen Massagebetten von 77 cm Höhe, 195 cm Länge und 65 cm Breite ausgerüstet***). Vor den Massagebetten befinden sich Wandschirme, außerdem sind Böcke zur Unterstützung des Vorderarms bei Schultermassage und Drehstühle zur Fuß- und Handbehandlung vorhanden.

Entsprechend den Prinzipien Zabludowskis sehen wir vollständig von der Verwendung komplizierter medikomechanischer Apparate ab und ersetzen diese durch Uebungen, aktive und passive Bewegungen während und nach der Massage. Wir suchen unseren Schülern die Möglichkeit zu geben, daß sie durch Beherrschung der Massagetechnik Zabludowskis bei Durchführung der Uebungskuren in der Lage sind, durch

---

*) U. a. kamen zur Behandlung: chirurgische Leiden: Nachbehandlung nach Operationen, Fußverstauchung, Plattfuß, Knochenbruch, Folgen von Zellengewebsentzündungen, Ueberbein, Hautnarben usw.; Nervenleiden: Ischias, Neurasthenie, Tabes, Kontrakturen, Chorea, Krämpfe, Harnblasen-, Kinderlähmung, Schreiber- und Klavierspielerkrampf, Drucklähmungen, Hemiplegie, Migräne, Neuralgie usw.; innere Krankheiten: Obstipation, Muskelrheumatismus, Asthma, Lungenemphysem, trockene Brustfellentzündung, Gelenkentzündungen, Herzleiden, Basedowsche Krankheit usw.; Konstitutionsanomalien: Zuckerkrankheit, Fettsucht, Blutarmut, allgemeine Schwäche, Rückgratsverkrümmungen, Rhachitis, Skrofulose usw.

*) Von Kirchberg in die Skoliosenbehandlung eingeführt und mit gutem Erfolge seit zwei Jahren angewendet.

**) Diese von Klapp eingeführte Methode wird bei uns seit zwei Jahren mit sehr zufriedenstellendem Erfolge angewendet in obiger von Eiger modifizierter Anordnung.

***) Zabludowski, Technik der Massage. 2. Aufl., p. 37. Leipzig 1903.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Handgriffe und überall leicht zu beschaffende Hilfsmittel jene komplizierten und kostspieligen Apparate ausreichend zu ersetzen. Auch kann die manuelle Behandlung leicht in der Wohnung und unter eingehenderer Berücksichtigung der Eigenheit jedes einzelnen Patienten durchgeführt werden.

Zu Unterrichtszwecken in der Vibrationsmassage bedienen wir uns eines elektrischen Vibrationsapparates (Bihlmaier), als Unterstützung der Massagetherapie dient uns mit gutem Erfolg Lindemanns Elektrotherm (Heißluftapparat mit elektrischer Heizung).

Die Schüler tragen bei der Arbeit einen weißen, kurzen Rock, die Schülerinnen hochgehende weiße Schürze und weiße Arbeitsärmel, dazu möglichst Waschblusen. (Die Schwestern tragen meist die waschbaren Schwesternkleider.) Für die Erholung, Erfrischung und Ablegung der Kleider dienen besondere dazu angewiesene und für Schüler und Schülerinnen getrennte Räume.

Als Massagesalbe verwenden wir die von Zabludowski empfohlene Virginia vaselina alba Helfrisch.*)

Bei Fällen mit empfindlicher Haut (Diabetes, Nephritis), frisch geheilten Wunden mit zarter, leicht verletzbarer Epitheldecke gestattet uns die Verwendung der Lenicetsalbe (polymerisierte essigsaure Tonerde mit Vaselin) vermöge ihrer zugleich desinfizierenden und die Haut schlüpfrig machenden Wirkung die Anwendung der Massage, ohne unerwünschte Nebenwirkungen befürchten zu müssen.

Zum Schlusse möchten wir noch darauf hinweisen, daß eine Spezialmassageanstalt, in der die Aerzte Gelegenheit haben, die Anwendung der Massage bei allen dieser Therapie zugänglichen Krankheitsfällen kennen zu lernen und die Technik sich gründlich anzueignen, auch aus dem Grunde eine überaus wichtige Rolle im Kampfe gegen die Kurpfuscherei spielt, weil sie es den Aerzten ermöglicht, ebensowohl dankbare Massagefälle nicht aus der Hand geben zu müssen, wie anderseits die Arbeit ihres massierenden Hilfspersonals jederzeit kontrollieren zu können. — Daß unsere Laienschüler nicht das Heer der Kurpfuscher vermehren, geht aus dem oben über unseren Unterricht Gesagten genügend hervor.

Und schließlich ist in dieser Hinsicht auch der Gesichtspunkt der Beachtung wert, daß bei der heutigen Beliebtheit der physikalischen Heilmethoden zahlreiche Kranke gerade die Aerzte aufsuchen, bei denen sie hoffen, mit den Faktoren der physikalischen Therapie behandelt zu werden.

Werden die Patienten in Instituten wie dem unsrigen, falls sich ihr Leiden nicht für diese Methode eignet, ärztlich darüber aufgeklärt und anderen Aerzten überwiesen, so werden sie davor bewahrt, Kurpfuschern in die Hände zu fallen. Selten haben wir es wenigstens erlebt, daß die von uns anderen Aerzten resp. Polikliniken zugewiesenen Kranken nicht darnach gehandelt hätten.

---

*) Vergl. Schnirer und Vierordt: Encyklopädie der prakt. Medizin. Wien 1906. „Massage.“

Mißverstandene und wahre kausale Therapie.

Von Kreisarzt Dr. **F. Bachmann**, Harburg a. E.

Unser gesamtes ärztliches Denken ist in hohem Grade durch die Bakteriologie beeinflußt worden. Das Vorhandensein von Kleinwesen bei fast allen entzündlichen Prozessen akuter und chronischer Form hat aus Mangel an anderen erkennbaren Ursachen zur Folgerung geführt, sie als die direkten, wahren Ursachen fast aller Krankheiten zu betrachten. Schließlich kam es so weit, daß man unter einer kausalen Therapie ganz allgemein eine antiseptische verstand. Dem Organismus als selbstregulierendem Faktor wurde dabei jede Bedeutung aberkannt.

Die erste Nutzanwendung der Bakterienforschung zog bekanntlich die Wundbehandlung. Deren Anschauungen wurden dann auch auf die therapeutischen Maßnahmen bei inneren Krankheiten übertragen.

Lassen Sie uns in großen Zügen die Anfänge der antiseptischen Chirurgie betrachten. Nachdem das Mikroskop sowohl in der Luft als in jeder entzündeten und eiternden Wunde gewisse Arten von Mikrobien entdeckt hatte, deren Lebensweise und kontagiöse Eigenschaften durch Kulturen und Versuche erkannt wurden, galt es, die zur Wunde gelangende Luft vorher zu desinfizieren. Als Antiseptika wurden zu diesem Zwecke von Lister besonders Kresole verwandt. Wie bei einem Laboratorium-Experiment schien die Anwendung derselben die Richtigkeit der Theorie zu beweisen: sublata causa cessat effectus. Die causa sufficiens der Wundeiterung war also entdeckt!

Leider jedoch war das Experiment nicht rein und daher nicht beweiskräftig. Der Listersche Verband enthielt außer dem antiseptischen Agens noch andere wesentliche Bestandteile, welche rein biologisch wirkten: die achtfache feuchte Gazelage und das undurchlässige sogen. Protectif silk. Diese erzeugten als regelrechter Prießnitz-Umschlag feuchte Wärme, was damals aber mangels hydrotherapeutischer Kenntnis übersehen wurde.

Feuchte Wärme wirkt nun, das lehrten ja alle Kulturversuche, fördernd auf jedes Bakterien-Wachstum. Wenn es aber, nach der Theorie der antiseptischen Wundbehandlung, darauf ankam, das Wachstum von Kleinwesen zu verhindern, mußte man dann nicht in erster Linie alle Brutschrank-Bedingungen vermeiden?

Setzte man sie aber und erzielte trotzdem prompte Wundheilung, so war dieses doch der beste Beweis dafür, daß nicht die Kleinwesen, sondern gewisse vitale Reaktionen des Organismus, welche durch die feuchte Wärme hervorgerufen oder doch befördert wurden, die Hauptsache bei der Wundheilung waren.

Heute sollten wir doch in diesen Dingen klar sehen! Wir wissen, daß die durch feuchte Wärme so mächtig angeregte Heilung auf der Ausscheidung giftiger Stoffwechsel-Produkte beruht, welche durch osmotische Vorgänge erklärbar ist. Es treten in den osmotischen Strömen Salz- und Säureteilchen aus dem Blute und den sonstigen Körperflüssigkeiten durch die Epidermis hindurch. Diese Entgiftung entzieht der Wunde und ihrer Umgebung jene Stoffe, welche offenbar das Wachstum der Eiterbakterien unterhalten und fördern. Es wird ihnen also der Nährboden entzogen und, indem sie absterben, heilt die Wunde.

Wir können ja das Experiment jeder Zeit anstellen. Jede kleine, mit dem Traubenkokkus verunreinigte Hautwunde kann uns als Objekt dienen. Versuchen wir es einmal, sie lediglich durch Antiseptika zur Heilung zu bringen, unter Verzicht auf alle körper-biologischen Einwirkungen. Wir tupfen und waschen die glattrandige Wunde mit steriler Watte und antiseptischer Lösung sorgfältig aus, schonend, um die Gewebe nicht zu verletzen, noch zu reizen (wenn die absolute Infektionstheorie richtig wäre, so dürfte ja eigentlich selbst eine mechanische Läsion der Gewebe nicht schaden). Alsdann streuen wir antiseptische Pulver auf, wie deren ja vor einiger Zeit zahlreiche in Gebrauch waren, Xeroform, Aïrol und wie sie alle hießen. Wenn wir deren antiseptischer Wirkung nicht völlig trauen, so können wir ja die „Desinfektion“ mit zuverlässigeren Mitteln, etwa mit einer 1 pro mille Sublimatlösung zeitweilig wiederholen. Ich brauche wohl dem Praktiker nicht erst zu sagen, daß diese rein infektions-theoretische Methode uns schnöde im Stich lassen würde. Deshalb ist diese antiseptisch-offene Art der Wundbehandlung schon fast allgemein aufgegeben worden und dafür, mehr oder weniger unbewußt, wieder die Behandlung mit feuchter Wärme in Gebrauch genommen. Mag man dabei auf die Wunde selbst feuchte Gaze oder Watte legen oder trockene, mag man einen undurchlässigen Stoff einschalten oder nicht, all dieses ist von geringerer Wichtigkeit. Wenn auch feuchtes Verbandsmaterial vorzuziehen ist, so garantiert uns doch schon jede Gaze- oder Wattelage auf der Wunde in Verbindung mit der nie ausbleibenden Perspiration der Haut die Erzeugung von feuchter Wärme, und indem hierbei osmotische Kräfte in Erscheinung treten, verlieren alle antiseptischen Stoffe ihre Bedeutung oder behalten solche doch bestenfalls nur in sekundärem Maße. Ob wir starke oder schwache Antiseptika, oder ob wir gar keine anwenden und nur destilliertes oder gekochtes Wasser, ja überhaupt nur Leitungswasser mit hundert oder gar Brunnenwasser mit einigen tausend der gewöhnlichen Wasserbakterien im ccm, das ist alles Nebensache im Vergleich zur Wirksamkeit der osmotischen Kräfte der feuchten Wärme. Die Erzeugung eines Flüssigkeitsstromes von innen nach außen ist der springende Punkt! Die Wunde heilt unter Bedeckung tatsächlich am besten, und zwar nicht nach den Theorien der Bakteriologen, sondern nach denen der Biologen. Letzteren hatte aber — glücklicherweise — auch Lister, wenn auch unbewußt, Rechnung getragen.

Wer sich einbildet, allein oder auch nur hauptsächlich durch Antisepsis Wunden zu heilen, für den bleiben zudem zahlreiche Rätsel ungelöst. Warum heilen Wunden an verschiedenen Körperstellen so ungleich? Ist die Haut des Unterarmes denn so verschieden von der des Unterschenkels, oder etwa so viel reiner, daß sie in der Regel so viel schneller heilt? Nein, die Beschaffenheit der Lymphe unter der Haut der Unterschenkel, besonders älterer Leute, ist wahrscheinlich eine „unreine“, an Stoffwechselprodukten reiche, so daß hier den sog. Eitererregern reichlichere Nahrung geboten wird. Warum heilen bei Kindern, zumal wenn sie sehr eiweißreich oder fett ernährt werden, alle Wunden schlechter, insbesondere in der Nähe von Mund, Nase, Ohren, und warum kommt es hier so leicht zu Ekzemen? Weil jede solche Wunde leicht zum Ausscheidungsort, ich möchte fast sagen: Ausscheidungsorgan für verbrauchte Lymphe wird, welche wieder einen günstigen Nährboden für allerhand Mikrobien abgibt.

Ich kann nicht umhin, so sehr ich auch auf Widerspruch bei den Herren Kollegen stoßen werde, hier an zahlreiche Vorstellungen älterer Aerzte zu erinnern. In Gestalt von Fontanelle, Haarseil und Moxe wurden früher solche Blutreinigungsorgane künstlich gesetzt, und ich halte sie zum mindesten für theoretisch richtig; praktische Erfahrungen mit ihnen kann ich freilich nicht ins Feld führen.

Das Wort „Blutverunreinigung“ ist allerdings insofern anfechtbar, als abgestorbene weiße Blutkörperchen und sonstige Gewebszellen in erster Linie in den Lymphwegen vorkommen, während der Organismus sein Blutgefäßsystem — im engeren Sinne — bekanntlich von ihnen möglichst rein zu halten trachtet. Aber humorale Vorgänge sind es auf *alle* Fälle, welche hier maßgebend sind. Der Kern der Frage liegt eben darin, daß sich unter gewissen unhygienischen Bedingungen ein Mißverhältnis zwischen Bildung und Ausscheidung von Abfallstoffen herausbildet, welches zu allerhand Reaktionen des Organismus Veranlassung gibt, die als Krankheiten in Erscheinung treten. Auch jede Wunde benutzt der Organismus als ein willkommenes Tor, um Fremdstoffe zu eliminieren, und je reicher er gerade an solchen Stoffen ist bezw. je reicher die betreffende Körperregion ist, um so schwerer heilt eben die Wunde.

Betrachten Sie einen Favus oder ein Ekzem eines lymphatischen oder skrofulösen Kindes oder ein veraltetes Unterschenkelgeschwür einer älteren Person, welche seit längerer Zeit unter unhygienischen Verhältnissen lebte. Es hat sich der Volksglaube gebildet, solche lokale Leiden dürften nicht schnell zur Heilung gebracht werden. Ein Körnchen Wahrheit steckt darin. Wenn sie auf einmal geheilt wären, ohne daß gleichzeitig die humoralen Verhältnisse wirkliche Besserung erführen, so würde sich die schlechte Konstitution wahrscheinlich in einer anderen Weise äußern. Aber dieses ist eben deshalb so gut wie ausgeschlossen, weil der Körper, nachdem ihm solche nässende Geschwürsflächen zu Ausscheidungsorganen geworden sind, ihre Schließung kaum zuläßt, wenigstens nicht durch rein lokale Maßnahmen. Wohl aber duldet er ihre Schließung auf konstitutionellem Wege, d. h. durch Mittel, welche gleichzeitig die humorale Störung bessern, sei es durch Verhinderung der Bildung weiterer schädlicher Stoffe, sei es durch Vermehrung ihrer Ausscheidung auf dem Wege der drüsigen Organe. Solche Maßnahmen bestehen einerseits in richtiger Diät, andererseits in hygienischen bezw. physiologischen Reizen, im Aderlaß, in Stoffwechselkuren, in Medikamenten wie Jod und Schwefel; dabei hilft sicherlich eine leicht-antiseptische Wundbehandlung oder lokal-hydrotherapeutische Behandlung mit zur Heilung; Antisepsis allein ist aber völlig unwirksam. Ich meine, jeder Arzt würde unter Leitung solcher den Gesamtorganismus berücksichtigender Anschauungen erst ein wahrer Diener der Natur werden, während er von seinem bakteriologischen, lokalistischen und mechanistischen Standpunkte aus beständigen Täuschungen ausgesetzt ist.

Alle solche Vorgänge an der Oberfläche des Körpers geben uns aber auch bedeutsame Fingerzeige für die Pathologie und Behandlung der inneren Krankheiten.

Beginnen wir mit der Behandlung einer Gonorrhöe oder eines Blasenkatarrhs. Ganz abgesehen von den direkten Schädigungen der zarten Schleimhäute sind wir doch im Laufe der Jahre von dem Gedanken der rein antiseptischen Behandlung durch schlechte Erfahrungen mehr und mehr abgekommen. Die innere Behandlung des Trippers, also durch Einwirkung auf die Humores hat mehr und mehr die zur Höhezeit des Infektionsgedankens allein giltig gewesene lokale abgelöst; die diätetische wird sicherlich folgen. Die Wichtigkeit der fleischlosen Diät ist wenigstens bei Nierenleiden schon anerkannt, obgleich leider die reine Milchdiät noch vorherrscht, die m. E. nur den negativen Wert der Fleischausschaltung hat und am besten durch Obst-, Nuß- und Mandeldiät ersetzt werden sollte. Ganz besonders bei akuten Kinderkrankheiten verdient Milch auch nicht die Wertschätzung, die ihr zurzeit zuteil wird, wenn sie auch hier natürlich schon besser als Fleisch und Bouillon ist; bei Diphtherie halte ich reichliches Milchtrinken geradezu für schädlich; Obst sollte hier die hauptsächlichste Nahrung bilden. Doch dieses nur nebenbei.

Bei Darmkatarrhen und Ruhr hat die theoretische Wertschätzung der Antiseptika wohl gleichfalls schon bedeutend nachgelassen, und bei Typhus, wo sich ja der Bazillus mit Vorliebe das adenoide Gewebe der Peyerschen Plaques als Nährboden aussucht, dürfte die antiseptische Methode auch wohl nur noch wenige Anhänger haben. Auch bei diesen Darmkrankheiten wird die Schädlichkeit der eiweißreichen Ernährung ohne Zweifel bald anerkannt werden.

Am meisten erwartet man heutzutage wohl noch im Mittelohr sowie an den Nasen- und Rachenschleimhäuten von der Antisepsis, wenn auch allerdings Mittel, den Schnupfen durch Antisepsis zu kupieren, wohl nur noch auf die nachwirkende Bakteriengläubigkeit der Masse spekulieren, welche wohl nicht so leicht davon zu überzeugen sein wird, daß nicht auf jede Wunde Jodoformgaze und Karbollösung gehört, wie der Haken in die Oese, sowie daß eine „Antisepsis der Mundhöhle“ ein Unding ist, nur gewinnbringend für die chemische Industrie.

Der Gedanke der inneren Antisepsis sowohl als auch der ebenso verkehrte der direkten Herabsetzung der Temperatur hat übrigens eine ganze Anzahl von Medikamenten eingeführt, welche sich nichtsdestoweniger in gewissem Grade bewährt haben. Ich nenne Chinin, die Salizyl-Präparate, viele Benzolderivate und verwandte Stoffe, die in unendlicher Reihe als innere Antiseptika, Antifebrilia oder Nervina den chemischen Fabriken entsprossen sind und tagtäglich noch entsprießen: Antipyrin, Antifebrin, Phenazetin, Laktophenin, Salipyrin, Aspirin etc. etc. Sie alle sind Beispiele für die bekannte Erscheinung, daß Heilmittel oft, trotz völlig verkehrter theoretischer Begründung, sich in gewissem Grade wirksam erwiesen. Viele, wenn nicht alle diese Mittel, halte ich für nützlich durch ihre evakuierende Wirkung und daher gleichzeitig für — ex juvantibus — Beweise meiner humoralen Krankheitstheorie. Sie wirken nämlich meistens befördernd auf Drüsentätigkeiten, wie auf die Schleimdrüsen des Rachens, der Bronchien, auf die Niere, die Schweißdrüsen der Haut usw. Oft erfolgt vermehrte Schweiß- oder Urin-Sekretion, wie nach salizylsaurem Natron, Antifebrin, Phenazetin, Urotropin und anderen solchen Mitteln; so betrachte ich sie in passender Kombination, so daß von keinem Stoffe zum Schaden des Herzens zu viel gegeben wird, oft für wirksame Unterstützungsmittel hydriatischer Prozeduren, besonders wo es auf schnelle und wirksame Evakuation ankommt, wie z. B. bei Wochenbettfiebern. Auch hier ist wieder der nach außen gerichtete Flüssigkeitsstrom das verhütende und heilende Moment.

Ich könnte noch zahlreiche Mittel vorführen, an deren Beispiel der reine Infektionsgedanke Schiffbruch leiden muß, der biologische aber sich bewährt, insbesondere das humorale Prinzip der Katharsis. Ich möchte die Herren Kollegen aber nicht der Freude berauben, selbst diese Gesichtspunkte bei vielen anderen wirksamen Mitteln und Methoden herauszufinden, welche bisher, bei Zugrundelegung des Infektionsstandpunktes, völlig unverständlich blieben.

Lassen Sie mich heute mit dem Bilde schließen, daß der naturwissenschaftlich vorgebildete Landwirt, der eine Sumpfwiese verbessern will, sicherlich zur Vertreibung von Moos, sauren Gräsern und sonstigen Unkräutern nicht alle diese Pflanzen einzeln ausroden, sondern zur Dränage sowie zur Kalk- und Kalidüngung greifen wird, um so durch Verbesserung des Grund und Bodens mit einem Schlage die lästigen Pflanzen los zu werden. Hin und wieder wird er allerdings einzelne Disteln ausjäten, die Zwiebeln der Herbstzeitlose ausstechen usw., und auch der Arzt soll gewiß nicht auf alle Desinfektionsmittel außerhalb des Körpers verzichten. Ebenso wie der rationelle Landwirt denkt und handelt der konstitutionell behandelnde Arzt. Wenn wir statt Kali „Natron“ setzen und beim Dränieren an Förderung der Evakuation der verbrauchten Lymphe denken. so stimmt das angeführte Bild überraschenderweise sogar wörtlich.

Nicht die Antisepsis, sondern die Konstitutions-Pathologie und -Therapie ist die Medizin der Zukunft! Der bakteriologische Arzt aber wird dem biologisch-denkenden weichen müssen!

REFERATE.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Beitrag zur Keuchhustenbehandlung.** Von W. R. Schottin. Med. Klinik, 1908, Nr. 7, S. 230.

2. **Eine Malariaendemie in Peine (bei Hannover), hauptsächlich bei Kindern beobachtet.** Von G. Freudenthal. Arch. f. Kinderheilk., 1907. Bd. 47, S. 95.

3. **Primare Nasendiphtherie mit Membranbildung im ersten Lebensmonat.** Von Ph. Kuhn. Ibidem, S. 116.

4. **Akute hamorrhagische Nephritis nach Parotitis epidemica bei einem sieben Monate alten Kinde.** Von Jelski. Ibidem, Seite 164.

5. **Zur Diagnose und Behandlung der sporadischen und epidemischen Zerebrospinalmeningitis.** Von W. E. Tschernow. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1908, Bd. 67, S. 161.

1. Schottin empfiehlt zur Behandlung des Keuchhustens die Inhalation von Bromdämpfen bei Tag und Nacht. Ref. scheint die Anwendung eines derart differenten Mittels bei Kindern doch äußerst bedenklich zu sein, zumal die Dosierung sich offenbar ganz nach subjektiven Eindrücken der Angehörigen des Kindes richten muß. Ob das vom Verfasser hergestellte Mittel Bromotussin eine genauere Dosierung zulaßt und die Gefahr einer Schädigung durch das Mittel geringer ist wie bei der Anwendung von reinem Brom, ist aus der Mitteilung nicht ersichtlich. Die drei angeführten Krankengeschichten sind zudem wenig beweisend, so daß Verf. selbst zum Schluß kommt, daß er durchaus nicht glaube, seine Leser von der Wirksamkeit seiner Behandlung überzeugt zu haben.

2. Die Mitteilung von Freudenthal über eine Malariaendemie verdient in mehrfacher Hinsicht Beachtung. Von therapeutischem Interesse sind die guten mit Aristochin gemachten Erfahrungen des Verfassers.

3. Der von Kuhn beobachtete Fall von membranöser Nasendiphtherie bei einem Säugling im ersten Lebensmonat gehört zu den seltenen Erscheinungen. Wir wissen zwar, daß Nasendiphtherie beim Säugling nicht selten ist, viel häufiger als die Rachenerkrankung, aber sie verläuft meist in der Form eines starken Schnupfens mit eitrigem, event. blutig-eitrigem Sekret, und durch Ballin und Schaps wissen wir sogar, daß sehr viele ganz harmlos verlaufende Rhinitiden der Säuglinge bei bakteriologischer Analyse Diphtheriebazillen erkennen lassen. Ref. möchte im Hinblick auf die doch sehr sicher wirksame Serumtherapie, die auch im vorliegenden Fall (3000 J. E.) von Nutzen war, und auf die stets vorhandene Gefahr des Uebergangs auf den Larynx bei jedem ätiologisch nicht rasch sich klärenden Schnupfen der Säuglinge eine bakteriologische Untersuchung und eventuelle spezifische Therapie für angezeigt erachten.

4. Der von Jelski mitgeteilte Fall von Mumps bei einem sieben Monate alten Kinde nahm einen tödlichen Ausgang infolge einer am elften Krankheitstag hinzugetretenen hämorrhagischen Nephritis (Mischinfektion?). Solche Fälle sind doch äußerst selten und die davon abgeleitete Forderung des Verfassers, selbst in den leichtesten Fällen die Patienten acht bis zehn Tage im Bett zu halten, ist in ihrer Verallgemeinerung vielleicht etwas zu weit gehend. Von Interesse ist die Feststellung, daß von den vier Geschwistern der zuerst erkrankte Knabe die leichtesten Erscheinungen zeigte, die sich bei den folgenden Erkrankungen in der Familie progressiv steigerten und bei dem zuletzt befallenen Säugling den Tod herbeiführten.

5. Während vielfach häufiger wiederholte Lumbalpunktion als ein gutes therapeutisches Hilfsmittel in der Behandlung der eitrigen Meningitiden, speziell der epidemischen, gelten, ist Tschernow geneigt, der Lumbalpunktion lediglich diagnostische Bedeutung zuzuschreiben und will nicht einmal die vielfach (auch vom Ref.) konstatierte palliative Einwirkung auf die Kopfschmerzen und das subjektive Befinden gelten lassen. — Aus den viele wertvolle Einzelbeobachtungen enthaltenden Ausführungen des Verf.s, denen 24 eigene Fälle zu Grunde liegen, seien einige therapeutische Gesichtspunkte speziell erwähnt. Für die allerwirksamste Maßnahme zur Erleichterung der Patienten hält er die Bäder von 30 bis 32° R, die täglich und zuweilen auch zweimal täglich verabfolgt werden; sie bewirken Beruhigung und Schlaf, besonders in den ersten Krankheitswochen. — Als ein gutes beruhigendes Mittel erwies sich Morphium subkutan (0,002 bis 0,005 pro Dosi und 0,01 bis 0,02 pro die); auf das Erbrechen wirkten außer Eispillen, kalten alkalischen Wässern und Champagner, teelöffelweise verabfolgt, auch Einatmungen von Sauerstoff. Chloralhydrat mit Morphium kombiniert, innerlich verabreicht, beruhigt die Kranken schneller und ruft eher Schlaf hervor, als es Brompräparate tun. — Von Interesse ist ferner die Mitteilung, daß die Meningitiskranken mit anderen Kranken zusammen untergebracht waren und daß keine Ansteckungen vorgekommen sind, obwohl besondere Vorsichtsmaßregeln seitens des Pflegepersonals und der Aerzte nicht eingehalten wurden.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt,** Oberarzt am Kgl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Zur Behandlung der Schuppenflechte mit Ultraviolettstrahlen.** Von Davidsohn. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 2 (Bemerkungen zum Artikel von Dr. Becker in Nr. 51 dieser Wochenschrift, 1907).

2. **Ueber die Einwirkung der Radiumemanation auf Neubildungen.** Von Loewenthal. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

4. **Praktische Schutzvorrichtungen im Röntgenzimmer.** Von Davidsohn. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 7.

4. **Ueber Einrichtungen zur Behandlung mit Ultraviolettstrahlen.** Von Davidsohn. Deutsche med. Presse, 1907, Nr. 5.

5. **Ueber die Heilung der Mykosis fungoides mit Röntgenstrahlen.** Von Hübner. (Nach einer Demonstration im ärztlichen Verein zu Frankfurt a. M.) Fortschr. d. Medizin, 1908, Nr. 1.

6. **Zur Therapie des Lupus.** Von Jungmann. Oesterreich. Aerztezeitung, 1908, Nr. 3.

7. **Fortschritte der Röntgenologie und Radiumtherapie.** Von Lassar. Zeitschr. f. neuere physikal. Medizin, 1908, Nr. 1.

8. **Wirkung der Röntgen- und der Radiumstrahlen auf die Pflanzenzellen.** Von Guilleminot. Ibidem, Nr. 1.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

9. **Beiträge zur Phototherapie.** Von Freund. Ibidem, Nr. 2.

10. **Eine neue Methode, die Dauer der radiotherapeutischen Behandlung der tiefliegenden Organe durch Ausschaltung der Röntgenstrahlen von schwacher Penetrationskraft abzukürzen.** Von Fleig. Ibidem, Nr. 3.

1. Becker hatte die Ultraviolettbestrahlung der Psoriasis als der Röntgenbehandlung gleichwertig empfohlen. Der Verfasser meint jedoch, daß die Bestrahlung der Psoriasis mit „chemischen Strahlen", z. B. mittels der „Uviollampe" wegen der langen Sitzungsdauer und des Versagens dieser Methode bei starkinfiltrierten Herden der Röntgenbehandlung nicht gleichwertig sei. Referent möchte noch auf einen weiteren Vorzug der Röntgenstrahlen hinweisen: mit ihnen gelingt die Beseitigung der Psoriasisplaques ohne jedes Erythem, während das mit der Uviollampe nicht möglich ist; aus diesem Grunde zieht Referent auch beim Ekzem die Röntgenstrahlen den Ultraviolettstrahlen vor. Als unterstützende Therapie verabfolgt der Verfasser neben der Röntgenbestrahlung alle drei Tage ein Glühlichtbad.

2. Bei innerlicher Darreichung von emanationshaltigem Wasser beobachtete der Verfasser an Kranken mit inoperablen malignen Tumoren eine ausgesprochene Neigung zu fieberhafter Reaktion gegen diese Einverleibung der Radiumemanation. Der Verfasser ventiliert die Möglichkeit, diese Reaktion zur frühzeitigen Diagnosenstellung zu verwerten. Soviel Referent weiß, treten derartige Temperatursteigerungen nach Verabreichung von emanationshaltigem Wasser auch bei Gichtikern auf, ob auch bei gesunden Menschen, ist dem Referenten unbekannt.

3. Zum Schutze des Arztes empfiehlt der Verfasser zwei fahrbare mit Bleiblech beschlagene Holzwände, die winklig zu einander stehen und den in einer Zimmerecke befindlichen Bestrahlungsraum abschließen. Die Beobachtung der Röhre und des Patienten geschieht entweder durch die Bleiglasfenster oder mittels einer Spiegelvorrichtung.

Zum Schutze des Patienten benutzt der Verfasser Bleiblechplatten mit entsprechenden Ausschnitten, die er in Wachstuchtaschen einnähen läßt und den um die Röhre geschnallten Blenden vorzieht, da letztere, wie auch Referent bestätigen kann, sämtlich zu schwer sind, das Hantieren mit der Röhre unbequem machen und meist auch die Beobachtung der Röhre während des Betriebes erschweren oder unmöglich machen.

4. Der Verfasser bespricht kurz die Quecksilberdampflampen, welche für therapeutische Bestrahlungen in Frage kommen, die „medizinische Quarzlampe" und die „Uviollampe". Erstere kann auch als Kompressionslampe benutzt werden; doch scheint sie sich nach den Erfahrungen des Referenten beim Lupus vulgaris wegen der zu geringen Tiefenwirkung nicht zu bewähren. Der vom Verfasser angestellte Versuch zur Prüfung der Tiefenwirkung des Quecksilberlichtes ist nicht beweisend. Schwärzung des photographischen Papiers wird nicht nur durch blaue, violette und ultraviolette, sondern auch durch gelbe und rote Strahlen hervorgerufen.

5. Demonstration eines mit sieben Jahren an Mykosis fungoides leidenden Kranken; die Diagnose war durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Nach vierwöchiger Röntgenbehandlung Heilung bis auf die Stellen, zu denen keine Röntgenstrahlen gelangt waren, die Innenflächen der Finger und die — bei den Bestrahlungen abgedeckten — Augenlider.

Gleich günstig wurden drei andere Fälle beeinflußt, während sieben vor Einführung der Röntgentherapie vom Verfasser beobachtete Fälle sämtlich ad exitum gekommen waren. In den drei andern Fällen wurde die Röntgenbehandlung mit der Arsen-Medikation kombiniert, während der demonstrierte Kranke das Arsen nicht vertragen konnte und darum nur mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Trotz der eklatanten Wirkung der X-Strahlen auf die Tumoren der Mykosis fungoides muß man nach Ansicht des Referenten doch bezüglich der Prognose vorsichtig sein, da sicher ein Teil der Kranken später doch an Metastasen in inneren Organen zu Grunde geht.

6. Der Verfasser demonstriert 15 Fälle von Lupus vulgaris und einen Fall von Lupus erythematodes, die durch Finsenbehandlung geheilt und z. T. seit Jahren rezidivfrei sind. Er betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose, denn gerade die kleinen Fälle sind besonders geeignet. Neben der Finsentherapie kommt als Radikalbehandlung nur das von Lang ausgebildete operativ-plastische Verfahren in Frage.

7. Der berühmte Dermatologe weist in dieser seiner letzten Arbeit auf die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die verschiedenen Gebiete der Medizin in diagnostischer und therapeutischer Beziehung hin, auf die seit dem Bestehen der Methode erzielten Fortschritte, auf die Notwendigkeit einer röntgenologischen Ausbildung der Studierenden und Aerzte; als „nächstliegende Vervollkommnung" der Röntgentherapie betrachtet er ihre „Kombination mit den Problemen der Fluoreszenz, der Sensibilisation und der künstlich erzeugten Anämie und Hyperämie". Zum Schlusse erwähnt er die Anwendung des Radiums als eine „unersetzbare Ergänzung des Röntgenverfahrens".

8. Als Schlußfolgerung seiner durch Abbildungen erläuterten Experimente stellt der Verfasser folgende Sätze auf:

a) Die X- und die Radiumstrahlen, wenn sie auf die Samenkörnchen im latenten Lebensstadium wirken, verzögern ihr Wachstum.

b) Die Dosis der in M.-Einheiten gemessenen X-Strahlen, welche erforderlich ist, einen schädigenden Einfluß zu erzielen, muß stärker sein als die Dosis der Radiumstrahlen.

c) Der der Zelle im verborgenen Lebensstadium durch derartige Bestrahlung eingedrückte Makel scheint unauslöschlich zu sein und führt entweder den Tod herbei oder das Verkümmern der Embryonen oder der Pflänzchen.

d) Die beschleunigende Wirkung der in der latenten Periode angewandten schwachen Dosen ist wenigstens anzuzweifeln.

e) Die während des Keimens gegebenen Radiumstrahlen verzögern oder halten die Keimung auf, und ihre Wirkung ist um so weniger einflußreich, je mehr die Pflanze sich von ihren ersten Entwicklungsstadien entfernt.

f) Die X-Strahlen in schwacher Dosierung scheinen eine Beschleunigung der Keimung zu bewirken.

g) Weder die X-Strahlen noch die Radiumstrahlen bewirken die Erscheinung des Radiotropismus; sie sind auch nicht imstande, die Sonnenstrahlen zu ersetzen.

9. Das Bemerkenswerteste aus der auch sonst interessanten Arbeit des bekannten Radiotherapeuten sind seine Versuche, die Haut durch flüssige Luft zu „sensibilisieren". Ob es sich hier wirklich um „Sensibilisation" handelt, oder ob nicht die Erfrierung der Haut allein genügt, um die stärkere Reaktion nach der nachfolgenden Belichtung zu erklären, erscheint dem Referenten zweifelhaft. Im übrigen dürfte sich das Verfahren, abgesehen davon, daß noch keine einwandsfreien therapeutischen Resultate vorliegen, auch wegen seiner Kostspieligkeit kaum einbürgern.

10. Eine Reihe von Versuchen, welche in dem der Leitung Sabourands unterstellten radiologischen Laboratorium angestellt wurden, haben den Verfasser dazu geführt, bei Röntgenbestrahlungen tiefliegender Organe eine Silberplatte von $^1/_{10}$ mm Dicke zwischen Haut und Röhre zu schalten, um die schwach penetrierenden Strahlen zu absorbieren. Die Silberplatte wird nicht unmittelbar auf die Haut gelegt, da dann die auf ihr entstehenden sehr leicht absorbierbaren sekundären Röntgenstrahlen die Haut schädigen könnten, während sie, wenn die Platte in einer gewissen Entfernung von der Haut angebracht wird, von der zwischen Platte und Haut befindlichen Luftschicht absorbiert werden. Der Verfasser hat die Methode bisher in sieben Fällen angewandt, ohne daß sich Referent nach der kurzen Schilderung dieser Fälle davon überzeugen kann, daß die Methode wesentlich mehr leistet als die sonst übliche Bestrahlungsart.

Haben wir ein tiefliegendes „radiosensibles" Gewebe, z. B. ein Lymphosarkom, vor uns, so können wir das auch ohne Zwischenschaltung einer Silberplatte zum Schrumpfen bringen, und zwar auch wie der Verfasser ohne oder jedenfalls ohne nennenswerte Hautreaktion. Fehlt aber die „Radiosensibilität", so werden wir auch trotz der Silberplatte nichts erreichen, ebensowenig wie mit allen anderen zur Steigerung der Tiefenwirkung empfohlenen Maßnahmen (harte Röhre, Bestrahlung von mehreren Seiten, große Fokus-Hautdistanz).

Orthopädische Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Paul Zander**, Berlin.

1. **Die Orthopädie als Spezialität und ihre Begrenzung.** Von Vulpius. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

2. **Ueber den Wert der Arthrodese.** Von Vulpius. Ibidem, Nr. 7.

3. **Das orthopädische Stützkorsett.** Von Georg Müller-Berlin. Med. Klinik, 1908, Nr. 6.

4. **Zur Diagnose und Therapie der entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule.** Von Haudek-Wien. Oesterreich. Aerzte-Zeitg., 1907, Nr. 19 bis 24 und 1908, Nr. 1.

5. **Beitrag zur primären akuten Osteomyelitis der Rippen.** Von Fiedler. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

6. **Neuer Zinkleimverband.** Von Betz. Ibidem, Nr. 8.

7. **Ein neuer Wandarm für Röntgenröhren.** Von Pflugrad. Ibidem.

8. **Neue Ausblicke auf die weitere Entwicklung der Röntgendiagnostik.** Von Rieder und Kästle. Ibidem.

1. Vulpius setzt sich bei der Begrenzung der Orthopädie als Spezialität in Gegensatz zu Lorenz in seinem kürzlich bei der Eröffnung der Gesellschaft für physikalische Therapie in Wien gehaltenen Vortrag. Er will wohl eine spezielle Stelle für die Orthopädie im klinischen Unterricht haben, wenngleich der Chirurgie selbstverständlich vorbehalten bleibt, auch orthopädische Fälle gelegentlich zu lehren. Zur genaueren Einführung in das Fach sind aber für die Studierenden Detailkenntnisse doch nur vom Spezialisten zu erlangen. Dagegen steht Vulpius in der Begrenzung der Spezialität auf einem weit engeren Standpunkt wie Lorenz. Bei den Frakturen, in der Kinderheilkunde (Rachitis), in der Neurologie (Lähmungstherapie) soll sich der Orthopäde zusammen mit den Chirurgen und den anderen in Betracht kommenden Disziplinen in die Arbeit teilen, die Unfallheilkunde, Schul- und Schülerhygiene und vor allem die Krüppelfürsorge sind mit sein eigenstes Gebiet. Nach Ansicht des Referenten sind vom Verf. die Grenzen doch wohl etwas zu eng gezogen.

2. In Fällen, bei denen wegen vollständiger Lähmung aller beteiligten Muskeln eine Sehnenplastik unmöglich ist, verlangt Vulpius die Arthrodese des betreffenden Gelenks. Am Fußgelenk vereinigt er Talus und die Malleolengabel durch Anfrischen, verstärkt die Vereinigung noch durch die Fasziodese der drei vorderen Unterschenkelmuskel. Beim Kniegelenk führt er die Arthrodese vom unteren Bogenschnitt aus und zwar nur bei Schlottergelenk mit genu rekurvatum oder bei hochgradiger Kontraktur. Bei der Arthrodese des Schultergelenks hat er nach Anfrischung und Naht der Gelenkenden gute Endresultate gehabt. Im Hüftgelenk operiert er bei doppelseitiger Glutäalmuskellähmung auf der einen Seite und macht so die Patienten wieder gehfähig. Hierbei macht er die Phenarthrodese (Betupfen der ausgebohrten Pfanne mit reiner Karbolsäure).

3 und 4. Müller und Haudek geben eine Uebersicht der Falle, in denen das orthopädische Stützkorsett angewandt wird. Beide verwenden mit einigen geringfügigen Abänderungen das Hessingsche Stoff-Stahlkorsett.

5. Fiedler beschreibt einen Fall von akuter Osteomyelitis einer Rippe nach Trauma, bei der jedes äußere Zeichen einer Knocheneiterung fehlte. Das klinische Bild hatte im Anfang große Aehnlichkeit mit Typhus.

6. Betz hat eine praktische Modifikation des Zinkleimverbandes veröffentlicht. Schlechte Mullbinden werden in heißem Zinkleim (Zinkoxyd, Gelatine, Glyzerin und Wasser) getränkt und getrocknet, bei Gebrauch nur in kochendem Wasser erweicht.

7. Einen scheinbar praktischen Wandarm für Röntgenröhren hat Pflugrad aus der v. Bramannschen Klinik beschrieben. Der Röhrenhalter befindet sich an einer Nürnberger Schere und kann so leicht und bequem in jede Lage gebracht werden.

8. Rieder und Kästle haben Versuche mit dem vor kurzem von Rosenthal beschriebenen, von der Polyphos-Gesellschaft hergestellten Röntgenapparat gemacht. Dieselben sind außerordentlich gut gelungen und lassen in dem Bau von Induktoren einen weiteren Fortschritt erkennen.

In der Arbeit wird auch die Teleröntgographie besprochen, die leicht ausgeführt werden kann und exakte Resultate gibt. Die Fernaufnahmen können bei den überaus kurzen Expositionszeiten den orthodiagraphischen Aufnahmen vollständig an die Seite gesetzt werden.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Referent: Dr. **Th. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Reform des Hebammenwesens.** Med. Reform, Wochenschr. f. soziale Medizin, 1908, Nr. 6, S. 69.

2. **Schul-Zahnklinik in Zürich.** Ibidem.

3. **Kurpfuschergesetz-Entwurf.** Ibidem, Nr. 7, S. 73.

1. Von allgemeinem Interesse für das öffentliche Sanitätswesen dürfte sein, daß am 21. Januar d. Js. im Kultusministerium eine gemischte Kommission zur Beratung der Frage getagt hat, ob es möglich ist, durch eine Reform und Hebung des Hebammenwesens unter Zuhilfenahme von Staatsbeihilfen die besonders auf der dürftigen Lage der Hebammen selbst und dem Hebammenmangel beruhenden Mißstände in der Geburts- und Wochenbetthygiene zu beseitigen. Man will versuchen, unter Erhöhung der Gebührenordnungen, die Kreise durch Gewährung von Staatsmitteln zur Sicherstellung der Hebammen zu befähigen. Sodann soll die Berufstätigkeit und Fortbildung der Hebammen durch häufigere Revisionen und Nachprüfungen durch die Kreisärzte sowie durch Wiederholungskurse sichergestellt, der Kursus in den Hebammenlehranstalten auf neun Monate verlängert und die praktische Säuglingspflege in den Unterricht eingefügt werden. Durch die Aufbesserung der materiellen Lage und die Vertiefung der Ausbildung hofft man, bessere Elemente zu gewinnen.

2. In Zürich, wo sich ergeben hatte, daß 96% aller Schüler schlechte Gebisse besitzen und 30% der Zähne krank sind, hat der Stadtrat beschlossen, eine Schul-Zahnklinik zu errichten. Sie steht allen Schülern der städtischen Volksschulen zur unentgeltlichen Untersuchung und Behandlung offen. Der Einwand, daß hiernach die öffentliche Fürsorge auch auf die Wöchnerinnenpflege und weiter ausgedehnt werden müßte, wurde ebenso wie die Befürchtung einer Schädigung der Zahnärzte durch diese Klinik nicht berücksichtigt. Die Zahnärzte erhoffen im Gegenteil dadurch eine Hebung des Sinnes für Zahn- und Mundpflege im allgemeinen. Als Leiter der Schul-Zahnklinik ist ein Zahnarzt mit 5 bis 7000 Frcs. Gehalt in Aussicht genommen.

3. Das Reichsamt des Innern hat jetzt einen vorläufigen Entwurf eines Gesetzes betr. die Ausübung der Heilkunde durch nichtapprobierte Personen und den Geheimmittelverkehr veröffentlicht. Von einem allgemeinen Verbot der Kurpfuscherei, wie es vielfach erwartet wurde, sieht er ab, weil es, nach der Begründung des Entwurfs, angesichts der Unmöglichkeit, das Uebel ganz auszurotten, nutzlos sei und das heimliche Fortwuchern die größten Gefahren in sich berge. Hierbei wird auch auf die Erfahrungen in Ländern mit Kurpfuschereiverbot Bezug genommen. In diesem Sinne verpflichtet der Entwurf Personen, welche sich, ohne approbiert zu sein, mit der Behandlung von Krankheiten an Menschen und Tieren befassen, zur Anzeige ihres Gewerbetriebes bei der Polizei mit Angabe der Wohnung und der Geschäftsräume sowie zur Führung von Geschäftsbüchern. Verboten wird die Fernbehandlung, die Behandlung der Venerie, sowie die Behandlung mittels Hypnose, mittels mystischer Verfahrung und mit allgemeinen (nicht lokalen) Betäubungsmitteln. Geregelt wird auch der Verkehr mit Geheimmitteln. Wir behalten uns vor, auf die Sache zurückzukommen, wenn das Gesetz vorliegt, und schließen uns vorläufig der Ansicht der med. Ref. an, die sagt, es sei besser, mit dem tatsächlichen Stand der Dinge zu rechnen, als daß ein Gesetz einen Schlag ins Wasser bedeutet, was möglicherweise bei einem allgemeinen Verbot der Fall sei.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **Th. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Zahnärztliche Behandlung im Pariser Militärlazarett Val de Grace.** Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1908, Heft 3, S. 141 (Referat).

2. **Desinfektion der Uniformen in Frankreich.** Ibidem (Referat).

3. **Zusammenklappbare Feldtrage für Kavallerie und Infanterie im Gebirgskriege.** Von Regimentsarzt Dr. H. Frachtmann. Der Militärarzt, Wien, 1908, Nr. 3.

4. **Erwärmung von Konserven ohne Feuer.** Von Dr. Sarthou. Ibidem, S. 45 (Referat nach Le Caducée v. 22. 7. 1907).

1. Im Pariser Militärlazarett Val de Grace sind vom Militärgouverneur bestimmte Stunden für die zahnärztliche Behandlung der Mannschaften, der Lazarettkranken und der Offiziere festgesetzt worden.

2. Nach einer Verfügung des Unterstaatssekretärs vom 11. Dezember 1907 werden in Frankreich alle getragenen Kleidungsstücke, bevor sie auf die Kammer kommen oder an einen anderen Mann weitergegeben werden, desinfiziert. Bei Umhängen, Mänteln, Dolmans, Waffenröcken, Hosen mit und ohne Lederbesatz, Kopfbedeckungen jeder Art, Stiefeln und Gamaschen ist die Anwendung von Formaldehyddämpfen zulässig.

3. „Was ich als Kavallerist im Felde nicht bei mir habe, das habe ich nicht.“ Dieses Wort eines erfahrenen Kavalleristen trifft auch für das Sanitätsmaterial bei der berittenen Truppe zu. Von ihm ausgehend, hat F. eine Trage konstruiert, die sowohl auf ein Pferd gebracht als auch vom Reiter getragen werden kann. Sie wiegt ca. 8 kg. Dem Einwand der Mehrbelastung des Pferdes durch diese Trage wird entgegengehalten, daß bei den Mannschaften sowieso Differenzen an Körpergewicht von 15—20 kg vorkommen und die Pferde der Telegraphen- und Pioniertruppen mit mehr als 16 kg über das normale Gewicht von 130 kg belastet sind. Zur Bedienung der Tragen müßte dem betreffenden Kavallerietruppenteil allerdings eine besondere Blessierten-(Krankenträger-) Abteilung (auf 6 Tragen 12 Mann) mitgegeben werden, denn wenn es auch vorkommt, daß, wie bei der preußischen Kavalleriebrigade Bredow am 16. Aug. 1870, mehr Pferde als Leute fallen (am 16. Aug. 1870 7 Offiziere, 189 Mann und 209 Pferde), weil erstere das größere Zielobjekt darstellen, so daß alsdann die Leute für den Krankenträgerdienst Verwendung finden könnten, so ist doch, von anderen Gründen abgesehen, auf diese nicht zu rechnen.

4. Der Apparat besteht aus einer Büchse mit zwei seitlichen Abteilungen für ungelöschten Kalk und, von diesen getrennt, am Boden einem Raum für Wasser. Der innere Hohlraum ist zur Aufnahme der Konserve bestimmt. Wird die Verbindung zwischen Kalk und Wasser durchstoßen, so soll die Konserve nach 20 Min. im Mittel auf 71° erwärmt werden. (Ref. erinnert hierbei an die Verbindung fertiger Konservenbüchsen mit Hartspiritus.)

Mitteilungen über Arzneimittel.

Radium und Radiumtherapie.

Von Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Im Jahre 1898 wurde von dem Ehepaar Curie in Gemeinschaft mit Bémont ein neues Metall entdeckt, das zur Gruppe der Erdalkalimetalle gehört, und das „Radium“ genannt wurde. Dieses besitzt die wunderbare Eigenschaft, zu leuchten und Strahlen auszusenden, die außer ihrer Lichtwirkung eine fluoreszierende, elektrische, chemische und thermische Wirkung sowie noch spezifische Eigenschaften entfalten. Man nennt diese Strahlen nach ihrem Entdecker; denn Becquerel fand sie zuerst an uranhaltigen Mineralien. Sie kommen aber auch bei Aktinium und Polonium, zwei gleichfalls erst seit kurzem bekannten Metallen, und bei Thorium vor. Die Substanzen, welche die genannten Eigentümlichkeiten aufweisen, nennt man „radioaktive“. Das Radium wird bekanntlich aus der Pechblende gewonnen, einer schweren, schwarzen Masse, aus der es sich nach Abscheidung des Urans in den Rückständen sammelt. Wie gering die Menge des gewonnenen Radium ist, geht daraus hervor, daß 1000 kg der Rückstände, die meist aus Joachimsthal bezogen werden, nur 0,3 g Radiumsalz liefern. Die Darstellung ist außerdem schwierig und zeitraubend. Das Radium ist bisher nur in Form seiner Salze bekannt, von denen das Bromid und Chlorid benutzt werden.

Man unterscheidet nach Rutherford drei Arten von Radiumstrahlen. Die größte Menge (ca. 64%) bilden die α-Strahlen, sie sind aber nur wenig durchdringend. Die β-Strahlen (ca. 24%) gleichen am meisten den Kathodenstrahlen; sie sind von sehr großer oder geringer Durchdringungskraft. Die γ-Strahlen endlich besitzen eine so starke Durchdringungskraft, daß sie noch Bleiplatten von 5 cm Dicke durchstrahlen. Sie gleichen am meisten den Röntgenstrahlen von sehr hohem Härtegrade. Die vielseitigen Wirkungen der Radiumstrahlen wurden schon erwähnt. Abgesehen von ihrer Fluoreszenz ist besonders ihre selbständige Leuchtkraft bemerkenswert. Diese bisher einzig dastehende Energiequelle ist so widerstandsfähig, daß sie selbst durch Weißglut oder große Kälte oder durch Auflösen ihr Strahlungsvermögen nicht einbüßt. Dasselbe ist in der Finsternis am deutlichsten, aber auch bei Gaslicht noch erkennbar und genügt, um Gedrucktes lesen zu können. Ferner besitzen die Radiumstrahlen eine radiographische Wirkung, indem sie Eindrücke auf der photographischen Platte hinterlassen. Da sie aber Knochen ebenso wenig wie Fleisch durchdringen, kann man sie nicht zu diagnostischen Zwecken benutzen wie die Röntgenstrahlen. Nach Curie und Laborde wird von den Radiumsalzen fortwährend Wärme entwickelt, die die umgebende Luft um 1,5° erhöht. Auch elektrische und chemische Wirkungen werden von den Radiumstrahlen entfaltet. Die ersteren, die von Curie genau gemessen wurden, äußern sich auch darin, daß die das Radium umgebende Luft leitend und ionisiert wird. Die chemische Leistung zeigt sich darin, daß der Sauerstoff, der sich in der Nähe der Radiumstrahlen befindet, ozonisiert wird, daß Radiumsalzlösungen Wasserstoff entwickeln. Die frisch hergestellten Salze sehen weiß aus, werden allmählich gelb, dann violett, schließlich rosa. Es ist möglich, daß diese Farbenveränderungen auf der Beimischung von Natrium, das schwer zu entfernen ist, beruhen.

Weiterhin beobachtete Curie, daß alle Substanzen, die sich in der Nähe von Radium finden, selbst radioaktiv werden und diese Eigenschaften längere oder kürzere Zeit behalten. Man nennt diese Erscheinung „induzierte Radioaktivität“. Dieselbe nimmt nach Entfernung des Radium in den ersten Minuten sehr stark ab, später langsamer, um endlich ganz zu verschwinden. Die induzierte Radioaktivität ist in freier Luft unregelmäßig, in geschlossenen Gefäßen viel regelmäßiger und besonders intensiv und regelmäßig, wenn sie durch Lösung eines Salzes hervorgerufen wird. Dabei ist der Energieverlust des Radium bei dieser Aktivierung so gering, daß er nicht gemessen werden kann.

Ueber die Ursachen dieser sonderbaren Erscheinungen hat man die verschiedensten Hypothesen aufgestellt: Die einen (Rutherford und Huggins) glauben, daß die Emanationen Helium, ein Element von niedrigem Atomgewicht, sind, und die anderen (Ramsay und Söddy) sind der Ansicht, daß die Emanation ein instabiles Gas ist, das sich spontan unter Bildung von Helium zerstört. Da Regen und frischgefallener Schnee radioaktiv sind, hat man der Sonne den Ursprung der Aktivität des Radium zugeschrieben.

Die Radioaktivität ist sehr verbreitet; außer in anderen Mineralien findet man auch in zahlreichen Moorerden und Thermen, wie Baden-Baden, Nauheim, Franzensbad, diese Eigenschaft. Infolge des begrenzten Umfanges des Rohmaterials und der Schwierigkeit der Darstellung ist die Ausbeute an Radium nur minimal, und es ist verständlich, daß die reinen Radiumsalze ein äußerst kostbarer Stoff sind, wodurch eine häufigere Anwendung naturgemäß sehr in Frage gestellt wird.

Was die Wirkung der Radiumstrahlen betrifft, so ist eine zweifellose Einwirkung auf den menschlichen Organismus bis zu einer Tiefe von 1 cm durch Scholtz nachgewiesen. Nach Durchdringung einer Gewebsschicht von der Dicke eines Kaninchenohres vermögen die Strahlen noch bakterizid zu wirken. Die Veränderungen der Haut sind von Walkhoff, Becquerel, Curie zuerst beobachtet, später von Exner und Holzknecht, von Scholtz, Oudin, Kienböck, Werner, Thies, Perthes u. a. eingehend studiert worden. So fand Thies in bestrahlter gesunder Haut eine staffelförmig in die Tiefe dringende Zerstörung vor, wobei zuerst die Epithelzellen zerstört werden, bevor das Bindegewebe der Umgebung angegriffen ist, während Perthes bei pflanzlichen und tierischen Zellen eine deutliche Hemmung und Zerstörung der Zellteilung beobachtete. London wies nach, daß Mäuse und Meerschweinchen, die in einem mit den Emanationen von Radium durchsetzten geschlossenen Raum sich befinden, trotz Erneuerung der Luft Atembeschwerden bekamen. Allmählich trat Sopor ein, der zum Tode führte. Wie eine Kontrollprüfung mit Ozon lehrte, waren diese Wirkungen durch Ozonbildung nicht zu erklären.

Alle diese experimentellen Erfahrungen weisen uns den Weg, wo die Radiumtherapie einzusetzen hat: einmal da, wo einer abnormen Zelltätigkeit Einhalt getan werden soll, ferner bei pathologischen Veränderungen der Gewebe. So wurden die Radiumstrahlen mit Erfolg in der Dermatologie angewendet, nämlich bei den verschiedenen Formen und Stadien des Lupus, bei Psoriasis, bei großen Feuermälern und bei Hypertrichosis, bei Akne rosazea, Narbenkeloiden, Skleromen, Warzen, bei Ulkus rodens und gutartigen Epitheliomen. Auch bei oberflächlichen Kankroiden und innerlichen inoperablen Karzinomen hat man sehr günstige Erfolge gesehen, z. T. Heilungen, z. T. günstige Beeinflussung der Krebse. Aehnlich günstig lauten die Berichte der Ophthalmologen über die Anwendung des Radium bei Trachom, Epithelioma superfiziale, Frühjahrskatarrh, intraokularen Blutungen, bei malignen Neubildungen. Interessant ist die Beobachtung von Javal und Curie, daß bei zwei an Sehnervenatrophie bezw. Glaukom erblindeten Kranken eine Lichtempfindung vermittels des Radium nicht hervorgerufen werden konnte, daß sich jedoch bei einem Knaben, der eine Netzhautablösung hatte, auch beim Bedecken beider Augen das Gesichtsfeld erhellte. Darauf baut London auf, der für solche Zöglinge in Blindenschulen, die auf dieses Licht reagieren, eine Silhouettenlehrmethode schaffen will. Nach Belot, Possi und Zimmerer kann das Radium auch in der Rhino- und Otologie Verwendung finden. Eine große Anzahl von Fällen sind auch in der inneren Medizin für die Behandlung mit Radium geeignet; so Neuralgien, Gelenkaffektionen, Tabes. In der neuesten Zeit wurden auch in den natürlichen Wässern, die zu Trink- und Badekuren benutzt werden, Radiumemanationen nachgewiesen, die nach den Versuchen von Bergell und Bickel und nach den Erfahrungen von Laqueur u. a für die therapeutische Wirksamkeit der Wässer in hohem Grade verantwortlich zu machen sind.

Wie schon erwähnt, ist die Ausbeute des Radium nur eine äußerst geringe und die Radiumsalze daher außerordentlich teuer. Seitdem man aber weiß, daß es nicht nötig ist, diese selbst zur Anwendung zu bringen, sondern daß die induzierte Radioaktivität die gleichen therapeutischen Einflüsse hat wie das Radium selbst, wie aus den Versuchen von Braunstein zu schließen ist, so ist es als ein Fortschritt zu begrüßen, daß chemische Fabriken Präparate in den Handel bringen, die den Anforderungen auf Wirksamkeit und Billigkeit zu entsprechen scheinen. So wird von der Fabrik pharmazeutischer Präparate O. Braemer, Berlin S. W. 11, Bismut. subnitrik. radioaktiv. in den Handel gebracht, ein Pulver also, das radioaktiv gemacht ist. Eine Originalpackung zu 15 Pulvern à 0,3 kostet 5 M. Diese Pulver sind zur externen und internen Behandlung geeignet. Dieselbe Firma bringt auch sterilisierte physiologische Kochsalzlösung in Ampullen auf den Markt zur Injektion in Tumoren (nach dem Vorgang von Braunstein). Ferner ist von der gleichen Firma ein Apparat zur gleichmäßigen Erzeugung von Radiumstrahlen für protahierte Externbehandlung oder zur Herstellung radioaktiver Bäder und zur Radioaktivierung von Mineralwässern, die durch Lagerung oder Transport wirkungslos geworden sind, unter dem Namen „Radiovis“ zu beziehen. Radiovis wird in Kapseln abgegeben, die garantiert reines Radiumbromid enthalten (Preis 20 M.).

Auch die Höchster Farbwerke bringen ein Radiumpräparat in den Handel, das den Namen „Emanosal“ trägt und zu Badekuren bei rheumatischen und gichtischen Gelenkerkrankungen Verwendung finden soll. Die Erfahrungen, die Laqueur im Virchow-Krankenhaus mit diesem Präparat gemacht hat, ermutigen entschieden zu weiteren Versuchen. Das Emanosal wird in Tafeln zu 30 g in den Handel gebracht. Eine Tafel reicht für ein Bad.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber die Behandlung der Lysolvergiftungen.** Von H. Feldmann. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

2. **Ueber die Wirkung der subkutanen Injektion von Pyozyanase.** Von Dr. Bermbach. Ibidem, Nr. 3.

3. **Erfahrungen mit Sajodin.** Von stud. W. Kuttelwascher. Sond.-Abdr. d. Prag. med. Wochenschr., 1907, Nr. 42.

4. **Energin bei Blutarmut und Unterernährung.** Von Dr. Färber. Therap. Ratgeb., 1908, 11. Jan.

5. **Beitrag zur Eisentherapie.** Ibidem.

1. F. berichtet über drei Fälle von Lysolvergiftung; bei zwei von diesen fiel es F. auf, wie schnell sich die Kranken (es waren puellae publicae) erholten, trotzdem sie beträchtliche Mengen des Giftes, nämlich 50 und 100 g Lysol, verschluckt hatten, während die dritte — trotz gleicher therapeutischer Maßnahmen — schon nach zwölf Stunden starb. F. stellte nun fest, daß jene beiden Mädchen, bevor sie Lysol nahmen, große Mengen von Alkohol bis zur Berauschtheit zu sich genommen hatten, und glaubt, daß derselbe an dem günstigen Resultat beteiligt sei. Er schlägt deshalb vor, bei Lysolvergiftung wie früher zuerst eine schleunige Magenspülung vorzunehmen, vorher aber große Mengen Alkohol einzuflößen, weil die Resorptionsbedingungen der Kresole resp. des Lysols, die ja an sich schon langsam aufgesogen werden, durch die adstringierende Wirkung des Alkohols auf die Magenschleimhaut noch verschlechtert werden. Da nun besonders Selbstmordkandidaten meist erst in bewußtlosem Zustande, lange nach Einnahme des Lysols aufgefunden werden, so dürfte es sich empfehlen, nach der Spülung kleine Alkoholmengen, z. B. ein bis zwei Gläschen Kognak zu reichen, um auch in diesen Fällen die adstringierende Wirkung desselben zwecks Verhinderung oder Verzögerung der Resorption zu benutzen.

2. Bei fünf Patienten machte B. subkutane Einspritzungen von Pyozyanase, um die Wirkung derselben zu studieren. Er fand, daß bei sämtlichen Kranken nach jeder Injektion — diese schwankten zwischen 0,05 bis 0,3 ccm — eine wohlausgeprägte Reaktion lokaler und allgemeiner Art auftrat. Die lokalen Symptome bestanden in Rötung, Schwellung und Schmerz, die Allgemeinerscheinungen in einer charakteristischen Veränderung der Körperwärme, in Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit und ein- bis mehrmaligem Erbrechen. Das Fieber begann mit Schüttelfrost und stieg auf 39,5 und 40°. Nach Ablauf der Reaktion war aber keine Schädigung des Wohlbefindens oder eines Organes zu bemerken. Die Reaktion konnte durch 0,3 g Pyramidon meist wesentlich gemildert werden.

3. K. hat bei 56 Fällen Sajodin mit großem Erfolge angewandt. Nur sechsmal wurden Nebenerscheinungen beobachtet (davon dreimal Jodismus). Wegen der bequemen Dosierung und Darreichung bei guter therapeutischer Wirksamkeit empfiehlt K. das Mittel sehr.

4. Obschon der Lebertran sich durch vorteilhafte Verdaulichkeit, durch seine günstige Resorptionsfähigkeit und seinen großen Nährwert aufs beste empfiehlt, wird er wegen seines ekelhaften Geschmackes bei Blutarmut nur selten verordnet. „Energin“ ist nun ein angeblich wohlschmeckendes Lebertranpräparat und wird in Tabletten abgegeben. Davon gab F. 32 Kindern acht Wochen lang, und zwar solchen unter zwei Jahren täglich zwei, älteren Kindern drei Tabletten. F. war erstaunt, wie gern die Kinder „die Zuckerl“ nahmen; sie empfanden den leicht öligen Geschmack offenbar nicht unangenehm. Das Aussehen der Kinder besserte sich zusehends; sie nahmen an Gewicht zu. Die Eßlust und der Appetit steigerten sich; rhachitische Kinder lernten schnell gehen. F. empfiehlt das „Energin“ auf Grund seiner Erfahrungen bei Rhachitis, Skrofulose, Blutarmut und Unterernährung.

5. Da das Eisen in Form von Medikamenten häufig nicht vertragen wird, so ist die Erfindung des Eisenkraftbrotes „Ferronia“ und der anderen eisenhaltigen Backwaren (Kakes, Zwiebäcke, Bisquits etc.) sehr zu begrüßen, da wir so ein Mittel haben, das Eisen auch solchen Kranken zu geben, die es als Medikament in Pillen, Tropfen, Likör etc. nicht vertragen. Da das Eisen langsam und „in Kohlehydratverbindungen“, demnach in „leicht verdaulichem Zustande“ dem Kranken zugeführt wird, so dürften es auch solche mit schwachem Magen vertragen. Da ferner das Brot und der Zwieback wie gewöhnliche Backware schmecken, außerdem leicht verdaulich sind, so ist diese Art der Eisentherapie bei Kindern angebracht, wenn das „Einnehmen“ auf Widerstand stößt.

Neuere Arzneimittel.

Visvit. Fabr.: Dr. A. Horowitz, Berlin. In der siebenten Auflage seines Buches: „Die Neurasthenie beim Manne“ und in seinem Buche: „Die Ursachen und Heilung der Epilepsie“ hat Dr. M. Deutsch, Nervenarzt in Wien, ausführlich über die ausgezeichnete Wirkung des „Visvit“ bei zahlreichen Fällen von Neurasthenie und Epilepsie gesprochen und darauf hingewiesen, daß dieses Nährpräparat im Gegensatz zu den andern den Vorzug hat, alle zum Ausbau des Organismus nötigen Substanzen in glücklicher Zusammensetzung zu vereinen.

Besonderen Wert mißt D. dem Lezithin und Hämoglobin bei, dem ersteren für die Regeneration der Nervensubstanz, dem letzteren für die Auffrischung des Blutes. Dadurch, daß das Hämoglobin unmittelbar die Anämie beseitigt, kräftigt es mittelbar die ganze Konstitution des in seinem Nervensystem erkrankten Individuums und schafft damit günstigere Bedingungen für die Behandlung der Epilepsie und Heilung der Neurasthenie.

Die reizbare Schwäche des Gehirns und seiner Nerven, das Hauptsymptom psychischer, sensibler und vasomotorischer Funktionsstörung, ständige Begleiterscheinungen der Neurasthenie, wird direkt durch das im Visvit reichlich enthaltene Lezithin bekämpft und damit die Leistungsfähigkeit des ganzen Nervensystems gehoben. Aus diesen Gründen empfiehlt D. (vergl. Therapeut. Zentralbl., 1907, 13), zur Therapie der Neurasthenie und Epilepsie das Visvit stets heranzuziehen.

Bezüglich der Hebung des Allgemeinbefindens, der Körpergewichtszunahme und Steigerung des Hämoglobingehaltes unter methodischem Gebrauch von Visvit decken sich die Erfahrungen D.s mit denen, welche in der von Leydenschen Klinik mit Visvit gemacht worden und in Nr. 28 der „Medizinischen Klinik“ des Jahres 1906 niedergelegt sind. M. Plien-Berlin.

Thephorin. Fabr.: Hoffmann-La Roche, Grenznach. Thephorin ist ein Doppelsalz des Theobrominnatrium mit Natrium formizikum, ein Analogon des Diuretin, in dem die Salizylsäure durch Ameisensäure ersetzt ist. Das Präparat kommt als Pulver oder als Tabletten à 0,5 g in den Handel. Cohn-Posen hat eine Reihe von Versuchen damit angestellt; als beste Dosis ergab sich: zwei Tabletten pro die. In geeigneten Fällen, insbesondere solchen von kardialem Hydrops, erwies es sich als nachhaltig wirksames Diuretikum; die verhältnismäßig kleinen Dosen sowie das Fehlen von Nebenwirkungen auf den Magen lassen es besonders da empfehlen, wo wegen Stauungskatarrhs andere Mittel nicht vertragen werden. Vorsicht erscheint bei chronischen Nephritiden angebracht, da mehrere Male unter Einwirkung von Thephorin eiweißfrei gewordene Urine wieder eiweißhaltig wurden. (Deutsche med. Woch., 1907, 35.) M. Plien-Berlin.

Pneumin. Chemische Fabrik Dr. Speier & v. Karger, Berlin S. W. Dr. Wilhelm Croner (Senators Universitäts-poliklinik) kommt in einer Abhandlung „Ueber den gegenwärtigen Stand der Kreosottherapie bei Lungenschwindsucht“ in Nr. 49 der Berl. klin. therap. Wochenschrift, 1904, nach Besprechung der allgemeinen Grundsätze für die Anwendung von Kreosotpräparaten und nach Anführung von empfehlenswerten Präparaten zu der folgenden, das Pneumin betreffenden Schlußbemerkung:

„Ich möchte hier jedoch noch auf ein anderes Kreosotpräparat — das Pneumin der Firma Dr. Speier & v. Karger — hinweisen, ein nur wenig riechendes, gelbliches Pulver, das durch Einwirkung von Formaldehyd auf Kreosot erhalten und als ein Gemenge der Methylenverbindungen der im Buchenholzteer sich vorfindenden Phenole und deren Aether zu betrachten ist. Zuerst von J. Jacobson im pharmakologischen Institut zu Berlin pharmakologisch geprüft, ist es später von verschiedenen Seiten als Medikament empfohlen worden, ohne, wie es scheint, bisher in weiteren Kreisen bekanntgeworden zu sein. Wir selbst haben es in den letzten zwei Jahren in der Königlichen medizinischen Universitäts-Poliklinik an nahezu 200 Tuberkulöse gegeben und sind auf Grund unserer Erfahrungen zu dem Schlusse berechtigt, daß man es mit Recht den obenerwähnten Präparaten an die Seite stellen kann, da es die von mir oben geforderten Bedingungen eines brauchbaren Kreosotpräparates in vollkommener Weise erfüllt. Eine ganze Anzahl von Kranken hat das Mittel wochen- und monatelang genommen, ohne daß sich Magenbeschwerden eingestellt haben. Das Pneumin ist von geringem Geruch — ganz geruchfrei kann ich es nicht finden — drittens ist es billig.“

Pneumin wird verordnet in der Tagesdosis von 1,5 bis 2,5 als Pulver oder bequemer in Tablettenform, jede Tablette zu 0,5 (Pneumintabletten, Originalpackung, Dr. Laboschin).

Spirosal. Firma Friedrich Bayer & Co., Elberfeld. Spirosal, der Monosalizylsäureester des Aethylenglykols, ist ein für den äußeren Gebrauch bestimmtes Salizylpräparat, das vor dem bekannten Mesotan Vorzüge besitzt, da Hautreizung mit Rötung und Schmerzhaftigkeit sich nach seinem Gebrauche nur sehr selten einstellen sollen und Magenstörungen nicht beobachtet wurden. Das Präparat wurde im Krankenhause Bethanien in Berlin erprobt, worüber eine Veröffentlichung über einige 70 Fälle von Dr. E. Gardemin vorliegt (D. med. Wochenschr., 1907, Nr. 49). Es wird mit Spirit. rectifikatiss. aâ verordnet zu ein- oder mehrmaligem Bepinseln täglich. Die behandelten Stellen werden vorteilhaft mit Oelpapier und Flanellbinde bedeckt. Die Resorption soll dann eine gute sein, was durch die Reaktion des Urins leicht nachweisbar ist, die ungefähr nach zwei Stunden eintritt. Die schmerzstillende Wirkung stellte sich schon meist nach kurzer Zeit ein. Behandelt wurden Muskelrheumatismen, akute und chronische Formen des Gelenkrheumatismus. Sehr gute Erfolge hatte man in Bethanien namentlich in hartnäckigen, mit starken und dauernden Schmerzen verbundenen Fällen mit der gleichzeitigen Darreichung von kleinen Dosen Aspirin und Novaspirin.

P. Höckendorf, Großlichterfelde.

Mitteilungen aus der Praxis.

Bei **Psoriasis**, besonders veralteten hartnäckigen Plaques:
Eugallol 10,0.
S. Zum Einpinseln.

Die erkrankten Hautstellen werden mit dem reinen oder verdünnten Präparat eingepinselt unter Schonung der gesunden Umgebung. Die eingepinselten Partien bleiben zunächst unbedeckt, bis nach etwa ¼ Stunde die Aufpinselung firnisartig eingetrocknet ist. Erst dann bedeckt man die Stellen mit Zinkpaste oder bepudert sie mit Zinkoxyd.

Technische Neuerscheinungen.

Wassmuths Inhalationsverfahren.

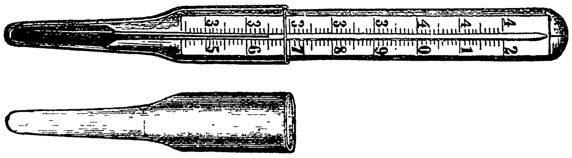
Die Behandlung mittels Inhalation von zerstäubten Flüssigkeiten, welche der Luft beigemengt werden, ist für die verschiedensten Leiden empfohlen worden, namentlich für Erkrankungen des Atmungstraktus lag es nahe, die Einwirkung solcher mit verschiedenen Mitteln gemischten feinsten Tröpfchen heranzuziehen. Von Wassmuth sind besondere Apparate angegeben worden, welche eine besonders feine Verteilung des Inhalationsstromes bewirken, wodurch es ermöglicht wird, daß die Tröpfchen nicht nur auf die Halsorgane, wie die Tonsillen, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, einwirken, sondern bis in die feinsten Verzweigungen der Bronchien gelangen, wo sie auf die Schleimhäute der Broncheoli und Alveolen der Lungen einwirken können, wie dies durch eingehende Tierversuche bewiesen ist. Weiter besitzt das System eine ausgezeichnete Ventilation, welche für ausgiebigste Erneuerung der Luft sorgt, und durch die ganze Konstruktion und Anlage es dem Patienten ermöglicht, stundenlang ohne jede Anstrengung in demselben zu verweilen und die Vorzüge der Inhalationen genießen zu können. Die Patienten können sich in den Inhalationsräumen unterhalten, sitzen, liegen oder umhergehen und sich durch Lesen von Büchern oder Zeitschriften, durch Schreiben oder Spielen die Zeit vertreiben. Man findet die Wassmuthschen Inhalationseinrichtungen in Ems im Wilhelms-Inhalatorium, in Baden-Baden im großherzoglichen Inhalatorium, in Plombières-les-Bains und vielen anderen Bädern eingerichtet, und zahlreiche Kranke verdanken dem Gebrauch dieser Inhalationen Heilung und Besserung. Wassmuth hat ferner kleinere transportable Apparate konstruiert, welche in vielen Kliniken, Krankenhäusern, Sanatorien funktionieren und in jedem ärztlichen Sprechzimmer verwandt werden können. Dieselben bewirken eine ebenso feine Zerteilung der Flüssigkeit in der Luft, so daß die Flüssigkeitströpfchen in der Luft ca. $^1/_5$ so groß sind wie ein rotes Blutkörperchen.

W. B. Müller, Berlin.

Glashülse zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten beim Gebrauch des Fieberthermometers.

Von Dr. med. **S. Fackenheim**, Kassel.

Jedes Instrument, das bei einem Kranken benutzt worden ist, wird vor seinem weiteren Gebrauch desinfiziert. Dasjenige Instrument aber, das weitaus am meisten vom Arzt und Patienten am Krankenbett angewendet wird — der Fieberthermometer — wird gewöhnlich nicht desinfiziert, weil er in der sonst üblichen Weise durch Auskochen oder Ausglühen nicht sterilisiert werden kann und weil jede andere Desinfektion zu viel Zeit erfordert, als daß sie für den Thermometer in Betracht käme.



Und doch besteht bei dem allgemeinen Gebrauch des Thermometers die Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten. Man braucht nur daran zu denken, daß nach Einführung der Aftermessung der Thermometer mit dem Kot in engste Berührung kommt, dem Stoff, der am leichtesten die schwersten Krankheiten überträgt. Auch durch jede andere Anwendungsweise, beim Messen im Mund und in der Achselhöhle können ansteckende Krankheiten durch den Thermometer übertragen werden.

Da man nun wegen der ihm eigentümlichen Konstruktion den Thermometer nicht durch Anwendung von Hitze sterilisieren kann, konstruierte ich eine Glashülse, die dem Thermometer genau angepaßt ist. Die Fiebermessung geschieht in der gewöhnlichen Weise durch Versenken des mit der Glashülse versehenen Thermometers in den After. Nach drei Minuten wird der Thermometer mit der Glashülse herausgenommen, die Hülse abgezogen und ausgekocht oder ausgeglüht und kann sofort nach genügender Abkühlung wieder benutzt werden. Die Genauigkeit der Messung leidet nicht im geringsten.

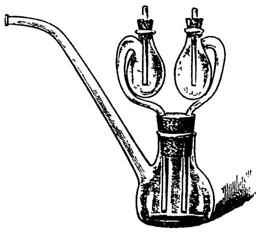
Die Glashülse zur Verhütung ansteckender Krankheiten beim Gebrauch des Fieberthermometers ist durch D. R. G. M. Nr. 316234 geschützt und wird von der Firma J. u. H. Lieberg, Kassel, hergestellt.

Die Salmiak-Inhalationspfeife.

Von Dr. med. **Julius Rudolph**, München.

In England wird seit Jahren zur Behandlung chronischer Luftröhrenkatarrhe etc. ein aus drei durch Glasröhren miteinander in Verbindung gesetzten Flaschen bestehender Apparat, der ein Inhalieren in statu naszendi entstehender Salmiaknebel gestattet, angewandt. Ich habe den Apparat, der bei jedem einzelnen Patienten durch Zeichnung, ja selbst durch zeitraubende Gänge seitens des Arztes zum Instrumentenmacher zu beschaffen war und der dabei viel teurer zu stehen kam, aus einem schwer zu handhabenden und plumpen Nebeneinander in ein zierliches, handliches Uebereinander umgeformt, so daß er ein Inhalieren beim Spazierengehen gestattet und noch andere wesentliche, unten zu erwähnende Vorzüge bietet.

Die beistehende Zeichnung zeigt das Bild einer Pfeife. Statt „eines" Pfeifenkopfes erblicken wir zwei solcher in Form von Kölbchen. Das eine derselben wird bis zu $^1/_3$ bis $^1/_2$ Höhe mit Ammoniak (Salmiakgeist), das andere in gleicher Weise mit gereinigter Salzsäure beschickt. Nun werden beide Kölbchen mit einem Korke, der von einem an beiden Enden offenen Glasröhrchen durchbohrt wird, geschlossen, wobei das untere Röhrchenende fast bis zum Boden des Kölbchens reicht. Der „Wassersack" unserer Pfeife wird bis zu halber Höhe mit destilliertem Wasser, dem einige Tropfen Salzsäure zugesetzt sind, gefüllt und mit einem Korke geschlossen, der von den beiden Röhren, in welche die beiden Kölbchen auslaufen, durchbohrt wird. Die unteren Enden dieser Röhren reichen ebenfalls fast bis zum Boden des Wassersackes. Letzterer geht in das Pfeifenrohr mit Mundstück über. Wird an letzterem gesogen, wie beim gewöhnlichen Tabakrauchen, so streicht die Luft durch die Röhrchen der Kölbchen ein, sättigt sich getrennt mit Ammoniak- und Salzsäuredämpfen, die durch die Kolbenröhren in den „Wassersack" gelangen, wo sie im angesäuerten Wasser „gereinigt" werden und dann zu Salmiak sich verbindend in dem Luftraum über dem Wasserspiegel als weißlicher Nebel sich ansammeln, der seinerseits vom Patienten nun geraucht wird. Setzen wir die oberen Röhrchenenden der Kölbchen mit einem Gebläse in Verbindung, so läßt sich der Salmiaknebel am Mundstück, das nun als Ausströmungsrohr funktioniert, zum Ausströmen bringen. Das Gebläse läßt sich dadurch ersetzen, daß eine Person in die gabelförmige Glasröhre, die durch zwei Gummischläuche mit den oberen Röhrenenden der Kölbchen verbunden ist, hineinbläst. Die Armierung mit Gebläse-Vorrichtung muß eigens vom Arzt verlangt werden, da der Apparat nur als solcher zum Inhalieren geliefert wird.



Der Gebläseapparat findet Anwendung in der Kinder-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Das Ausströmungsrohr läßt sich leicht mittels Gummischlauches mit den Ansatzstücken wie Tubenkatheter, Nasenröhren etc. verbinden. Die Rhinitis z. B. Erwachsener läßt sich leicht dadurch behandeln, daß man dieselben auffordert, nach Art der Zigaretteninhalierraucher den Rauch mit dem Munde tief einzusaugen und durch die Nase ausströmen zu lassen.

Der Apparat wird geliefert von der Firma Beck & Heß, München, Sonnenstraße Nr. 9.

Bruchband „Multiform"

nach Dr. Paul Bernstein, Berlin.

Das neue Bruchband „Multiform" hat vor den anderen den Vorzug, daß es leicht auseinanderzunehmen geht und man die einzelnen Teile in verschiedene, beliebig modifizierbare Stellungen zueinander bringen kann, je nachdem es von der Art des Bruches erfordert wird. Die Pelotte besteht aus einem aus Zelluloid hergestellten Deckel mit gekröpftem Rand, in dessen Höhlung das aus gummiartiger Masse hergestellte Kissen paßt und leicht geklemmt werden kann. Ist das Kissen schmutzig oder sonst ersatzbedürftig geworden, so kann man es sehr leicht aus dem Deckel herausnehmen und durch ein anderes ersetzen, ohne deshalb den Bandagisten zwecks Reparatur, wie bei den alten Bruchbändern, angehen zu müssen. Die Pelotte in toto ist an der Feder durch eine Vorrichtung befestigt, welche ein Verstellen der Pelotte leicht ermöglicht. Durch eine Schraube kann man die Pelotte lockern und dann in allen Richtungen, je nachdem wie es von dem Bruche und dessen Konfiguration erfordert wird, verstellen, man kann die Pelotte nach oben und unten und längs in ihrer Richtung vor- und rückwärts verstellen. Diese Verstellungsmöglichkeit ist ein großer Vorzug des Bruchbandes „Multiform“ gegenüber den alten Bändern, bei denen man nur durch Verbiegen des Stahles Modifikationen der Stellung der Pelotte ermöglichen konnte. Die Feder kann man leicht aus dem Ueberzug des Bandes herausziehen und so den Ueberzug, wenn er defekt oder schmutzig ist, leicht ersetzen. Nach allen diesen Neuerungen muß man sagen, daß das Bruchband „Multiform“ wohl geeignet erscheint, einen guten Ersatz für die alten Bruchbänder zu geben. Zu beziehen von E. Kraus, Fabr. chir. Instr., Berlin, Kommandantenstr. 55. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die geschlechtliche Frage. Aufklärungen über ein dunkles Gebiet für jedermann, insbes. für unsere reifere Jugend. Von Dr. Dammann, Spezialarzt für Nerven- und Seelenerkrankungen in Berlin-Schöneberg. Leipzig 1908. Teutonia-Verlag. 2 Mark.

Verfasser nennt sein Büchlein (im Anklang an Forel) „Die geschlechtliche Frage“. Ja welche meint er? Es gibt tausende von geschlechtlichen Fragen. Es gibt Entwicklungsgeschichtliches über die Fortpflanzung; Die Fortpflanzung des Menschen; der Geschlechtstrieb; Mißbildungen der Genitalien; die Geschlechtskrankheiten; Verirrungen des Geschlechtstriebes; andere krankhafte Erscheinungen; die Enthaltsamkeit; die Arten des Verkehrs; die öffentliche Sittlichkeit; Ratschläge für Liebe und Ehe. Die meisten dieser Themata haben Unterabteilungen. Alles zusammen auf knapp 185 weitgedruckten Seiten. Das Werk ist ganz populär geschrieben und behandelt die Themata im großen und ganzen korrekt dem Stande der Wissenschaft entsprechend, wenn auch vieles, selbst für ein derart populäres Werkchen, mangelhaft ist (vide Verirrungen des Geschlechtstriebes!), anderes wieder heutigen physiologisch begründeten wissenschaftlichen Anschauungen nicht stand halten kann (vide Empfehlungen der Schwämmchen, Sicherheitsovale, Spermathanatontabletten u. v. a.!).

Doch die Hauptsache. Der Zweck des Buches ist mir völlig unverständlich. Verf. kennt nach Angabe in seinem Vorwort „noch kein volkstümliches Werk, das von einem wirklichen Fachmann, einem Seelenarzt oder Psychiater verfaßt ist, der die Erforschung und Behandlung des menschlichen Geschlechtslebens zu seinem Sonderfach gemacht hat“, und das bei der jetzigen Ueberschwemmung unserer Literatur mit Sexualwerken!! N. B. Was sollen Aufklärungen über z. B. die sexuellen Perversitäten „für unsere reifere Jugend“?

Sehr abstoßend wirkt das Titelblatt für ein Sexualwerk. Eine völlig nackte Donna, mit aufgelöstem Haare, die Fackel in der Rechten. Wozu dies? Dr. Rohleder-Leipzig.

Technik der Massage. Von A. Hoffa. 5. Auflage. Stuttgart 1907. Ferd. Enke.

„Die Tatsache, daß die meisten Aerzte keinen rechten Begriff von der wirklichen Massage haben, veranlaßt mich, vorliegende Technik der Massage erscheinen zu lassen“, schreibt H. in der Vorrede zur ersten Auflage in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts, und ferner: „Ich behaupte, daß jeder Laienmasseur, der selbständig die Massage ausübt, ein Pfuscher ist und bleibt, und strebe demgemäß das völlige Verbot der Laienmassage an.“ Es wäre sehr erfreulich gewesen, wenn H. in der Vorrede zur fünften Auflage, die im Juli 1907 erschien, die Erfüllung seiner in die angeführten Sätze eingekleideten Wünsche hätte proklamieren können. Zwar ist das Interesse der Aerzte an der Massage erheblich gewachsen, ebenso das Ansehen der Massage als eines vollberechtigten und bedeutenden Zweiges der Therapie, aber im allgemeinen spricht doch auch hier das Trägheitsgesetz ein gewichtiges Wort, und es werden wohl nochmals zehn Jahre vergehen, ehe jeder Arzt die Kenntnis der Massagetechnik als conditio sine qua non erachtet, und in noch grauer Ferne liegt die Zeit, da man den Laienmasseur als ein „fossiles Ungeheuer“ betrachten wird. Ich kenne Professoren der Medizin, die sich von Laien massieren lassen, und ein Professor der Anatomie erzählte mir lachend von den eifrigen Bemühungen seines Masseurs, den Dornfortsatz des siebenten Halswirbels fortzumassieren. Möge das kurz, aber umfassend und sehr übersichtlich geschriebene Buch des Meisters der Massage der Masse „lebendige Kraft“ induzieren, damit eine vermehrte Geschwindigkeit sie zum Ziele führe!

Lungwitz, Berlin.

Dr. Bierbachs Schreibtischkalender für Aerzte, 1908. Verlag von Fischers medizinischer Buchhandlung (H. Kornfeld), Berlin.

Es hieße Eulen nach Athen tragen, wollte man das bekannte und beliebte Nachschlagebuch für die täglichen Bedürfnisse in der Praxis noch empfehlen. Es wird sich weiter bewähren, wie es sich bisher bewährt hat, und zahlreichen praktischen Aerzten unentbehrlich sein.

Reichs-Medizinal-Kalender. Begründet von Dr. Paul Börner. Leipzig 1908. Verlag von Georg Thieme.

Ein Nachschlagewerk ersten Ranges, das „Wer ists?“ des ärztlichen Standes. Dabei sehr billig (5 M.). Einige Mängel verschwinden unter der Fülle der Vorzüge. Lungwitz, Berlin.

ALLGEMEINES.

Wir erhalten folgende Zuschrift: Die **Internationale Gesellschaft für Chirurgie** beschloß in ihrer am 22. September 1905 in Brüssel stattgehabten Generalversammlung, im September 1908 anläßlich des II. Internationalen Chirurgenkongresses in Brüssel eine Krebsausstellung zu veranstalten. Die Ausstellungsobjekte sollen zwischen dem 20. bis 31. August 1908 an die Adresse des Generalsekretärs der Gesellschaft, Herrn Prof. Dr. Depage, Brüssel, 75 Avenue Louise, eingesendet werden. Das Sekretariat übernimmt die Ausstellungsobjekte, sorgt für deren Aufstellung und sendet dieselben nach Schluß des Kongresses an die Adresse der Herren Aussteller zurück. Es wird in dem Kongreßprogramme dafür gesorgt werden, daß die Herren Aussteller während der Zeit des Kongresses ihre Ausstellungsobjekte den Kongreßmitgliedern demonstrieren können.

Zur Ausstellung können sämtliche auf die Krebskrankheit bezüglichen Objekte angemeldet werden. Namentlich: 1. Vom chirurgischen oder vom pathologischen Standpunkte aus in irgendeiner Richtung instruktive makroskopische oder mikroskopische Krebspräparate, unter anderem solche, die entweder durch ihre Lokalisation oder wegen der Verbreitungswege des Krebses von besonderem Interesse sind. 2. Auf einzelne Krebsoperationen bezügliche topographisch-anatomische Präparate oder Abbildungen. 3. Topographisch-anatomische Präparate über die Lymphwege und Lymphknoten einzelner Regionen. 4. Statistische Wandtafeln über die mit der Behandlung der Krebskrankheit erreichten Dauererfolge. 5. Statistische Wandtafeln über die Häufigkeit des primären Krebses und seiner Metastasen in den einzelnen Organen auf Grund von klinischen oder von pathologisch-anatomischen Erfahrungen. 6. Statistische Wandtafeln über die Verbreitung der Krebskrankheit in den einzelnen Ländern. Genauere Pläne über sogenannte Krebsnester. Stammbäume von Familien, in denen der Krebs bei mehreren Generationen vorkam. 7. Pläne von Krebsinstituten, von Krebsspitälern, ihre Programme, Arbeitsausweise, Budgete. 8. Agitation zur frühzeitigen Behandlung der Krebskrankheit. Aufrufe an das Publikum. Vorschläge dazu, in welcher Weise dem Publikum die Kenntnisse zur Frühdiagnose beigebracht werden sollen, ohne damit Panik zu erregen.

Berlin. Das Internationale Komitee für ärztliche Studienreisen ersucht uns anläßlich mehrerer Anfragen um nachstehende Mitteilung: An die medizinische und Tagespresse ist eine Notiz gelangt, welche besagt, daß durch die Administration de l'Oeuvre d'Enseignement médical Complémentaire, 8 rue Francois Millet, eine „internationale ärztliche Studienreise“ vom 12. bis 28. April nach Italien veranstaltet wird. Es handelt sich hier um eine der von dem Reise-Unternehmer Herrn Bazot (Nicht-Arzt) auch schon früher veranstalteten Reisen französischer Aerzte, an welchen einige nichtfranzösische Aerzte teilzunehmen pflegen. Mit dem Internationalen Komitee für ärztliche Studienreisen hat das Unternehmen nichts zu tun. Die erste von diesem Komitee angeregte Fahrt, zu welcher die Aerzte aller in dem Komitee vertretenen Länder Einladungen erhalten werden, wird voraussichtlich erst im nächsten Jahre stattfinden, und zwar im Anschluß an den Internationalen Aerzte-Kongreß in Budapest.

Neuenahr. Bei Mutungen auf Bleierz sind hier Fangolager zu tage getreten. Die vorläufigen chemischen Untersuchungen dieses Eifelfango Neuenahr haben ergeben, daß er bei staubartiger Trockenheit noch bis zu 29,60% Feuchtigkeit enthält, und schon in diesem Zahlenergebnisse wie auch in seinen Bestandteilen und Eigenschaften dem Fango di Battaglia sehr nahe steht. In seiner Zusammensetzung ergibt sich der Eifelfango Neuenahr als eine teils chemische, teils mechanische Verbindung von sauren Silikaten. Für das Bad Neuenahr ist bei den bekannten medizinischen Eigenschaften des Fango diese Entdeckung von nicht zu unterschätzender weittragender Bedeutung. O. Krey.

Das sächsische Landesmedizinalkollegium hat in seiner 25. Plenarversammlung folgenden Antrag Haenel-Dresden angenommen: „Das Königl. Ministerium des Kultus und öffentlichen Unterrichts zu ersuchen, in geeigneter Weise Fürsorge zu treffen, daß durch Aerzte Aufklärung der Abiturienten der höheren Schulen über sexuelle Hygiene (Wert der Keuschheit und Gefahren der Geschlechtskrankheiten) bewirkt werde.“ Der Vertreter des Kgl. Ministeriums, Geh. Schulrat Dr. Saliger erklärte, daß voraussichtlich von Michaelis 1908 ab an den staatlichen höheren Schulen Sachsens Schulärzte angestellt werden würden, die am besten Gelegenheit haben dürften, sich der beregten Belehrung zu unterziehen.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erläßt ein Preisausschreiben zur Abfassung einer volkstümlichen Flugschrift, welche die Gefahren der venerischen Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung des Soldaten- und Matrosenlebens behandeln soll. Es sind drei Preise zu 300, 200 und 100 M. vorgesehen. Die näheren Bedingungen des Preisausschreibens sind von der Geschäftsstelle der Gesellschaft, Berlin S. 14, Inselstraße 13a, zu beziehen.

Leipzig. Für die Einführung des biologischen Unterrichts in den Oberklassen der höheren Lehranstalten hat sich der Verein für Schulgesundheitspflege und der Deutsche Verein für Volkshygiene in einer Eingabe an die Landstände ausgesprochen.

— Mit der Bitte um Aufnahme geht uns folgende Mitteilung zu:

Der Arzt als ständiges Mitglied des Schulvorstands, eine pädagogische und hygienische Forderung.

Ein Mann vergessen! so darf man ausrufen, wenn man die über die Zusammensetzung der neugebildeten Schulvorstände jetzt von allen Seiten einlaufenden Nachrichten durchsieht. Die Gemeinde, Familie, Kirche und Schule sind jetzt in der Schulpflege vertreten, der Arzt als berufener Vertreter der Volksgesundheit fehlt in den meisten Fällen. In vielen Städten hat man durch Anstellung von Schulärzten einen Schritt vorwärts getan, doch haben diese nur eine beratende, also eine halbe Stimme. In unserer Volkserziehung hat man sich anscheinend selbst in unserm modernen Zeitalter noch nicht den Spruch der Alten von der Beziehung zwischen leiblicher und geistiger Gesundheit zu eigen gemacht, obwohl nach mehrfachen Beobachtungen selbst die Gesunderhaltung unserer ländlichen Jugend nicht mehr wie früher einwandfrei ist. Unverständlich ist, warum nicht von seiten der Aerztevertretungen Schritte unternommen worden sind, damit der Arzt von Amtswegen Sitz und Stimme im Schulvorstand erhält. Sowohl bei Erziehung wie Unterricht ist heutzutage der Arzt unentbehrlich, im besonderen beim Schulanfang. Man vergegenwärtige sich nur folgendes: Beim Eintritt in eine staatliche Anstalt, in einen Beruf usw. wird ärztliche Untersuchung verlangt, beim sechsjährigen Kinde, das beim Schulanfang einem Lebenswechsel unterworfen ist, wie wohl nicht zum zweiten Mal im Leben, hält man dies nicht für nötig. Neben den Seelsorger im Schulvorstand der Vertreter für des Leibes Gesundheit: das ist eine Forderung pädagogisch-hygienischer Kreise.

Behrens-Elmschenhagen.

Patent-Nachrichten.

Patenterteilungen.

30 i. 190487. Verfahren zur Herstellung eines desinfizierend wirkenden Schleifmittels für Rasiermesser. Dr. Friedrich Papst, Halle a. S., und Dr. Fritz Meyer, Hildesheim. 5. 10. 06. P. 18999.

30 d. 191446. Verstellbare federnde Stütze für Plattfüße mit an ihrer inneren Längsseite vorspringendem Lappen. Frankfurter Vertriebsgesellschaft Hermann Wronker & Co. m. b. H., Frankfurt a. M. 5. 8. 06. W. 26134.

30 d. 191487. Verbandsstoff. Fa. Paul Hartmann, Berlin. 26. 2. 05. H. 34804.

30 f. 191209. Biegsame Decke zum Schutz des Körpers gegen die schädlichen Einwirkungen der Röntgenstrahlen. Dr. Wilhelm Balser, Köppelsdorf b. Sonneberg i. Thür. 21. 1. 05. B. 39019.

30 h. 191210. Verfahren zur Herstellung eines aus Calciumsuperoxyd und Calciumkarbonat bestehenden Zahn- und Mundpflegemittels. Ludwig Sensburg, München, Herzog Rudolfstr. 11. 24. 2. 06. S. 22370.

30 h. 191406. Verfahren zur Herstellung im Verdauungskanal leicht löslicher Gelatinekapseln, Gelatineüberzüge u. dgl. Dr. Oskar Gros, Leipzig, Liebigstr. 10. 10. 6. 05. G. 21453.

30 h. 191407. Verfahren zur Herstellung im Verdauungskanal leicht löslicher Gelatinekapseln, Gelatineüberzüge u. dergl.; Zus. z. Pat. 191406. Dr. Oskar Gros, Leipzig, Liebigstr. 10. 27. 2. 07. G. 24445.

30 k. 191360. Vorrichtung zur Erzeugung eines von groben Flüssigkeitsteilchen freien Wassernebels für Inhalationszwecke. Dr. Otto Prelle, Schleswig, Stadtweg 43. 8. 7. 05. P. 17416.

30 a. 190703. Vorrichtung zur Untersuchung des Mageninnern auf optischem Wege. William Gustav Eckstein, New York; Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 28. 4. 06. E. 11664.

30 d. 190704. Binde aus einer gestrickten, mit aufsaugendem Stoff gefüllten Hülle und nicht dehnbarer Einlage. Edward Savage Dix, New York, Vertr.: C. Fehlert, G. Loubier, Fr. Harmsen und A. Büttner, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 21. 1. 06. D. 16646.

30 d. 191080. Nierengürtel. Dr. Siegfried Fackenheim, Cassel, Bahnhofstr. 10. 30. 11. 06. F. 22620.

Vertrauensvoll sei die Beurteilung des aus Meeralgen gewonnenen Nährfettes Fucol jedem deutschen Arzte anheimgestellt. Eine marktschreierische Reklame dafür in den Tagesblättern usw. wird grundsätzlich vermieden. Die Erfolge eigener Versuche mögen überall für Fucol sprechen. Man verordne Orig.-Flaschen à ½ Liter à M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen,** Berlin. **C. A. Ewald,** Berlin. **P. Gerber,** Königsberg. **R. Kobert,** Rostock. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S. **H. Senator,** Berlin.
M. Koeppen, Berlin. **M. Mosse,** Berlin. **H. Rosin,** Berlin. **H. Schlange,** Hannover. **Ad. Schmidt,** Halle a. S. **R. Sommer,** Gießen. **H. Unverricht,** Magdeburg. **O. Vulpius,** Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung**
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 22. März 1908. **Nr. 12.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Aus der Dührssenschen Privatklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten.

Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes.

Von Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin.

(Schluß.)

Ich komme nunmehr zu einer kritischen Betrachtung der Fortsetzung des Rohlffschen Artikels in Nr. 2 dieser Wochenschrift.

Was die Metreuryse zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt anlangt, so ist dieselbe — mittels des Champetierschen Ballons durchgeführt — eine Methode, die an Sicherheit und Schnelligkeit des Erfolges alle die übrigen von Rohlff aufgezählten Methoden bei weitem übertrifft. Daß sie allerdings durch die Hebosteotomie eine Einschränkung erleiden wird, gebe ich Rohlff gerne zu. Es ist aber nicht nötig, sich für die künstliche Frühgeburt zum Zwecke der Dilatation vor Einlegung des Metreurynters einen Bossischen Dilatator anzuschaffen. Hierzu genügen verschiedene, oben schon genannte harmlosere und billigere Instrumente, die der Arzt sowieso schon besitzt, resp. da man ja bei engem Becken Zeit hat, die zwölfstündige Einlegung eines Laminariastifts. In 2 mittlerweile behandelten Fällen von künstlicher Frühgeburt bei einer I- und IIgravida konnte ich den oben empfohlenen $9^1/_2$ cm Ballon sofort einführen. Bei selbsttätigem Zug und sofort einsetzenden Wehen entwickelte sich die Zervix binnen 5 Stunden vollständig. —

Für die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta empfiehlt Rohlff das Accouchement forcé. Es ist dies ein gefährlicher Rat. Daß hier der Ballon unbrauchbar ist, darüber herrscht durchaus keine Einstimmigkeit, wohl aber herrscht Einstimmigkeit darüber, daß das gewaltsame Einbohren mit der Hand ein unrichtiges Verfahren ist. Man muß zunächst bei dem erwähnten Ereignis verschiedene Möglichkeiten unterscheiden:

1. Es handelt sich um eine Mehrgebärende mit totem Kind. Hier ist die Perforation — event. nach vorausgeschickter rapider Ballondilatation der Zervix auf Zweifingerweite — zu machen.

2. Es handelt sich um eine Mehrgebärende mit lebendem Kind. Hier ist die rapide Ballondilatation, wie oben beschrieben, vorzunehmen. Gelingt sie nicht so rasch, wie es das Befinden der Mutter erfordert, so ist der vaginale Kaiserschnitt bei angezogenem Ballon zu machen.

3. Es handelt sich um eine Erstgebärende mit totem Kind. Ist die Zervix erhalten, so dilatiert man sie mit einem kleineren Champetier bis auf Zweifingerweite und perforiert. Ist die Zervix verstrichen, so inzidiert man die vordere und hintere Lippe und perforiert.

4. Es handelt sich um eine Erstgebärende mit lebendem Kind. Ist die Zervix erhalten, so handelt man wie sub 2, ist die Zervix verstrichen, so nehme man vier tiefe Inzisionen oder den oben beschriebenen rudimentären vaginalen Kaiserschnitt vor.

5. Gelingen bei lebendem Kind die beschriebenen Entbindungsmethoden nicht oder sind sie aus äußeren Gründen nicht anzuwenden, so perforiere man, falls die Mutter sich in ernster Lebensgefahr befindet, das lebende Kind, nachdem man die Zervix — und zwar die erhaltene durch den Ballon, die verstrichene durch einen oder zwei Einschnitte — auf Zweifingerweite dilatiert hat. —

Was Rohlff über den Wert und die Notwendigkeit der schleunigen Entbindung bei Eklampsie sagt, ist unzweifelhaft richtig. Er kann das alles in meinen seit 1889 über Eklampsie publizierten zahlreichen Arbeiten*) wiederfinden, durch welche ich im Gegensatz zu der gebräuchlichen medikamentösen Behandlung der Eklampsie die Behandlung der Eklampsie durch sofortige Entleerung des Uterus inauguriert habe. Auch „der Geburtstag einer anerkannt gefahrlosen Methode zur Erzielung einer schnellen Erweiterung einer unvorbereiteten Zervix“ ist schon lange gewesen: es ist dies der 1. April 1895, wo ich den vaginalen Kaiserschnitt — und zwar in der Form der Kolpohysterotomia anterior — wie Bumm diese Art der Ausführung des vaginalen Kaiserschnittes nennt, zuerst publiziert und speziell bei Eklampsie empfohlen habe.

Für die Behandlung der Eklampsie in der Praxis empfehle ich die oben für die vorzeitige Plazentarlösung beschriebenen Methoden — zu ihnen kommt noch als Vorbereitung die Einleitung einer tiefen, aber nur kurzen Narkose, um die Reizwirkung des operativen Eingriffs auszuschalten, die Blasensprengung, um den seitens des Uterus auf die Gefäße und eventuell die Ureteren ausgeübten Druck herabzusetzen, und eine prophylaktische Ergotininjektion zur Vermeidung von Nachgeburtsblutungen. Aderlaß und Infusion sind durch meine Methoden der Schnellentbindung bei Eklampsie schon längst zu Hilfsmaßnahmen herabgedrückt und als solche allerdings modern. Die Infusion ist ferner nicht nur modern, sondern auch nützlich. Einen besonderen Aderlaß vorzunehmen, halte ich bei Anwendung des vaginalen Kaiserschnitts für unnötig. Der hierbei erfolgende Blutverlust ist Aderlaß genug.

---

*) Dieselben beginnen mit dem Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft „Ueber die Bedeutung der Zervix- und Scheidendamminzisionen in der Geburtshilfe“, Berliner klinische Wochenschrift, 1889, Nr. 44, S. 964 — und schließen mit den Aufsätzen „Eklampsie“ und „Vaginaler Kaiserschnitt“ in dem von Winckelschen Handbuch der Geburtshilfe.

Für die Bossische Methode ist also auch bei Eklampsie nach meiner Erfahrung nie eine zu rechtfertigende Indikation vorhanden. Auch Bumm macht bei Eklampsie seit fünf Jahren nur noch den vaginalen Kaiserschnitt (in der Form der Kolpohysterotomia anterior), nachdem er bei der Bossischen Methode gefährliche Zerreißungen beobachtet hatte. Die gegenteilige Behauptung bezüglich Bumms, die Rohlff aufstellt, ist unrichtig.

Wie man heutzutage in Deutschland über die Bossische Methode denkt, spricht ein Sammelreferat von Orgler in der Gynäkologischen Rundschau 1908, Nr. 1, S. 35, treffend aus: „Die puerperalen Verletzungen der Zervix haben neuerdings lebhafteres Interesse auf sich gezogen, nachdem die letzten Jahre gelehrt hatten, daß die dilatierende Methode nach Bossi in erheblichem Bruchteil der Fälle (nach Hammerschlag, Zeitschrift für Geb., LVI, pag. 351 [1905] in $33^{1}/_{3}$%) Zervixrisse im Gefolge habe. Schröder warnt aus diesem Grunde dringend vor der Anwendung des Bossischen Instruments bei nicht eröffnetem Muttermund und erhaltener Zervix; aber auch bei verstrichener Portio will die Bonner Frauenklinik das Instrument nicht mehr anwenden. Wo schon so viele Einrisse und Verletzungen gewandten Geburtshelfern begegnet sind, könne man nicht das Instrument dem praktischen Arzt empfehlen.“

Beide Autoren empfehlen dagegen die Metreuryse und den vaginalen Kaiserschnitt. Ich mache ferner noch Rohlff auf das Kapitel „Erweiterung der weichen Geburtswege durch Kolpeuryse, Dilatatorien und durch Sectio caesarea vaginalis (Dührssen)“ in Frommels Jahresbericht für 1906 aufmerksam. Er wird aus diesem Kapitel ersehen, eine wie geringe Rolle die Bossische Methode gegenüber der Metreuryse und dem vaginalen Kaiserschnitt heutzutage nur noch spielt. —

Als fünfte Indikation für die Anwendung der Bossischen Methode nennt Rohlff Querlage mit vorzeitigem Wasserabfluß und erhaltener Zervix. Hier geht Rohlff von der falschen Voraussetzung aus, daß sich eine verschleppte Querlage sofort nach dem Wasserabfluß ausbildet. Dies ist nach den Untersuchungen von Winter nicht der Fall: Die Ausziehung des unteren Uterinsegments tritt erst nach völliger Erweiterung des Muttermundes ein. Wenn man also auch erst mehrere Stunden nach dem Wasserabfluß zu einer Querlage gerufen wird und die Zervix mangelhaft erweitert findet, so kann man ruhig einen Champetier-Ballon einführen und nach dessen Extraktion oder spontaner Ausstoßung die Wendung und Extraktion machen. Schon in meiner ersten Publikation habe ich über sechs Fälle von Metreuryse bei fehlerhaften Lagen berichtet, in denen sämtliche Mütter und Kinder durch nachfolgende Wendung und Extraktion gerettet wurden. In einem dieser Fälle, gerade bei einer Querlage, „blieb der Metreurynter unter mäßigem selbsttätigen Zug (Befestigung des angespannten Kolpeurynterschlauchs am Bettende) $4^{1}/_{2}$ Stunden liegen, nach welcher Zeit die kräftig einsetzenden Wehen den Muttermund völlig erweitert hatten.“

Bei Fehlgeburten vom vierten bis zum siebenten Monat braucht man in der Tat, wie Rohlff sagt, den Kolpeurynter nicht, sondern kann bei einiger Erweiterung die Dilatation durch die Frucht selbst bewirken. Mit Rücksicht auf die durch Instrumente erzeugten Perforationen des Uterus kann ich indessen das Fassen von Kindesteilen mit Muzeux oder Klemmzangen nur gutheißen, wenn es unter Leitung des Fingers geschehen kann. Ist erst ein Teil der Frucht aus dem Uterus herausgezogen, so wird man mit den Faßinstrumenten, die man gerade zur Verfügung hat — noch besser wie die von Rohlff empfohlenen Muzeux sind die Doyenschen Hakenzangen — immer höhere Partien der Frucht unter Leitung des Auges fassen können.

Ist bei Fehlgeburten vom vierten bis zum siebenten Monat der Zervikalkanal noch geschlossen, das Wasser aber abgeflossen oder nur die Frucht ausgestoßen, so stopfe man, wie ich das seit 1887 empfohlen habe, den Uteruskörper, und nicht etwa, wie fehlerhafterweise vielfach empfohlen wird, nur den Zervikalkanal fest mit Jodoformgaze aus. Man verbraucht hierzu einen der 5 m langen Jodoformgazestreifen, wie sie sich in der von mir angegebenen Büchse Nr. 2 befinden. Die Scheide muß dann noch mit der gleichfalls in der Büchse befindlichen Salizylwatte fest ausgestopft werden. Eine etwa vorhandene Blutung wird hierdurch mit Sicherheit gestillt. Alsbald treten denn auch Wehen auf, welche in der großen Mehrzahl aller Fälle binnen 24 Stunden den ganzen Uterusinhalt austreiben oder den Zervikalkanal so erweitern, daß der Uterus bequem entleert werden kann. Erscheint wegen Fiebers eine raschere Entleerung des Uterus angezeigt, so lege man nach vollendeter Uterustamponade noch einen Laminariastift in die Zervix und entleere dann den Uterus bereits nach zwölf Stunden. Ist hierzu die Zervix noch nicht genügend dilatiert, so kommt in dringenden Fällen, bei stattgehabter septischer Infektion, der vaginale Kaiserschnitt in Betracht. In ganz dringenden Fällen wird man diesen sofort, ohne erst eine anderweitige, zeitraubendere Dilatation zu versuchen, ausführen. —

Was die Behandlung der Plazenta prävia mit Metreuryse anbelangt, so hat Mäurer in seinem einen Fall den Kolpeurynter nur zur Dilatation der Zervix und zum Zweck der raschen Entbindung gebraucht — ich dagegen empfahl die Metreuryse in erster Linie zum Zweck der Blutstillung. Infolgedessen mußte ich auch die Technik anders gestalten und die von Mäurer und neuerdings von Mende empfohlene Einlegung des Ballons zwischen Plazenta und Uteruswand verwerfen. Der in dieser Weise eingeführte Ballon stillt zwar die Blutung aus der früheren Haftstelle des abgelösten Plazentarlappens, er verhindert jedoch nicht die weitere Ablösung der Plazenta, ja begünstigt sie vielleicht sogar durch den von ihm ausgeübten Druck, der die Plazenta nach innen, die Plazentarstelle nach außen drängt. Die weitere Ablösung der Plazenta mit ihren Gefahren, nämlich der Eröffnung neuer Gefäße und der weiteren Beschränkung der Sauerstoffzufuhr zum Kinde, kann man nur durch die Blasensprengung verhüten und dann die Blutstillung aus der früheren Haftstelle des abgelösten Plazentarlappens nur dadurch erzielen, daß man den Ballon über die Plazenta in die Höhe führt, ihn füllt und an seinen Schlauch einen mäßigen selbsttätigen Zug anbringt. Hierdurch wird der abgelöste Plazentarlappen fest gegen seine frühere Haftstelle gepreßt und stillt hierdurch jede weitere Blutung. Der Ballon wirkt hier genau so wie der durch Wendung auf den Fuß in das untere Uterinsegment hineingezogene Steiß. Küstner*) bemerkt hierüber folgendes:

„Die durch die kombinierte Wendung erzielten Fortschritte sind dem richtigen Prinzipe zu danken, bei Plazenta prävia nicht von unten, sondern von oben zu tamponieren. Folge der Beobachtung dieses Prinzips: Aufhören der Blutung und Beginn der Wehentätigkeit. Eine vollendetere technologische Ausgestaltung hat dieses Prinzip in der Mäurer-Dührssenschen Tamponade erfahren. Diese findet in den noch besseren Resultaten ihren Ausdruck.“

Mit der Mäurer-Dührssenschen Tamponade meint Küstner die Druckwirkung des Ballons gegen die Innenfläche der Plazenta. Diese hat Mäurer jedoch in seinem einzigen Fall nicht geübt, sondern sie ist von mir zuerst unter Hervorhebung ihrer prinzipiellen Verschiedenheit und Bedeutung ausgeführt und empfohlen worden.

Hält man sich an meine Vorschriften, so sind die Resultate, wie das zahlreiche Berichte beweisen, sehr gute. Die Blutstillung läßt sich gleich gut mit dem Braunschen Ballon wie mit dem Champetier erzielen, für eine raschere und vollständigere Dilatation ist jedoch letzterer mehr zu empfehlen. Daß der Ballon beim Aufspritzen reißt, ist bei dem von Müller verbesserten Champetier ausgeschlossen, daß seine richtige Benutzung die Blasensprengung voraussetzt, ist gerade ein Vorteil, weil hierdurch die weitere Ablösung der Plazenta aufhört — daß er den Kopf beiseite drängt, erleichtert ja sogar die spätere Wendung, daß er Uterusruptur macht, ist wegen der vorausgeschickten Blasensprengung unmöglich. So bleibt nur der schädliche Druck des Ballons auf die Nabelschnur oder auf die Plazenta selbst. Es ist ja möglich, daß ein solcher gelegentlich einmal stattfindet, dann muß man eben in Gottes Namen das Kind absterben lassen, wenn eine schonende Extraktion des Ballons und nachfolgende Wendung und Extraktion noch nicht möglich ist. Immerhin ist es statistisch nachgewiesen, daß die Metreuryse von allen Methoden die geringste Kindermortalität aufweist. Diesen Nachweis hatte ich bereits auf Grund meiner ersten Fälle führen können.

---

*) Verhandlungen der Deutschen Ges. f. Gyn. zu Leipzig, 1897.

Rohlff übersieht bei seiner Kritik der Metreuryse, speziell bei Plazenta prävia, ganz, daß über die Wirksamkeit der Metreuryse bereits eine große Literatur existiert. So sagt Schatz*) in seinem Referat über Plazenta prävia: „Die intrauterine Kolpeuryse nach Sprengung der Blase mit leichtem elastischen Zug am Kolpeurynterschlauch nach Dührssen scheint, wenn auch in etwas anderer Form, den Kolpeurynter seiner ursprünglichen Bestimmung mit Erfolg wiederzugeben. Sie ahmt den zweckmäßigen Teil des Braxton-Hicksschen Verfahrens durch Blasensprengen, Anziehen eines größeren konischen oder kugeligen Körpers auf das Os int. zur allmählichen Erweiterung desselben und zur dauernden Kompression der geöffneten Uterusgefäße in glücklicher Weise nach und vermeidet die schädlichen Wirkungen solcher langsamen Erweiterung durch den Körper des Kindes, welche dieses so oft mit dem Leben bezahlen muß.... Die Gefahren der Behandlung treffen nur das Kind, sind geringer als bei dem Braxton-Hicksschen Verfahren, während die Mutter wenigstens ebensogute Berücksichtigung findet wie bei diesem. Jedenfalls darf, wie Dührssen ganz richtig hervorhebt, der Zug am Schlauch nicht fehlen, aber auch nicht größer sein, als daß er die Blutung nur eben stillt und Wehen anregt. Die Erweiterung des Kollum wird bei gleicher Füllung des Ballons um so vollkommener werden, je geringer der Zug ist."

Küstner sagt in der Diskussion des Referats noch folgendes: „Es braucht nicht bewiesen zu werden, daß für die Mutter diese Methode nicht gefährlicher ist, als die Braxton-Hickssche Wendung. Weder besteht größere Infektionsgefahr noch größere Verletzungsmöglichkeit. Für das Kind ist diese Methode ungleich gefahrloser als die Braxton-Hickssche Wendung, was Sie daraus entnehmen können, daß von 17 noch zur Zeit der Hystereuryse lebenden Kindern 11 lebend und lebensfrisch geboren sind, also 65 %. Es ist zweifellos, daß von den 6 gestorbenen Kindern auch noch ein Bruchteil hätte gerettet werden können, wenn die Hystereuryse hätte früher in Anwendung gezogen werden können, in einer Zeit, als noch nicht eine umfängliche Plazentatrennung stattgefunden hatte."

Während Zweifel die vom Verf. angegebenen Methoden der blutigen und mechanischen Dilatation bei Eklampsie warm empfiehlt, will er bei Plazenta prävia weder von dem vaginalen Kaiserschnitt noch von der Metreuryse etwas wissen. Bezüglich letzterer sagt er folgendes: „Von dem Einlegen der Metreurynterblasen haben wir weder in bezug auf sichere Blutstillung noch auf rasche Erweiterung des Muttermundes einen Nutzen gesehen, und möchte ich statt weiterer Ausführungen auf die einzelnen von Beckmann**) (S. 18) geschilderten Mißerfolge hinweisen. Sicher sind die Gummiblasen ganz untauglich bei der Plazenta prävia zentralis."

Prüfen wir nun aber die von Beckmann mitgeteilten drei Fälle von erfolgloser Metreuryse, so ergibt sich, daß in denselben nicht nach meinen Vorschriften verfahren ist. In zwei der Fälle ist nämlich eine Tarniersche Blase eingelegt, welche bekanntlich nur 50 g Wasser faßt und daher zur Kompression einer größeren Fläche ganz untauglich ist, ferner ist in beiden Fällen die Blase nicht gesprengt, die Blase also fehlerhafterweise zwischen den abgelösten Plazentarlappen und der früheren Haftstelle eingelegt worden. In dem dritten Fall wurde zwar ein Kolpeurynter verwandt, aber auch die Blase nicht gesprengt, was auch bei Plazenta prävia zentralis — schlimmstenfalls unter Durchbohrung der Plazenta — gemacht werden muß.

Beckmann berichtet über 38 Fälle von Metreuryse bei Plazenta prävia aus der Zweifelschen Klinik und rühmt ihre prompt und rasch wehenerregende Wirkung, doch moniert er, daß in 6 Fällen nach der Einführung die Blutung zwar zunächst stand, dann aber wieder auftrat. Trotzdem hält er sie von ganz unschätzbarem Wert als vorbereitende Methode für die kombinierte Wendung: „Vermag sie auch die Blutung in nicht gerade idealer Weise zu beherrschen, so vermag sie doch in der Regel dieselbe so einzuschränken, daß die momentane Gefahr beseitigt ist."

Nun, die Metreuryse vermag auch in idealer Weise die Blutung zu beherrschen, falls man sie nur nach meinen Vorschriften mit mäßigem selbsttätigen Zug verbindet. Auch nach der kombinierten Wendung tritt bekanntlich manchmal noch eine Blutung auf, die aber steht, sobald man den Fuß etwas anzieht, so daß der Steiß besser tamponiert. Dieselbe Verstärkung der tamponierenden Wirkung des Ballons erhält man, wenn man an ihm einen geringen Zug ausübt.

Beckmann moniert ferner die nach spontaner Ausstoßung des Ballons auftretende starke Blutung. Nun, auch diese läßt sich vermeiden, wenn man die Kreißende genau beobachtet, bei Eintritt von Preßwehen sich für die innere Wendung vorbereitet und nun durch Zug am Ballon feststellt, ob er dem Zuge folgt. Ist dies der Fall, so extrahiert man ihn — wobei man ihn zur schnelleren Durchführung durch die Scheide entleeren kann — und macht sofort die innere Wendung, falls nicht etwa schon der Kopf fest ins Becken getreten ist. In diesem Fall wartet man ruhig ab.

Ausgezeichnete Resultate mit dem Champetierschen Ballon bei schweren Fällen berichtet R. Freund*) aus der Hallenser Klinik und Poliklinik. Die Metreuryse ergab in acht Fällen mit nachfolgender spontaner Geburt 77,8 %, in fünfzehn Fällen mit nachfolgender innerer Wendung 80 % lebende Kinder. Dabei starb nur eine Mutter dieser letzten Kategorie (Zervixriß), während unter 32 Fällen von kombinierter Wendung 70 % der Kinder und fünf Mütter starben, zwei mit Zervixriß.

Was den einen Todesfall nach Metreuryse und Wendung anlangt, bei dem sich ein Zervixriß fand, so ist hierzu zu bemerken, daß bei der Metreuryse ein Zervixriß mit Sicherheit vermieden werden kann, wenn man den Ballon nicht mit Gewalt extrahiert. Ist derselbe nach vier Stunden nicht leicht zu extrahieren, so entleere und extrahiere man ihn, mache die kombinierte oder innere Wendung und warte ruhig ab, falls der Muttermund nicht völlig erweitert ist.

In dem erwähnten Artikel beschäftigt sich Freund auch mit dem Aufsatz von Zweifel und empfiehlt im Gegensatz zu Zweifel den vaginalen Kaiserschnitt als prophylaktische Operation bei beginnender Blutung und rigider Zervix, wie Dührssen sie zuerst ausgeführt hat. Dagegen verwirft er die Zweifelsche Dauertamponade.

Da Zweifel für die Scheidentamponade mit dem Kolpeurynter Anstaltsbehandlung fordert, so fällt diese Methode für den praktischen Arzt von vornherein weg. Für diesen bleibt bei Uterusblutung in der Schwangerschaft und geschlossener und rigider Zervix die Scheidentamponade die souveräne Methode. Nur ist hierbei ein keimfreies und antiseptisches Material von nöten. Die Kliniker klagen einstimmig darüber, daß ihnen infolge Tamponade mit keimhaltigen Verbandstoffen die Fälle von Plazenta prävia so häufig infiziert zugehen. Dabei ist eine tadellose Tamponade doch so einfach zu machen, wenn der Arzt eine Dührssen-Büchse Nr. 1 und eine Büchse Nr. 2 mit sich führt, wie sie sogar in ausländischen Lehrbüchern als notwendiges Inventarstück der geburtshilflichen Tasche verlangt werden!

---

*) Verh. d. D. Ges. f. Gyn. zu Leipzig, 1897.

**) Diss. Leipzig, 1902.

*) Ueber Plazenta prävia. Deutsche med. W. 1908, Nr. 4. Referat diese Nummer, S. 194.

Um zu resümieren, so ist es erwiesen, daß die von dem Verf. empfohlene Art der Metreuryse — mit vorausgeschickter Blasensprengung, Einführung des Ballons in die eröffnete Eihöhle und nachfolgendem selbsttätigen Zug — die Blutung bei Plazenta prävia sicher stillt, prompt Wehen erzeugt, die eventuell nötige Wendung und Extraktion zu einer leichten und gefahrlosen Operation macht, welche die Entstehung von Zervixrissen ausschließt, und einen normalen Ablauf der Nachgeburtsperiode begünstigt. Demgemäß ist bei ihrer Anwendung die Mortalität der Mutter ebenso gering oder noch geringer als bei der kombinierten Wendung, und die Mortalität der Kinder halb so groß wie bei der kombinierten Wendung.

Dabei hat die Methode noch den Vorteil, daß sie das mildere Verfahren der Blasensprengung nicht ausschließt. Sie beginnt ja mit der Blasensprengung: hört danach die Blutung auf, so ist die Metreuryse nicht nötig.

Die von Rohlff empfohlene Wendung ohne vorausgeschickte Metreuryse, und zwar sowohl die kombinierte als auch die innere Wendung, geben also schlechtere Resultate als die Metreuryse. Gegen die kombinierte Wendung ist ferner der Einwand zu erheben, daß der Praktiker mit ihr vielfach nicht fertig wird, und gegen die innere Wendung, daß auch sie schon (und nicht ausschließlich die nachfolgende Extraktion) bei mangelhaft erweiterter Zervix einen letalen Zervixriß erzeugen kann! —

Zu den Schlußbemerkungen von Rohlff in Nr. 5 dieser Wochenschrift habe ich nur wenig hinzuzufügen bezw. nur einige Punkte noch einmal zu wiederholen. Rohlff macht hier selbst auf die Zweifelsche Konservierung des Ballons in Glyzerin aufmerksam. In einem kleinen Präparatenglas kann man zwei der oben beschriebenen Ballons unterbringen und dieses Glas seiner geburtshilflichen Tasche einverleiben. Es wiegt bedeutend weniger und nimmt weniger Platz fort als das Bossische Instrument. Nimmt man ferner Sublimatglyzerin, so ist der Ballon sofort gebrauchsfertig, seine Einführung und Füllung — auch ohne Assistenz der Hebamme — schneller zu bewirken als eine Wendung. In solchen Fällen muß man den Ballon, eventuell ohne Anhaken der Portio, unter Leitung von Zeige- und Mittelfinger der linken Hand, mit meiner Tamponadepinzette durch die Zervix durchführen und nun irgendeine Person beauftragen, das Schlauchende des Ballons über das Glasrohr des gefüllten Irrigators zu ziehen. Diese Person wird auch, wenn man ohne Fixation der Zervix nicht fertig wird, die Zange halten können, die der Operateur selbst nach beendeter Füllung abnimmt.

Sieht man sich in der geschilderten Weise vor, so fallen eine Reihe von Einwänden fort, welche Rohlff gegen die Metreuryse erhebt, und kein sowohl in der Handhabung der Metreuryse wie der kombinierten Wendung bewanderter Arzt wird sich der Einsicht verschließen, daß die Metreuryse den Vorzug vor der kombinierten Wendung oder einer forzierten inneren Wendung verdient. Eine Schwierigkeit der kombinierten Wendung, die „nicht in der Einbildung“ besteht, liegt darin, daß man bei manchen empfindlichen oder ängstlichen Kreißenden den äußeren Druck ohne Zuhilfenahme der Narkose nicht so ausgiebig verwenden kann, wie es zum Gelingen der kombinierten Wendung nötig ist. Zur Metreuryse braucht man jedoch keine Narkose.

Wenn Rohlff die Verfasser von Lehrbüchern tadelt, daß sie dem Anfänger über die kombinierte Wendung keine genügenden Vorschriften geben, so bemerke ich, daß ich in allen Auflagen meines geburtshilflichen Vademecum die drei Regeln von Rohlff vorgetragen habe. Sie lauten:

1. Keine nachfolgende Extraktion, bevor der Muttermund völlig erweitert ist.

2. Zweckentsprechender Gebrauch der beiden Hände. Ich glaube, daß ich sogar zuerst die Benutzung der Symphyse als Gegenstütze empfohlen habe und zwar schon 1890, in der ersten Auflage meines Vademecum, wo ich S. 142 sage: „Um mit einem Finger den Fuß durch den Muttermund hindurchzuziehen, drücke man den Fuß mitsamt dem unteren Uterinsegment gegen die Symphyse an. An dieser gewinnt man so einen Stützpunkt, welcher einem den zweiten Finger ersetzt. Versteht man es nur, die äußere Hand ausgiebig zu gebrauchen, so gelingt einem die kombinierte Wendung auch noch lange Zeit nach dem Blasensprung.“

3. Frühe Anwendung der von mir angegebenen Uterustamponade in dringlichen Fällen.

Zu den von Rohlff berichteten Fällen erlaube ich mir folgende Bemerkungen:

Zu Fall 1. Da die Frau bei der Untersuchung starb, so konnte ihr natürlich keine Therapie, einerlei ob Wendung oder Metreuryse, mehr helfen. Dieser Fall scheidet also für die Beurteilung der konkurrierenden Methoden aus.

Zu Fall 2. Hier vermisse ich die Angabe, bei welcher Weite des Muttermundes gewendet ist. Sollte hier nicht vielleicht durch eine innere Wendung bei nicht völlig erweitertem Muttermund ein Zervixriß entstanden sein?

Fall 3 ist anscheinend ein solcher, wo jede Therapie zu spät kam, weil die Kreißende eben schon zu viel Blut verloren hatte.

In Fall 4 konnte die eingeschlagene Therapie, Wendung in Beckenhochlage, zum sofortigen Tod an Luftembolie führen. Die Ohnmacht der Frau schloß doch die schnelle Anwendung der Metreuryse nicht aus. Vielmehr war diese mehr zu empfehlen, als eine etwa an die Wendung sofort angeschlossene Extraktion. Denn das ist sicher, daß es bei Plazenta prävia besser ist, wenn nach dem ersten blutstillenden Eingriff des Arztes — mag derselbe nun in Metreuryse oder Wendung bestehen — einige Stunden bis zur Entleerung des Uterus verstreichen, in denen man durch Analeptika und Salzwasserinfusion die Herztätigkeit so heben kann, daß die Pat. den unvermeidlichen Blutverlust der Nachgeburtszeit glücklich überwindet.

Der Fall mit fortdauernder geringer Blutung in der 34. Schwangerschaftswoche, in welchem die Mutter ein lebendes Kind wünschte, hätte sich gut für eine klinische Behandlung geeignet — und zwar für eine Dauertamponade nach Zweifel und eventuell für die spätere Vornahme des vaginalen Kaiserschnitts.

Die von Rohlff mitgeteilten Fälle beweisen nichts für die Vorzüge der von ihm empfohlenen Methoden, da sie zu unvollständig berichtet sind. Es fehlen z. B. die Angaben, bei welcher Weite des Muttermundes und wie gewendet, und ob und wie oft an die Wendung die Extraktion sofort angeschlossen ist. Auch das Schicksal der Kinder darf in einer solchen Statistik nicht unberücksichtigt bleiben. Jedenfalls ist eine Statistik mit 5 mütterlichen Todesfällen unter 14 Fällen von Plazenta prävia (35%) nicht sehr ermutigend, wenngleich natürlich die späte Möglichkeit der ärztlichen Hilfe bei den Fällen der Landpraxis eine Rolle spielt. Die Einwände von Rohlff gegen eine zu Gunsten der Metreuryse schönfärberisch gehaltene Statistik treffen nicht alle Statistiken, z. B. nicht die oben zitierte, von Freund gegebene Statistik. Auch der Verf. hat in seinem Vademecum stets die Erfolge angegeben, die er mit den verschiedenen Methoden gehabt hat.

Die drei Schlußsätze von Rohlff über die Behandlung der Plazenta prävia würde ich nach meinen Anschauungen folgendermaßen umgestalten:

1. Bei mäßiger Blutung in der Schwangerschaft und geschlossener Zervix ist unter klinischen Verhältnissen die Erreichung des normalen Schwangerschaftsendes mittels anti- und aseptischer Tamponade der Scheide anzustreben.

2. Bei starker Blutung in der Schwangerschaft und geschlossener Zervix ist die Metreuryse (nach vorausgeschickter mäßiger Dilatation und Blasensprengung) und unter klinischen Verhältnissen event. der vaginale Kaiserschnitt indiziert.

3. Unter der Geburt ist die innere Wendung, der sich bei leidlichem Puls die Extraktion gleich anschließen kann, nur bei völlig erweitertem Muttermund zu machen. In allen anderen Fällen ist der leichteren Ausführbarkeit und der besseren Prognose für das Kind halber die Metreuryse der kombinierten Wendung vorzuziehen. Steht die Blutung schon nach der der Metreuryse stets vorauszuschickenden Blasensprengung, so ist nur eine Beobachtung des weiteren Geburtsverlaufs und die Hebung der Kräfte der Kreißenden notwendig.

Beitrag zur Nukleogenbehandlung.

Von Dr. med. et phil. **A. Kaufmann,** Bad Wildungen.

Die drei hervorragendsten Tonika Eisen, Phosphor, Arsen haben bis heute ihren Platz gegenüber den hydrotherapeutischen Verfahren in allen den Fällen bewahrt, in welchen man eine Verbesserung der Blutbeschaffenheit anstrebt. Wie man es sich auch vorstellt, auf welche Weise die unter dem Gebrauch der genannten Medikamente beobachtete Hämoglobinsteigerung und Vermehrung der Erythrozytenzahl zustande kommt, ob dieselben einen Reiz auf die hämatopoëtischen Zellen des Knochenmarks ausüben, ob das mangelnde Bluteisen direkt durch das medikamentöse Eisen ersetzt wird, für die Praxis interessiert zumeist der mit jenen Medikamenten durch die tägliche Erfahrung über allen Zweifel gestellte Erfolg bei den mit einer Anomalie der Blutbeschaffenheit einhergehenden Krankheiten. Zweifellos aber ist es, daß auch die hydriatischen Prozeduren, speziell Schwitzbäder, in Fällen primärer oder einfach sekundärer Anämie erregend auf das krankhaft daniederliegende Keimungsvermögen der blutbildenden Organe einwirken. Winternitz hat an Menschen, Rovighi an Tieren den Beweis erbracht, daß kurze kräftige mechan. und thermische Reize, wenn diese von einer entsprechenden Reaktion gefolgt sind, eine bedeutende Vermehrung der roten Blutkörperchen und des spez. Gewichtes des Blutes bewirken. (Buxbaum, Lehrb. d. Hydroth. Leipzig 1903, p. 240.) Scholz*), Schubert**), Könne***), Traugott†) haben mit Nutzen Schwitzkuren, auch Aderlässe zur Behandlung der Chlorose angewendet.

Doch sprechen sich manche Autoren mehr skeptisch diesem Verfahren gegenüber aus. So gibt Glax††) an, daß er mit v. Noorden†††) einer Ansicht sei, der die günstigen Erfolge der Wasserprozeduren bei Anämie mehr in einer Entwässerung der Gewebe sucht. Krebs und Meyer*†) kommen auf Grund ihrer Erfahrungen zu der Ansicht, daß die therapeutischen Erfolge der Schwitzkuren jedenfalls nicht auf Rechnung irgendwelcher qualitativen und quantitativen Veränderungen des Blutes zu setzen seien, sondern vielmehr auf einer Beeinflussung der Gewebe selbst bezw. der Zirkulationsverhältnisse beruhen. Schmidt**†) gelangt zu dem Schlusse, daß der Blutbefund bei derartig behandelten Kranken nicht wesentlich gebessert worden sei, und Matthes***†) faßt sein Urteil über hydriatische Prozeduren und Eisenmedikation dahin zusammen, „daß der günstige Einfluß der Eisenmedikation auf die Chlorose so über allen Zweifel klinisch gesichert sei, daß er es unter allen Umständen für einen Fehler halten müßte, einer Bleichsüchtigen das Eisen vorzuenthalten". Fälle, die sich gegen Eisen refraktär verhalten, sind, wie Romberg (Berl. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 25) mit Recht angibt, bei richtiger Medikation äußerst selten. Wendel*) negiert ebenfalls den Wert der Schwitzprozeduren. Dieselben erwiesen sich nur in Fällen, die schon vorher mit Eisen behandelt waren, insofern als nützlich, als sie die vorhandenen Eisendepots mobilisierten und so zur Umwandlung von Reserveeisen in zirkulierendes Eisen und weiterhin in Organeisen beitrügen.

Man wird, so lange nicht weitere Erfahrungen gesammelt sind, nach alledem wohl die altbewährte medikamentöse Therapie beibehalten müssen. Einzig und allein die Frage, ob unorganische oder organische Eisenpräparate vorzuziehen seien, wird den Praktiker beschäftigen. Die Stellung, welche Bunge einnahm, der nur die Resorption des organischen Eisens zugab, diejenige des anorganischen leugnete, die späteren Untersuchungen von Hochhaus und Quincke, die den direkten Nachweis der Resorbierbarkeit auch des anorganischen Eisens durch das Tierexperiment erbrachten, die positive Stellung, welche Cloetta**), Müller und späterhin auch Abderhalden***) zu der Frage der Resorption auch des anorganischen Eisens einnehmen, sind bekannt (cf. darüber Cloetta: Ueber die Eisentherapie aus: „Die Therapie", St. Petersburg, Nr. 8, August 1904). Wenn bei der Auswahl der Eisenmedikation trotzdem ein Unterschied zumeist zu Gunsten der organischen Verbindungen gemacht wird, so hat das zumeist seinen Grund in der besseren Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit derselben, die um so größer ist, je höherwertig das Eiweißmolekul als Träger des Fe. zusammengesetzt ist und ferner in dem Umstand, daß dieselben geringere Reizerscheinungen in der Magendarmschleimhaut verursachen. Bemerkenswert ist das Resultat, zu welchem Oerum†) auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen gelangt, wonach nur organisches Eisen zur Hämoglobinbildung beitrüge, anorganisches die Blutbildung zwar stimuliere, aber nicht direkt Hämoglobin schaffe.

Während die Eisenzufuhr mehr der Kausaltherapie bei der Anämie entspricht, wirkt der Phosphor vielleicht mehr als ein Reizmittel für das krankhaft daniederliegende Keimungsvermögen der blutbildenden Organe. Wohl möglich, daß der Phosphor, der ja in besonderem Maße an dem Protoplasmastoffwechsel beteiligt ist, die Regenerationsvorgänge im Blute beschleunigt. Es ist zwar nicht sicher, ob anorganische oder organische Phosphorverbindungen mehr am Aufbau der Zelle beteiligt sind. Von einer komplizierten arganischen Phosphorverbindung, den Nukleinsäuren, steht es jedoch nach Kossel††) fest, daß sie „als typische Bestandteile des Zellkerns in enger Beziehung zu den synthetischen Prozessen des Tierkörpers stehen. Und zwar verhält es sich nach Schittenhelm†††) so, daß die mit der Nahrung zugeführten Nukleine vom Magensafte in keiner Weise verändert werden; erst im Darme wird die Nukleinsäure resorbiert. Ein Teil der Nahrungsnukleinsäure wird schon in der Darmwand bis zu niederen Stoffwechselprodukten (Harnstoff, Harnsäure etc) abgebaut, ein Teil wird, wie Abderhalden*†) betonte, vom Körper zum Aufbau ihrer eigenen Zellnukleine soweit wie möglich benutzt.

---

*) Behandlung der Bleichsucht mit Aderlässen und Schwitzbädern. Leipzig 1889.

**) 14. Versammlung der balneolog. Gesellsch. Berlin 1892.

***) Therap. Monatshefte 1895, Nr. 1.

†) Rev. int. de Thér. et Pharm. 25. Nov. 1893.

††) Lehrb. d. Balneotherapie. Stuttg. 1900, p. 70.

†††) Nothnagel: Spez. Path. u. Ther. VIII, II. Teil 1897.

*†) Zeitschr. f. diät.-phys. Ther. 6. Bd. 1903, p. 371 (aus der hydrotherap. Anstalt Berlin).

**†) Kieler: Inaug.-Diss. Hamburg 1896.

***†) Lehrb. d. klin. Hydroth. (Jena 1900), p. 261.

*) Deutsch. Arch. f. klin. Medizin. 90, 107, p. 52.

**) Arch. f. exper. Path. u. Pharm. Bd. 38, S. 170.

***) Zeitschr. f. Biologie. Bd. 39, 1900.

†) Zeitschr. f. exper. Pathol. u. Ther. III. Bd.

††) Berichte der deutschen chem. Gesellschaft. Bd. II, Berlin 1894, p. 2215 ff.

†††) Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 89. Bd. XIV, p. 270. Leipzig 1907.

*†) Lehrb. d. physiol. Chemie. Berlin 1906.

Daß die in der Zelle vorhandenen Eiweißkörper mit angelagerten Atomkomplexen, Proteide (Hoppe-Seyler) genannt, in denselben wirksame Stoffe für die Lebensfunktion enthalten, war seit lange bekannt; und eben ein Hauptvertreter dieser Gruppe sind die Nukleine, welche am Eiweißkörper Nukleinsäuren (phosphor- und stickstoffhaltige Atomkomplexe) angelagert enthalten. Bunge bediente sich zuerst der Nukleine zur Herstellung seines Hämatogen. Durch Einwirkung von Magensaft gewann er aus dem Nukleoalbumin des Hühnereidotters ein eisenhaltiges Nuklein (Hämatogen), dessen Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit von Socin außer Frage gestellt ist. Auf ähnlichen Prinzipien beruht die Herstellung des Ferratogen, eines Eisennuklein, welches in der Weise hergestellt wird, daß man Hefe auf eisenhaltigen Nährböden kultiviert, und von dem Cloetta durch Verdauungsversuche nachgewiesen hat, daß es im Magen unlöslich ist, eine Eigenschaft, die sich schon aus der Art und der Herstellung ergibt. Die Eigentümlichkeit dieser und ähnlicher Präparate, daß sie den Magen unverändert passieren, räumt ihnen eine bemerkenswerte Sonderstellung gegenüber anderen Eisenpräparaten ein und erhöht zweifellos ihren Wert.

Zu dieser Gruppe gehört auch das von dem chem. Laborat. Rosenberg in Berlin in den Handel gebrachte Nukleogen, welches ein hochwertiges nukleinsaures Eisensalz darstellt, das über 9% organisch gebundenen Phosphor und bis zu 15% Eisen enthält, während das von Bunge zuerst dargestellte nukleinsaure Eisen, Hämatogen, nur 5% Phosphor und 0,3% Eisen aufwies. Das Präparat enthält ferner Arsen, welches mittels neuerer chemischer Prozeduren bis zu 5% in das Nukleinsäuremolekül eingeführt sein soll. A priori läßt sich von einem derartigen Präparat, das diese geschätzten Roborantien Eisen, Phosphor, Arsen in organischer Bindung enthält, das den Magen, wie das für die Nukleinsäuren überhaupt von Schittenhelm (l. c.) nachgewiesen, unverändert passieren wird und erst der Darmverdauung anheimfällt, das ferner seiner Art und Darstellung nach leicht resorbier- und assimilierbar sein muß, sagen, daß es voraussichtlich gute Dienste bei allen den Zuständen leisten wird, bei denen Phosphor, Eisen und Arsen überhaupt therapeutisch in Frage kommen. Ein bevorzugter Platz müßte dem Nukleogen aber unter ähnlichen Präparaten eben durch den Umstand zukommen, daß es Arsen*) in organischer Bildung enthält.

Diese theoretische Voraussetzung wird durch die Erfahrung bestätigt. Die zur Zeit vorliegende Literatur über Nukleogen**) berichtet über bemerkenswerte Erfolge (Steigerung des Hb.-Gehalts, Vermehrung der roten Blutkörperchen, Besserung des Appetits, des Allgemeinbefindens und des Kräftezustands) bei primärer Anämie und sekundären Erschöpfungszuständen, bei Chlorose, Skrofulose usf.

Ich habe im Verlaufe eines Jahres das Präparat in 20 Fällen verordnet und zwar als roborierendes Adjuvans zur Ergänzung der Bade- und Trinkkur und der lokalen urologischen Behandlung. Es handelte sich in 8 Fällen um sexuelle Neurasthenie mit mehr weniger ausgesprochenen Cerebrospinal-Symptomen, in 9 Fällen um Prostatahypertrophie im primären prämonitorischen Stadium ohne Residualharn, in 2 Fällen um Enuresis nocturna bei einem jungen 18jährigen anämischen und neurasthenischen Manne und bei einem 6jährigen skrofulösen Knaben und um einen Fall von Blasentuberkulose bei einem 32jährigen Kaufmann, bei dem auch eine fortgeschrittene Affektion beider Lungenspitzen und des rechten oberen Pulmonallappens festzustellen war.

Von Blutuntersuchungen konnte ich absehen, da bei einer konstatierten Aufbesserung des Blutes es nicht zu eruieren gewesen wäre, inwieweit man dieselbe auf Rechnung des Badeaufenthaltes, der lokalen Behandlung oder des eingeführten Medikamentes zu setzen gehabt hätte. Im übrigen ergibt sich die von den oben angeführten Autoren nachgewiesene Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehalts fast als eine klinische Notwendigkeit aus der Zusammensetzung des Präparates. Für mich kam es in erster Linie darauf an, ob das vorliegende Präparat gern genommen und gut vertragen wird, ob es keinerlei gastrointestinale Reiz- und sonstige Nebenerscheinungen machte.

Elsner (Ther. d. Gegenw. Juni 1905) hatte über die Indikation und Kontraindikation bei der Anwendung von Eisenpräparaten angegeben, daß zwar dyspeptische Erscheinungen an sich keine Kontraindikation gegen die Anwendung von Eisenpräparaten bildeten, daß aber bei Steigerung der dyspeptischen Beschwerden nach Eisengebrauch dasselbe kontraindiziert sei. Es ist nun bemerkenswert, daß in 4 Fällen bei der sexuellen Neurasthenie und in 2 Fällen bei der Prostatahypertrophie tatsächlich Appetitlosigkeit und starke dyspeptische Beschwerden bestanden, die sich jedoch bei Gebrauch des Nukleogen nicht allein nicht verschlimmerten, sondern in wenigen Tagen vollständig hoben. In allen mit Nucleogen behandelten Fällen trat eine auffallend rasche Appetitsteigerung wie nur bei Gebrauch der besten Stomachika auf, die nach 4—6 wöchigem Verlauf der Badekur auch zu einer dementsprechenden Vermehrung des Körpergewichts führte. Bei den nicht mit Nukleogen behandelten Fällen trat eine derartige auffallende Appetitsteigerung nicht in die Erscheinung. Mit dieser Appetitsteigerung nahm auch das subjektive Kräftegefühl und das Wohlbefinden zu, wenn auch an den lokalen Symptomen durch Nukleogengebrauch an sich keine Aenderung eintreten mochte. Der in allen Fällen regelmäßig 1—2 mal wöchentlich kontrollierte Urin zeigte keinerlei Abweichungen von der Norm, insbesondere nie Albuminreaktion. Es ist daher das Nukleogen, und damit stimme ich mit den früheren Untersuchern überein, ein besonders geeignetes, weil leicht resorbierbares und assimilierbares Tonikum zu nennen, das in allen den Fällen vortreffliche Dienste leisten wird, wo wir eine schnelle Aufbesserung des Blutes und eine Regeneration der Körperkräfte wünschen. Die Dosierung ist 3 mal täglich je 2 Tabletten für Erwachsene, für Kinder 3 mal täglich 1 Tablette.

Die Diphtherie und ihre Heilserumbehandlung.

Bemerkungen zu: Ohleyer, Behandlung der Diphtherie.
Soll man einspritzen oder nicht?

Von Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

In Nr. 52 der Aerztlichen Rundschau berichtet O. über seine Erfahrungen und Anschauungen über Diagnose und Behandlung der Diphtherie und nimmt dabei einen so speziellen Standpunkt ein, daß man im Interesse einer der größten Errungenschaften der Neuzeit in spezifischer Therapie, i. e.: Heilserumbehandlung der Diphtherie dazu Stellung nehmen muß.

Gleich zu Anfang bei der Aufzählung von Mißerfolgen bei der Serumbehandlung sagt O.: „nichtsdestoweniger aber beweist solches, daß das Serum keine unbedingte, sich immer in allen Fällen betätigende Wirkung besitzt . . . . usw.“; das ist von sachverständiger Seite wohl niemals behandelt worden. Die Heilserumbehandlung ist auf wissenschaftlichen Grundlagen ausgearbeitet, das Serum enthält einen spezifischen Stoff, der imstande ist, das Gift von Diphtheriebazillen und nur von diesen zu neutralisieren. Wir nennen diesen Stoff „Antitoxin = Gegengift“, eine vielleicht insofern praktisch unglückliche Bezeichnung, als dadurch bei vielen der Glauben erweckt wird, daß dieses „Gegengift“ für sich auch ein Giftstoff sei und giftig auf den Organismus wirke; daß dieses nicht der Fall ist, beweisen die häufig vorgenommenen Einspritzungen bei Nichtdiphtheriekranken und außerdem das Tierexperiment. Gelangt Diphtherieheilserum in einen nicht diphtheriekranken Körper, in dem also kein Diphtherietoxin vorhanden, so findet das spezifische Antitoxin keinen Stoff, mit dem es leicht eine Verbindung eingehen kann, es kreist unbenützt im Säftestrom und wird allmählich auf natürlichem Wege ausgeschieden. Solange noch Antitoxin im Säftestrom vorhanden, ist der Körper gegen eindringendes Diphtheriegift geschützt, denn dieses wird durch Antitoxin unschädlich gebunden, der Körper ist „passiv immun“, d. h. ohne daß seine eignen Zellen dabei aktiv etwas geleistet haben, ist ihm durch die Serumeinspritzung = „passiv“: ein Schutz verliehen worden. Etwas ganz anderes ist es mit dem Impfschutz gegen Pocken, von dem O. annimmt, daß eine Neigung bestände, ihn mit der Diphtherieschutzimpfung zu identifizieren. Bei der Pockenimpfung spritzen wir nicht wie bei Diphtherie eine bestimmte Menge eines nicht vermehrungsfähigen, also, allgemein gesagt, leblosen Stoffes ein, sondern wir impfen mit lebendem (Kuh-) Pockenkrankheitsstoff; wir bewirken absichtlich, daß der Organismus eine leichte Form der Pockenerkrankung durchmacht und Schutzstoffe = Antitoxine gegen Pockengift selbst bildet, also „aktiv“ durch eigene Zelltätigkeit „immun“ wird. So ist es leicht erklärlich, daß Diphtherieheilserum sofort bei der Einspritzung wirkt: wir spritzen ja den fertig gebildeten Schutzstoff ein, während bei der Pockenschutzimpfung erst einige Zeit vergehen muß, bis die Körperzellen, gereizt durch das schwach wirksame Pockenimpfgift, die Schutzstoffe gebildet haben. Ebenso ergibt sich, daß die Diphtherieschutzstoffe, da sie keine Ergänzung erfahren, verhältnismäßig rasch verschwinden, während im zweiten Fall die Bildung von Immunkörpern gegen Pocken lange Zeit fortbesteht.

---

*) Nach Litten (Handb. d. Therap., Penzoldt und Stintzing 1902, II, pag. 199) hat man sich die Wirkung des Arsen so vorzustellen, daß dasselbe einen Leukozytenreiz darstellt, und daß durch dasselbe die myelogenen Funktionen gesteigert werden, indem das Knochenmark in seiner Eigenschaft als blutbereitendes Organ in kompensatorisch erhöhte Tätigkeit tritt.

**) Arneth, Würzburg. Dtsch. Med. Woch., 1906, Nr. 17. Weißmann, Dtsch. Aerzte-Ztg., 1907, Nr. 2. Hoppe, Ther. d. Gegenwart, 1907, Nr. 11. Dammann, Dtsch. Med. Ztg., 1907, Nr. 71. Voigt, Der Frauenarzt, Jahrg. XXII, Nr. 8. Schlesinger, Med. Klinik, 1907, Nr. 42. Steiner, Reichs-Med.-Anz., 1907, Nr. 22.

Was die Diagnose der Diphtherie anbelangt, so legt O. auf Aussehen des Belages, Verhalten der Lymphdrüsen und Vorhandensein von Fieber besonderen Wert, mit Recht, denn der Erfahrene wird in vielen Fällen auf diese Weise eine sichere Diagnose stellen können, aber auch die erfahrensten Kliniker geben heute zu, daß man bei der rein klinischen Diphtheriediagnose ohne mikroskopische und eventuell kulturelle Untersuchung leicht Täuschungen ausgesetzt ist; deswegen dürfte heute die bakteriologische Untersuchung mehr in den Vordergrund zu stellen sein. Gerade bei der spezifischen Therapie der Diphtherie, bei dem Umstand, daß das Heilserum nur gegen Toxin der Diphtheriebazillen wirken kann, ist eine Sicherung der Diagnose wünschenswert. Sicherlich ist ein beträchtlicher Teil der Mißerfolge bei Seruminjektion darauf zurückzuführen, daß es sich im gegebenen Falle überhaupt um keine echte bazilläre Diphtherie oder um Krankheitserscheinungen handelte, die nicht lediglich durch die Toxinwirkung von Diphtheriebazillen, sondern vielmehr durch Komplikationen septischer Natur bedingt waren.

O. wendet Präventivimpfungen bei Gefahr der Diphtherieinfektion grundsätzlich nicht an, weil er diese für eine unnötige Belastung des Organismus mit einem differenten Stoff hält und außerdem der Schutz ja doch von Tag zu Tag schwächer würde und danach noch Diphtherie auftreten könne.

Dazu möchte ich bemerken, daß im allgemeinen nur dann eine Schutzimpfung gesunder Kinder befürwortet wird, wenn in ihrer unmittelbaren Umgebung Fälle von Diphtherie vorhanden sind. Hier wird sicherlich die etwa vorhandene Belastung des Organismus (siehe unten) durch den Vorteil, den die Schutzwirkung bietet, bei weitem überwogen. Daher lädt nach dem heutigen Stand der Wissenschaft derjenige Arzt, welcher auch bei kulturell festgestellter Diphtherie keine Heilserumeinspritzung vornimmt, solange ihre klinischen Erscheinungen nicht dazu drängen, eine schwere Verantwortung auf sich, denn es läßt sich auch bei primär leichten Fällen der Verlauf niemals mit Sicherheit voraussagen.

Die Statistik des kaiserlichen Gesundheitsamtes beweist, daß zweifellos die Diphtheriemortalität mit dem Einsetzen der Heilserumbehandlung beträchtlich gesunken und dauernd gering geblieben ist. Die Statistik großer Kliniken beweist ferner, daß die Wirkung des Heilserums um so sicherer ist, je frühzeitiger eingespritzt wird, eine Erfahrung, die schon in der Art des Heilserums begründet und durch das Tierexperiment schon lange festgelegt war. Nimmt man hinzu, daß schwere Schädigungen, die einwandsfrei auf Wirkung des Heilserums zurückgeführt werden können, bei der großen Menge der ausgeführten Injektion sehr selten zur Beobachtung kommen, so dürfte wohl die folgende Anschauung die begründetere sein: Man untersuche jede verdächtige Angina mikroskopisch auf das Vorhandensein von Diphtheriebazillen und lasse bei negativem Befund auf der nächsten bakteriologischen Untersuchungsstelle eine kulturelle Untersuchung vornehmen. Sind Diphtheriebazillen als ursächliches Moment der verdächtigen Angina gefunden, so ist man berechtigt, Heilserum einzuspritzen, man ist auch verpflichtet dazu. Ist das einfache Ausstrichpräparat negativ, die kulturelle Untersuchung noch nicht erledigt, so darf man in klinisch drängenden Fällen ebenfalls sofort injizieren, denn die Gefahr der Einspritzung selbst ist eine sehr geringe.

Worin besteht die Gefahr der Heilseruminjektion? Bis jetzt hat noch niemand den Beweis erbracht, daß das in dem Serum vorhandene Antitoxin als solches schädigende Wirkungen entfalten könne, er wird auch nicht zu erbringen sein, solange das Antitoxin nicht rein darstellbar ist, aber alle Nebenwirkungen = Schädigungen des Heilserums erklären sich zwanglos aus seinem Gehalt an körperfremdem (Pferde-) Eiweiß; die Serum-Exantheme und -Albuminurie sind zwar häufig recht unangenehm, aber niemals gefährlich geworden und stehen in keinem Verhältnis zur Heilwirkung des Serums. Von größerer Wichtigkeit ist folgender Umstand:

Jede Einführung von körperfremdem Eiweiß in den Säftestrom bedingt eine Reaktion des Organismus, die sich in Bildung von Eiweißantistoffen äußert. Bei wiederholten Einspritzungen tritt keine Gewöhnung, sondern eine steigende Empfindlichkeit gegen das betreffende Serum ein und unter Umständen können dadurch lebenbedrohende Zustände des Organismus (Pulsbeschleunigung, Dyspnöe, Temperatursteigerung, Kollaps) hervorgerufen werden. Man vermeide daher nach Möglichkeit wiederholte Injektionen, besonders solche, die etwa in einem Intervall von 8—10 Tagen aufeinander folgen (weil dann die Empfindlichkeit gegen die folgende Einspritzung am größten ist), sondern gebe auf einmal die nötige Antitoxinmenge und zwar in Gestalt von hochwertigem Heilserum, hier haben wir bei geringer Masse von heterologem Eiweiß eine große Heilwirkung. Wiederholte Einspritzungen von nicht hochwertigem Serum bieten bei relativ geringer Heilwirkung die größte Gefahr einer heftigen Serumreaktion.

Die lokale und Allgemeinbehandlung der Diphtherie werden durch eine Heilserumbehandlung nicht betroffen, sie behalten nach wie vor ihren Wert.

REFERATE.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Ueber die interne Anwendung von Salzlösungen bei Behandlung der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.** Von P. Heim und K. John. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, 1908, Febr., Bd. 6, S. 561.

2. **Stauungshyperämie als ein die Milchsekretion beförderndes Mittel.** Von R. Th. Jaschke. Med. Klinik, 1908, S. 257.

3. **Orthostatische Symptome bei Purpura mit Tuberkulose hereditär belasteter Kinder.** Von M. Wolf. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 47, S. 241.

4. **Zur Frage der Serumtherapie bei Scharlach.** Von L. B. Bilik. Ibidem, S. 344.

5. **Ueber die Behandlung des kindlichen Mastdarmprolapses durch Längsversteifung des Rektum.** Von N. A. Kephallinós. Jahrbuch f. Kinderheilk., 1908, S. 325.

1. Heim und John beginnen die Behandlung akuter Ernährungsstörungen nicht mit der üblichen Teediät oder Wasserdiät, sondern mit der Darreichung von 1 l physiologischer Salzlösung innerhalb von 24 Stunden (auf 1 l Wasser 5 g Kochsalz und 5 g Natr. bicarbonicum). An Stelle der unerwünschten auf die einfache Hungerdiät sonst fast gesetzmäßig erfolgenden starken Gewichtsabnahmen sahen sie regelmäßig Gewichtszunahmen treten, sogar oft von unerwarteter Größe. Beim Weglassen der Salzlösung nach ein- oder zweimal 24 Stunden sinkt das Gewicht in der Regel unter Einsetzen starker Diurese wieder bis dahin, wo es am ersten Beobachtungstage war, oder verschiebt sich etwas nach oben. Die bedrohlichen (toxischen) Symptome, speziell das Fieber, sind in der Regel bis dahin geschwunden und man kann mit der Zufuhr von Nahrung in der üblichen Weise wieder beginnen. Die Autoren denken an eine Verdünnung der Stoffwechselgifte durch das unter dem Einfluß der Salz-(Chlor-)Zufuhr im Körper zurückgehaltene Wasser und an eine Ausschwemmung dieser Gifte bei der nachfolgenden Diurese. Auch in der nachträglichen Reparation zeigte sich ein günstiger Einfluß der vorangegangenen Diät. Die Säuglinge tranken die physiologische Salzlösung ohne Ausnahme anstandslos. Wenn auch die ersten Portionen zurückgewiesen wurden, verlangten sie es später, wahrscheinlich durch das Salz zum Durste getrieben, gierig. — Bei hartnäckigem Erbrechen kam es vor, daß die ersten Schlucke erbrochen wurden, doch dies dauerte nicht lange und dem weiteren Einnehmen bot sich kein Hindernis. Magenspülungen waren auch in schweren Fällen entbehrlich. Durch subkutane Injektionen von physiologischen Salzlösungen ließen sich nicht entfernt die gleichen Resultate, speziell bezüglich des Gewichtes erzielen.

Ref. möchte glauben, daß die von den Verff. angewandte Methode außerordentlich zu empfehlen ist, da er auf Grund eigener, unabhängig davon angestellter ähnlicher Beobachtungen auch gute Resultate gesehen hat. Daß die günstige Wirkung der von Méry empfohlenen Gemüsesuppe im wesentlichen in dem Salzgehalt ihren Grund hat, wird von vielen Pädiatern angenommen. Die Darreichung physiologischer Salzlösung an Stelle der reinen Wasser- oder Saccharinteediät dürfte übrigens auch an mehreren anderen Säuglingsabteilungen schon im Gebrauch sein, wenngleich Publikationen bisher nicht vorliegen.

2. Jaschke berichtet aus der Heidelberger Frauenklinik über einige günstige Erfolge von Saugbehandlung der Brüste zur Steigerung der Milchsekretion. Es ist ja sicher, daß alle in den ersten Tagen des Puerperiums in Anwendung kommenden Mittel, von denen man eine Steigerung der Milchmenge gesehen haben will, eine objektive Beurteilung nicht zulassen, da eben physiologischer Weise die Milchmenge in diesen Tagen eine rasche Zunahme unter dem Einfluß des saugenden Kindes zu erfahren pflegt. Immerhin verdienen die Vorschläge des Verf. Beachtung und Anwendung in geeigneten Fällen, schon weil die psychische Beeinflussung durch das Verfahren nicht zu unterschätzen ist. — Ueber die Technik äußert sich Verf. folgendermaßen: „Instrumentarium und Anlegen der Saugglocken wie bei der Mastitisbehandlung. Die Dauer der Ansaugung muß ganz individualisiert werden; je schwerer der Fall, desto länger. Ganz im allgemeinen rate ich, die erste Stauung immer als Orientierungsversuch aufzufassen und nicht zu lang, nicht über 15 Minuten auszudehnen. In den folgenden Sitzungen staue ich dann, je nach der Art des Falles, länger, 15 bis 25, selbst 30 Minuten. Die Zahl der Stauungen muß auch individuell ganz verschieden gewählt werden. Zweckmäßig soll man aber über drei Sitzungen pro die nicht hinausgehen. Die Stärke der Stauung ist am schwierigsten zu bemessen, wenigstens bei den ersten Sitzungen. Später habe ich als Maßstab das Hervorspritzen der Milch in mehreren feinen Strahlen genommen."

3. Wolf kommt auf Grund klinischer Beobachtungen zu folgenden Thesen:

a) Die Purpura ist keine ätiologische Einheit und kein selbständiges Krankheitsbild. — Sie entsteht durch ein Mißverhältnis zwischen Blutdruck und Gefäßfestigkeit.

b) Die bei tuberkulös Belasteten auftretende Purpura ist exquisit orthostatisch. Möglicherweise kommt ihr eine prämonitorische Bedeutung zu.

c) Streng zu trennen ist von den anderen Purpuraerscheinungen die in der agonalen Kachexie auftretende Purpura der Tuberkulösen.

d) Die medikamentöse Therapie der Purpura ist zwecklos. Verf. empfiehlt, mit Unterstützung von Eisen- und Arsenpräparaten den Allgemeinzustand durch reichliche, blande Ernährung zu heben. Um die bekannte Schwierigkeit, die lebhaften und sich gesund fühlenden Patienten über die Dauer der Erkrankung zu Bett zu halten, zu umgehen, empfiehlt er, die Kinder, sobald die Blutungen ohne neuen Schub verblaßt sind, mit fest bis zur Hüfte gewickelten Beinen außer Bett zu lassen. „Wird die Binde fest und sorgfältig angelegt, so treten kaum Blutungen auf. Ein geringes Auseinanderweichen der Binden oder ungeschicktes Anlegen derselben — so daß statt der gelinden Kompression Stauung entsteht — hat freilich Blutungen zur Folge, ein Mißstand, der sich durch Gummistrümpfe vielleicht ganz ausgleichen läßt. Freilich ist auch diese Therapie nur eine symptomatische, doch hat sie den zweifellosen Erfolg, daß sie erlaubt, die Patienten nach den ersten Tagen schon außer Bett zu halten."

4. Der Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum wird in Rußland besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ueber zwei einschlägige Arbeiten, die sich zum Teil in günstigem Sinne äußerten, konnte kürzlich an dieser Stelle berichtet werden. Bilik in Odessa, dem allerdings keine sehr ausgedehnten Erfahrungen (10 Fälle) zu Gebote stehen, hat von dem Serum gar keinen Nutzen gesehen, dagegen reichlich schwere Erscheinungen der Serumkrankheit.

5. Kephallinós empfiehlt zur Behandlung schwerer kindlicher Darmprolapse die von Spitzy erfundene und nunmehr in 32 Fällen erfolgreich angewandte Längsversteifung des Rektum. Diese Versteifung wird erreicht durch einen oder zwei in dem pararektalen Bindegewebe plazierte Paraffinstäbe (Einführen der Kanüle parallel dem Rektum im pararektalen Bindegewebe unter Führung des in das Rektum eingeschobenen Zeigefingers und Schonung der Schleimhaut. Gleichmäßige Injektion der Masse, während man die Spritze langsam herauszieht. Knieellenbogenlage). Die Vorteile des Verfahrens sind große gegenüber eingreifenderen Operationen (kurze Dauer, Wundbehandlung an dieser unangenehmen Stelle gleich Null, nach drei Tagen kann das Kind wieder herumlaufen und hat weiter keine Schädigung, keine Narbe). Details mögen im Original eingesehen werden. Die Gefahr der Embolie soll kaum bestehen, wenn hartes Paraffin verwendet und die Stäbe rechts und links vom Rektum angelegt werden.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur,** leitend. Arzt des hydrotherapeut.-medikomechanischen Instituts am Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin.

1. **Zur Pathologie und Behandlung des Asthma bronchiale.** Von A. v. Strümpell. Med. Klinik, 1908, Nr. 1.

2. **Kohlensaure Hand- und Fußbäder.** Von Dr. Carl Pototzky. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 7.

3. **Modifikation des hydroelektrischen Vierzellenbads nach Dr. Schnée.** Von D. Sarason. Zeitschr. f. neuere physikalische Medizin, 1908, Nr. 3.

4. **Die Anregung der Diaphorese bei Niereninsuffizienz.** Von M. Georgopulos. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

1. Strümpell wendet seit mehreren Jahren elektrische Glühlichtbäder bei Asthma bronchiale an und hat damit auch bei schweren Fällen recht günstige Erfolge erzielt. Die Behandlung geschieht zwar nicht im Anfalle selbst, kann aber nach Abklingen der schlimmsten Dyspnoe bald begonnen werden. Strenge Individualisierung und sehr sorgfältige Ueberwachung ist dabei notwendig; bei sehr schwächlichen und ängstlichen Kranken wurde mit örtlicher Bestrahlung der Brust bei ruhiger Bett-

lage begonnen, in der Regel können jedoch die Bäder von vornherein in dem gewöhnlichen Glühlichtschwitzkasten gegeben werden. Dauer der ersten Bäder 5 bis 6 Minuten, allmählich ansteigend bis zu höchstens 20 Minuten; nach der Bestrahlung kommt der Patient in ein gewöhnliches warmes Wasserbad und muß dann ca. zwei Stunden lang im Bette zur weiteren Abkühlung ruhen. Am deutlichsten zeigte sich der Erfolg dieser Therapie bei lange bestehender asthmatischer Bronchitis; die katarrhalischen Geräusche nahmen schon nach den ersten Bädern ab, der objektive Lungenbefund wurde allmählich wieder normal und damit parallel ging die subjektive Besserung (Nachlassen der Dyspnoe, Besserung des Schlafes etc.). Die Dauer der Gesamtbehandlung betrug im Durchschnitt vier bis sechs Wochen, doch war bei einigen Kranken schon nach 14 Tagen das Befinden wieder völlig normal. Die Möglichkeit von Rezidiven ist natürlich auch bei dieser Behandlungsweise vorhanden.

Strümpell ging dabei von der ja schon älteren Erfahrung aus, daß heiße Bäder und Schwitzbäder bei chronischer Bronchitis günstig einwirkten. Es sei hier auch auf die in Heft 1 dieses Jahrgangs erwähnten Mitteilungen von Brieger und von C. C. Fischer verwiesen, die das Asthma bronchiale mit Erfolg mit heißen Wasserbädern behandelt haben; ferner hat schon Cohn-Kindborg in schweren Fällen von Asthma bronchiale und chronischer Bronchitis von lokalen Heißluftbädern des Thorax (Berl. klin. Wochenschr., 1906, Nr. 41) günstige Resultate gesehen, und auf Grund der Mitteilung von Goldschmidt (Reichenhall), der zuerst gegen den Anfall selbst Heißluft- oder Dampfbäder empfahl, hat auch Goldscheider kürzlich auf dies Verfahren an der Hand einer günstigen eigenen Erfahrung aufmerksam gemacht (Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1907, Nr. 23). Immerhin ist die Strümpellsche Mitteilung um so beachtenswerter, weil ja die Lichtbäder die mildeste und am wenigsten angreifende Schwitzprozedur sind, die wir kennen, und weil Strümpell ausdrücklich betont, daß die Lichtbäder auch in solchen Fällen Erfolg hatten, wo sonstige schweißtreibende Maßnahmen nicht zum Ziele führten.

2. Um die eigentümliche Reizwirkung der Kohlensäurebäder auch lokal applizieren zu können, empfiehlt Pototzky bei lokalen Zirkulationsstörungen an Händen und Füßen (habituelle kalte Hände oder Füße, Frostbeulen, Hyperhidrosis) sowie als Ableitungsmittel kohlensaure Hand- resp. Fußbäder; dieselben werden in der Weise verabfolgt, daß der Patient die Hände oder Füße in ein Gefäß mit Wasser von nicht über 32° C Temperatur steckt, in dem auf eine der üblichen chemischen Methoden freie Kohlensäure entwickelt wird; die Dauer des Bades ist individuell verschieden, es muß jedenfalls der Eintritt einer deutlichen Reaktion abgewartet werden. Die Wirkung läßt sich am ehesten mit der von wechselwarmen Hand- oder Fußbädern vergleichen, die aber in der häuslichen Praxis nicht immer in richtiger Weise anwendbar sind. Außer bei den schon erwähnten Störungen hat Verf. auch bei tabischen Parästhesien in den Extremitäten sowie bei kongestiven Kephalalgien günstige Erfolge von diesen lokalen kohlensauren Bädern gesehen.

3. Das Schnéesche Vierzellenbad, das die vollkommenste Art der elektrischen Stromzuführung darstellt, hat zwei Nachteile, die seine Einführung in die allgemeine Praxis erschweren, den hohen Preis und den Umstand, daß verhältnismäßig sehr viel Wasser (etwa 60 l) für ein Bad benötigt wird. Den neuerdings als Ersatz empfohlenen Elektrodentisch hält Verfasser mit Recht nicht für gleichwertig dem Vierzellenbade, es fehlt hier die gleichmäßige Umspülung der Extremitäten mit Wasser, welche eine Zuführung hoher Stromdosen bei Konstanz des Uebergangswiderstandes erlaubt. Sarason hat nun das Vierzellenbad unter Beibehaltung des Grundprinzips in der Weise vereinfacht, daß er statt der üblichen Armwannen leicht winklig gebogene röhrenförmige Armwannen aus emailliertem Blech konstruierte, die nur einen geringen Fassungsraum haben, aber doch eine gleichmäßige Umspülung des Armes gestatten; die Wannen sind tragbar und können mit einem Gurt am Oberkörper befestigt werden, die Stromzuführung erfolgt durch eine Kohlenelektrode. Die Beinwannen haben die übliche Form, ihr Fassungsraum wird jedoch durch einen pneumatisch aufblasbaren Füllkörper nach Möglichkeit reduziert. Ein solches Bad, für das ein besonderer Stuhl nicht nötig ist, erfordert für alle vier Wannen nur ca. 10 bis 12 l Wasser, der Preis des ganzen Apparates beträgt nur etwa ein Fünftel des Preises des bisherigen Vierzellenbades (Reiniger, Gebbert & Schall, Berlin).

4. Georgopulos hat an Kaninchen, bei denen er durch Urannitrat künstlich Nephritis erzeugte, eine Erhöhung der molekularen Konzentration des Blutserums nach Schwitzprozeduren, also eine Eindickung und stärkere Konzentration der festen Bestandteile beobachtet. Dieser Effekt trat nicht ein, wenn unmittelbar vor dem Schwitzen eine reichliche Flüssigkeitszufuhr erfolgte; im Gegenteil, es wurde dann der Gefrierpunkt des Blutes höher als vorher gefunden, d. h. die Eindickung wurde verhütet. Verf. schließt daraus, daß auch beim nierenkranken Menschen durch starkes Schwitzen eine Konzentration der retinierten harnfähigen Bestandteile hervorgerufen und damit die Gefahr einer Urämie vermehrt werden kann, falls nicht gleichzeitige Flüssigkeitszufuhr erfolgt. Die Arbeit würdigt all die komplizierten Verhältnisse, die in der Frage der Wirkung der Diaphorese bei der Nephritis obwalten, und gibt einen guten Ueberblick über die hierher gehörige Literatur. Zu bedauern ist nur, daß der Einfluß der Schwitzprozeduren auf die Ausscheidung der Retentionsprodukte durch den Urin und die darauf bezüglichen Arbeiten von Strasser und Blumenkranz (vgl. das Referat in Nr. 1 dieses Jahrganges) unberücksichtigt geblieben sind.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg-Berlin.

1. **Zur Bettruhe im Wochenbett.** Von Eduard Martin (Charité-Frauenklinik). Monatsschr. f. Geb., 27, 2.

2. **Spätblutungen im Wochenbett.** Von Th. Vogelsauger-Basel. Hegars Beiträge, Bd. 12, Heft 3.

3. **Ueber die Bedeutung der Eihautretention und die passende Methode zur vollständigen Entfernung derselben.** Von Dr. C. Louros-Athen. Ztbl. f. Gyn., 1908, Nr. 7.

4. **Ueber Plazenta praevia.** Von Dr. R. Freund. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 4.

5. **Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten.** Von Dr. Zangemeister. Ibidem, Nr. 6.

6. **Stauungstherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.** Von Dr. Runge (Charité). Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 51.

7. **Ueber die Erfolge mit Lumbalanästhesie bei gynäkologischer Operation.** Von Dr. Brunner. Sonderabdruck aus der Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk., Bd. 26, H. 5. (Ref.: W. Krüger-Magdeburg.)

1. In der Charité wurden nachteilige Folgen des frühzeitigen Aufstehens p. p. innerhalb der Beobachtungszeit von acht Tagen nicht festgestellt. Unter Aufstehen ist nur eine Veränderung der Körperhaltung außer Bett zu verstehen, ein ruhiges Aufsitzen mit einer festen Binde um den Leib. Die Frauen dürfen weder viel herumgehen noch irgendwelche Handreichungen verrichten. Zum ersten Male verließen sie etwa 15 bis 24 Stunden p. p. das Bett. In den folgenden sieben Tagen waren sie vor- und nachmittags je zwei Stunden außer Bett. Es handelte sich nur um gesunde normale Wöchnerinnen, an denen kein operativer Eingriff gemacht war. Bei Pulsbeschleunigung trat wieder Bettruhe ein. Martin empfiehlt große Vorsicht in dieser Art der Wochenpflege; er rät sie nur da, wo eine stattgefundene Infektion während der Geburt mit möglichster Sicherheit ausgeschlossen werden kann und gesunden jungen Müttern bei ständiger ärztlicher Kontrolle nur eine kurze Zeit für die Erholung zur Verfügung steht. Für die wohlhabende Bevölkerung folgert er aus seinen Beobachtungen, daß es nicht notwendig ist, die Frauen so lange wie bisher im Wochenbett liegen zu lassen, man sie vielmehr sich in eine andere Lage bringen lassen kann, wenn sie sich wohl genug fühlen.

Dem letzten Schluß wird man wohl zustimmen können; was die Arbeiterfrauen betrifft, bleibt das alte Regime zu Recht bestehen, denn diesen gilt die Erlaubnis zum Aufstehen gleichbedeutend mit der zum Arbeiten.

2. Plazentarretention, Subinvolution, Lähmung der Plazentarstelle, die bei Fortschreiten zur Inversio uteri führen kann, ferner

Thrombenlösung, wohl auch Retroflexio uteri puerperalis können zu Spätblutungen im Wochenbett führen, Hämorrhagien, die Vogelsauger als aus den bei der Geburt physiologischen Wunden herrührend nur kurz berührt, während er die aus irgendeinem pathologischen Zustande oder Vorgange entstehenden Blutungen eingehend bespricht.

Er beschäftigt sich zunächst mit den Erkrankungen der Arterien. Die Uteringefäße zeigen sehr häufig schon in den vierziger Jahren arteriosklerotische Veränderungen, während die anderen Gefäße der Frau noch frei sind.

Aneurysmen der Uteringefäße sind selten beobachtet; in einem Falle von Hewitt, in dem sich die Frau am 37. Tage des Wochenbetts nach vorangegangenem Trauma (Druck aufs Abdomen am vierten Wochenbettage) verblutete, handelte es sich um Aneurysma spurium eines Uterinastes. Einen analogen Fall beobachtete V. Bei der Patientin traten im Wochenbett viermal schwere Blutungen (vom 8. bis 24. Tage) auf, Austastung ergab keine Prominenzen an der Plazentarstelle. Tamponade, Ausschabung, Atmokausis ohne Erfolg, schließlich Totalexstirpation, nach welcher der Tod jedoch eintritt. Die Sektion ergab außer den Zeichen schwerster Anämie ein Aneurysma spurium, aus welchem die Blutung erfolgt war.

Dann bespricht Verf. die Hämophilie als Ursache der Blutungen, von denen nur wenige Fälle in der Literatur bekannt sind, und führt weiter aus der Literatur einige interessierende Fälle von Spätblutungen aus Rissen an; so z. B. eine tödliche Blutung aus einer Uterusruptur, die im Verlaufe einer normalen Entbindung, ohne zunächst Erscheinungen zu machen, entstanden war, erfolgte am 11. Tage beim Aufstehen. Einige weitere Fälle, bei denen im Laufe normaler oder operativ beendeter Geburten eine Uterusruptur entstanden war und in denen Spätblutung in der zweiten Woche zum Exitus führte, waren durch Infektion kompliziert.

Diesen Fällen fügt er einen weiteren aus der Baseler Klinik hinzu, bei dem bei einer V-p. mit engem Becken nach schwieriger Wendung am 18. Tage des Wochenbetts eine starke Blutung erfolgte, wie sich zeigte, aus einem Zervixriß, der durch Laparotomie mit Umstechung und Tamponade erfolgreich behandelt wurde, nachdem bloße Tamponade von der Scheide aus versagt hatte. In diesem Falle war nach dem Befunde offenbar schon früher eine Uterusruptur an der neuerdings rupturierten Stelle vorausgegangen.

Auch Scheidenrisse können noch im Spätwochenbette zu schweren Blutungen führen.

Auch kann, wie aus einem in der Literatur beschriebenen Falle hervorgeht, es zu Spätblutungen aus einem Hämatom kommen, das während der Geburt innerhalb der Uterusmuskulatur entstanden ist und später ins Kavum uteri durchbricht.

Thromben der Zervix, Vulva und Vagina können ebenfalls Spätblutungen verursachen. Ferner können Drucknekrosen, z. B. nach schweren Zangen, wenn es zur Abstoßung der nekrotischen Partien kommt, die Ursache schwerer Blutungen sein; die in der Literatur beschriebenen Fälle waren durch Infektion kompliziert.

Dann zitiert Vogelsauger einige Fälle, in denen Varizenbildung und Teleangiektasien im Uterus zu tödlichen Blutungen im Spätwochenbette geführt hatten.

Alle die erwähnten Blutungen traten meist ohne Vorzeichen vom 4. bis 22. Tage des Wochenbetts auf, waren manchmal so heftig, daß sie sogleich, oft auch nach mehrfacher Wiederholung zum Tode führten; ihre Prognose ist daher sehr ernst. V. teilt im ganzen 15 Fälle mit, von denen 12 tödlich endeten.

Die Therapie, die die Aufgabe hat, das blutende Gefäß zum Verschluß zu bringen, kann dies erreichen entweder durch direkte Unterbindung, oder durch Unterbindung der Arteria uterina oder durch Uterusexstirpation. Vorübergehend muß man sich mit fester Tamponade des Uterus und der Scheide behelfen.

Die Kenntnis der von V. mitgeteilten Fälle erscheint außerordentlich wichtig, besonders in forensischer Beziehung. Für Blutungen im Wochenbett wird ja meist die die Geburt leitende Person verantwortlich gemacht. Die Besichtigung der Plazenta, die nie unterlassen werden darf, wird das Fehlen großer Plazentarstücke gewiß erkennen lassen; die Stärke der Blutung ist aber unabhängig von der Größe des Plazentarrestes, der im Uterus zurückblieb, und das Fehlen eines kirschgroßen Plazentarstückchens, das eine tödliche Blutung hervorrufen kann, dürfte oft trotz sorgfältiger Kontrolle der Plazenta nicht erkannt werden. Die von V. beschriebenen Veränderungen im Uterus (Aneurysmen, Hämatome, Varizen) entziehen sich aber völlig unseren diagnostischen Methoden, bis sie zur Katastrophe führen.

3. Louros bekämpft die allgemein herrschende Ansicht, daß das Zurückbleiben der Eihäute ein Eingehen in den Uterus nicht rechtfertige.

Aus einigen Fällen von Eihautretention, die fieberten und die er durch Entfernen der Eihäute digital oder mittels Kurette zur Heilung brachte, zieht er den allgemeinen Schluß, daß retinierte Eihautteile genau so wie es bei der Retention von Plazentarteilen geschieht, durch Einführen der ganzen Hand oder der Finger in die Uterushöhle unter allen aseptischen und antiseptischen Kautelen entfernt werden müssen, mit Ausnahme ganz kleiner Eihautteile. Auch wenn man beim Entfernen der Plazenta sehe, daß die Eihäute abreißen wollen, solle man sie mit den Fingern lösen.

Dieser Ansicht muß auf das allerenergischste widersprochen werden, da das Eingehen mit der Hand in den Uterus unmittelbar post partum trotz aller Asepsis noch heute zu den gefährlichsten Maßnahmen gehört, da die Erfahrung tausendfach gezeigt hat, daß die Eihautretention keine große Bedeutung hat, eine Erfahrung, die durch die von L. mitgeteilten Fälle in keiner Weise erschüttert wird. Denn durch nichts ist bewiesen, daß die Eihautretention die Ursache der Infektion gewesen sei. Fieber im Wochenbette ist heute in den modernsten Anstalten noch in etwa 10 bis 15% der Entbindungen vorhanden, ist in der Mehrzahl der Fälle meist harmloser Natur. Die Zahl der schweren Sepsisfälle aber würde in die Höhe schnellen, sobald man dem Rate von L. folgen wollte. Man achte beim Betrachten der Plazenta darauf, ob die Eihäute vollständig sind, notiere es sich, wenn dies nicht der Fall ist, lasse aber ja die Finger aus dem Uterus; Sekaleevent. Scheidenspülungen bei übelriechenden Lochien werden zumeist im Wochenbett genügen. Der Segen der Asepsis darf aber nie und nimmer durch Polypragmasie illusorisch gemacht werden.

4. Als Therapie bei Plazenta praevia empfiehlt F. folgende Maßnahmen.

Bei mäßigen Schwangerschaftsblutungen: Bettruhe und strenge, möglichst klinische Beobachtung. Scheidentamponade ist tunlichst zu vermeiden und nur als Notbehelf zu betrachten für den Transport in eine Anstalt.

In seltenen Fällen abundanter Blutung bei geschlossener Zervix: Feste Tamponade der ganzen Scheide mit steriler, feuchter (feuchter? Ref.) Gaze nach den Vorschriften von Fritsch auf wenige Stunden.

Da bei stärkeren Blutungen aber so gut wie immer die Zervix passierbar ist: keine Tamponade, sondern Blasensprengung und Abwaschen bei leicht erreichbarer Fruchtblase (Pl. praevia marginalis und partialis); bei nicht erreichbarer Fruchtblase, lebensfähigem Kinde und gutem Zustande der Mutter: Metreuryse mit dem Ballon von Champetier de Ribes. Nach völliger Erweiterung des Muttermundes durch den Metreurynter entweder Abwarten der spontanen Geburt oder Wendung je nach Kindeslage, Wehentätigkeit und etwaiger erneuter Blutung.

Bei Erfolglosigkeit der Metreuryse, die im allgemeinen nicht länger als vier Stunden belassen werden soll, ferner bei unreifen Kindern sowie schließlich in allen Fällen, in denen es sich um bedrohliche Zustände der Mutter handelt: Wendung nach Braxton Hicks und danach Abwarten.

Bei Blutung trotz herabgeschlagenen Beines: Extension durch mäßigen permanenten Zug, der bei Einsetzen der Wehen und Durchschneiden des Steißes sofort aufzuhören hat. Extraktion nur bei völlig erweitertem Muttermunde. Erscheint der Muttermund für die Kopfentwicklung doch noch zu eng: Vorsicht und Anwendung des Handgriffes, der dem Kind Luft zuführt und gleichzeitig den Muttermundssaum langsam dehnt und ihn über das Gesicht streifen soll.

Die Hysterotomia anterior kommt nur für die Klinik, in erster Linie als prophylaktische Operation in Frage.

5. Zangemeister hat für die frischen Fälle puerperaler Mastitis von der Saugbehandlung nach Bier keine Erfolge gesehen. Er hält hier das alte Verfahren, mechanische und funktionelle Ruhestellung der Brust (völliges Absetzen), für das richtige. Auch bei Fällen mit eitriger Einschmelzung, die noch nicht zum Stillstand gekommen ist, hat er von dem Bierschen Verfahren (Saugen mit Stichinzisionen) keinen Vorteil gesehen. Das Saugverfahren begünstigt hier die eitrige Einschmelzung und auch das Weiterkriechen des Prozesses. Mehrfach mußten noch große Inzisionen gemacht werden.

In denjenigen Fällen aber, in denen die Entzündung nicht mehr fortschreitet, gestattet die Saugbehandlung, sich auf kleine Stichinzisionen zu beschränken.

6. Runge hat hingegen bei der Mastitisbehandlung an der Charité-Frauenklinik mit dem Bierschen Verfahren sehr gute Erfolge gehabt; war noch keine Fluktuation vorhanden, so kam er ohne jede Inzision zum Ziele, bei Abszessen durch Hinzufügung kleiner Inzisionen.

Auch bei Endometritis hat er die Suktionsmethode angewandt, die Resultate waren jedoch nicht besser, und Heilungen wurden nicht eher erreicht, als mit anderen Behandlungsweisen.

Ref. möchte dem hinzufügen, daß er auf Versuche mit dieser Methode bei Endometritis verzichtet hat, nachdem in einigen Fällen die Menses hinterher übermäßig stark und langdauernd wurden.

Der Rat, die Saugbehandlung am puerperalen Uterus (septische Endometritis, mangelhafte Rückbildung) anzuwenden, ist auch gegeben worden. Ref. möchte aber auch davor warnen, da einfache Ueberlegung einem sagen muß, daß man hier böse Blutungen durch diese Methode hervorrufen kann und wir doch von jedem Heilverfahren verlangen müssen, daß es, menschlicher Voraussicht nach, nicht schaden kann.

7. Verf. berichtet aus der Amannschen Klinik in München über seine Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie, die bei dreißig kleineren und größeren gynäkologischen Eingriffen vorgenommen wurde. Als Höhe des Einstichpunktes wurde der dritte bis fünfte oder erste bis dritte Zwischenwirbelraum gewählt, je nachdem eine vaginale Operation oder eine Laparotomie vorgenommen werden sollte. An der Klinik wurde die von den Höchster Farbwerken hergestellte 5%ige Novokain-Suprareninlösung in zugeschmolzenen Ampullen verwendet. Die Zusammensetzung ist: Novokain 0,15, Sol. Suprarenin. boric. 1:1000, 5 Tropfen auf 3 ccm Wasser. Davon wurden meist 2 bis 2,5 ccm injiziert; bei intensiver Beckenhochlagerung kleinere Dosen. Die Dauer der Anästhesie schwankte zwischen 50 bis 60 Minuten; sie trat nach 2 bis 15 Minuten ein. Viermal war ein Mißerfolg zu verzeichnen, trotzdem die Injektion lega artis gemacht war. Einen Mißerfolg kann man natürlich nicht annehmen, wenn die Operation vom Zeitpunkte der Einspritzung länger als eine Stunde dauerte; in solchen Fällen mußte auch von Amann Allgemeinnarkose eingeleitet werden. Während andere Autoren beobachteten, daß das Ziehen am Peritoneum Schmerzen verursacht, berichtet Verf., daß er bei zwei Fällen, bei denen 2 bis 3 cm oberhalb des Nabels operiert wurde, Schmerzen bei Manipulationen am Bauchfell nicht beobachtet hat. In dem einen Fall handelte es sich sogar um eine Bauchhernie, wo starke peritoneale Verwachsungen vorlagen und gelöst werden mußten. Verf. hat schwerere Nebenwirkungen nie gesehen. Dagegen glaubt er, daß die Nachwirkungen der Lumbalanästhesie nicht ohne Belang sind. Denn von seinen 30 Fällen waren nur 8 gänzlich frei von Nachwirkungen. Die übrigen Kranken litten an Kopfschmerzen von wechselnder Stärke, häufig auch in Verbindung mit Erbrechen. Zwei Kranke litten eine ganze Woche lang an Erbrechen.

Zum Schluß gibt Verf. seiner Ueberzeugung dahin Ausdruck, daß die Lumbalanästhesie wenigstens zur Zeit noch nicht einwandsfrei und die Narkose ihr aus einer Reihe von Gründen überlegen ist, besonders deshalb — was für den Gynäkologen gewiß von großer Bedeutung ist —, daß die völlige Erschlaffung der Bauchdecken bei der Rückenmarksanästhesie nicht zu erzielen ist. Verf. will sie nur auf Fälle beschränkt wissen, wo eine allgemeine Narkose wirklich als sehr gefährlich erscheint.

(W. Krüger, Magdeburg.)

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Ueber die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse.** Von Czerny. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 6.

2. **Zur Behandlung des Durchbruchs von Magen- und Duodenalgeschwüren.** Von M. Jaffé. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 7.

3. **Tetanus nach subkutaner Gelatine-Injektion nebst Bemerkungen über die Anwendung der Gelatine bei Blutungen.** Von A. Heddaeus. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 5.

4. **Die Anwendung der Stauung bei Verbrennungen.** Von Richter. Deutsch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 6.

5. **Wann bedarf die akute und die chronische Mittelohreiterung des chirurgischen Eingriffs?** Von Eschweiler. Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 4.

1. Keating Hart in Marseille hat 1906 auf dem Mailänder Kongreß eine neue Behandlung der Krebse mit hochgespannten und hochfrequenten Strömen, die Sideration, mitgeteilt. Er läßt, während der Kranke in tiefer Narkose liegt, denn das Verfahren ist schmerzhaft, möglichst kräftige Blitzfunkenbüschel von einer Metall-Elektrode längere Zeit, 5 bis 10, ja 40 Minuten lang, in 2 bis 4 cm Distanz von allen Seiten her auf die Krebse einschlagen. Dann wird die bestrahlte Krebspartie herausgeschnitten, ausgelöffelt oder abgeschabt und die Wundfläche abermals 10 bis 15 Minuten „fulguriert“, um etwa zurückgebliebene Krebszellen zu vernichten. Keating Harts Apparat zur Fulguration, wie Pozzi das Verfahren statt Sideration nennt, kann mit Hilfe eines Wechselstromtransformators direkt an Wechselstrom oder an den Röntgen-Apparat angeschlossen werden; dann benutzt man den 50 cm Induktor mit Wehnelt-Unterbrecher. Von diesen wird die Elektrizität an Stelle der Leidener Flaschen einem Petroleumkondensator mit Funkenunterbrecher und Solenoid zugeführt. Dieser steht in Verbindung mit dem Oudinschen Resonator, einer ca. 1 m hohen Kupferspirale von mehr als hundert Windungen, die durch einen Schieber mit dem Solenoid so abgestimmt werden kann, daß sie Funkenbüschel von 10 bis 20 cm Länge aus den Metallelektroden entsendet. Diese Funkenbüschel wirken durch ihre Hitze, dann „aktinisch durch Lichtwirkung“ und chemisch durch molekulare Zertrümmerung von chemischen Verbindungen. Während Keating Hart die Hitzewirkung seiner Blitzbüschel als überflüssige Nebenwirkung durch einen Kohlensäurestrom zu beseitigen sucht, halten andere Forscher (Doyen) die Hitze für wertvoll; auch Czerny läßt sie sich wegen der gleichzeitigen besseren Blutstillung gern gefallen. Die Wirkung der Funken ist um so stärker, je länger man sie anwendet; die Wirkung auf den Krebs setzt sich aus verschiedenen Vorgängen zusammen: das Krebsgewebe wird durch die Funkenschläge in seiner Architektur erschüttert, „wie wenn ein Erdbeben ein Gebäude durcheinander rüttelt“. Die Zellen quellen, werden unter Eiweißgerinnung vakuolisiert. Blut tritt zwischen Zellen und Bindegewebsgerüst. Mikroskopische Bilder eines Mastdarm-Zylinderzellenkrebses vor und nach der Fulguration zeigen diese Veränderungen sehr deutlich; sie zeigen außerdem eine elektive Wirkung auf die Zellen allein, denn das Bindegewebsgerüst bleibt gut färbbar und antwortet auf den Reiz der Fulguration mit kräftiger, zur Vernarbung führender Granulation, nachdem in den ersten der Behandlung folgenden Tagen ein starker Lymphstrom die Trümmer der Krebszellen fortgeschwemmt hat. Die Tiefenwirkung der Funkenblitze reicht nicht viel über einen Zentimeter hinaus.

Czerny, dessen klarer und anschaulicher Beschreibung Ref. größtenteils wörtlich gefolgt ist, vergleicht die Wirkung des Verfahrens mit einer Aetzwirkung, dosierbar wie diese, aber mit dem Vorteil, elektiv zu sein. Das Verfahren scheint vorläufig nur für die leicht zugänglichen Krebsformen geeignet, wenn auch Keating Heat Behandlung der tiefsitzenden Karzinome nach Freilegung durch den Chirurgen in derselben Sitzung unternimmt. Czerny hat eine dem alten Elektropunkturverfahren nachgebildete Elektrode mit drei Nadeln für tiefsitzende Tumoren angegeben, verspricht sich aber wegen der geringen Stromstärke selber nicht viel Erfolg von der bipolaren Anwendung.

Der unzweifelhafte Fortschritt, den die Fulguration darstellt, liegt in ihrer Anwendbarkeit bei Krebsen und Rezidiven, die für chirurgisches Eingreifen allein zu weit fortgeschritten sind, und in der Möglichkeit, mit Hilfe der Narkose die gesamte Strahlenenergie, die das Röntgenverfahren z. B. auf eine lange Zeit verteilen muß, in einer Sitzung auf den freigelegten Tumor wirken zu lassen. Schädigungen des Kranken sind bei guter Isolierung (Glasmaske zur Narkose; Holztuch oder Wolldecken) ausgeschlossen. Von Dauerresultaten kann man bei der Fulguration, die ihr Erfinder selbst erst seit 3 Jahren anwendet, nur mit Vorbehalt sprechen; aber man muß dabei immer in Betracht ziehen, daß es sich um chirurgisch nicht mehr operable oder rezidivierte Krebse handelt. Von 22 fulgurierten Kranken Keating Harts sind 6 Kankroide geheilt, von den 16 anderen, schweren Karzinomen sind ein Brustkrebs und 2 Gesichtskrebse, zum Teil in wiederholten Sitzungen wegen Rezidivs, geheilt. Czernys Statistik umfaßt 35 Kranke; drei Hautkarzinome, die allerdings noch radikal operabel waren, sind geheilt, alle anderen Fälle, deren außerordentliche Schwere Keating Hart seinem eigenen Material gegenüber anerkannte, sind sämtlich günstig beeinflußt; aber die Rückkehr von Schmerz und Blutung zeigte, daß völlige Zerstörung des Krebsgewebes nicht gelungen ist. Bei weit vorgeschrittener Kachexie kann die Fulguration durch unvollkommene Zerstörung Wucherung und Schmerz an den Wundrändern hervorrufen selbst durch Resorption des zerfallenden Krebsgewebes den Tod beschleunigen; sonst gibt es eigentlich keine Gegenanzeige für dieses letzte Kampfmittel gegen den Krebs. Keating Hart legt wenig Gewicht auf Drüsenmetastasen; er entfernt sie, wenn möglich, mit folgender Fulguration, aber er hofft sonst auf ihr spontanes Zurückgehen nach Entfernung des Hauptttumors.

Czerny faßt seine eigenen Beobachtungen dahin zusammen, daß die Blitzbehandlung oberflächliche, besonders ulzerierte Krebse durch ihre elektive Wirkung schonender beseitigt als das Messer, und Rezidive mit ihrer Hilfe, wenn sie frühzeitig angegriffen werden, leichter bekämpft werden können. Auch wirkt die Fulguration sicherer und schneller als Röntgenstrahlen und Radium. Der Erfolg bei tiefersitzenden Krebsen jedoch ist ungewiß; zweifelhaft auch, ob die Verbindung von Freilegung, Fulguration, Enukleation und abermaliger Fulguration vor der bisherigen Exstirpation im Gesunden den Vorzug verdient. Keating Harts Verfahren verlängert freilich Eingriff und Narkose ganz erheblich und kann wahrscheinlich durch Anhäufung von Zelltrümmern die glatte Heilung stören; doch hat der Gedanke etwas Bestechendes, die vielleicht zurückgebliebenen Krebskeime gleich bei der Operation über die Grenzen hinaus zu vernichten, vor denen das Messer Halt machen muß.

2. Die Entscheidung über das Schicksal durchgebrochener Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüre liegt in der Hand des praktischen Arztes. Bei keiner anderen Eingeweide-Erkrankung hängt soviel von der Schnelligkeit der Diagnose ab, bringt eine Verzögerung auch nur um Stunden so viel Gefahr wie bei diesen Perforationen, denen sich in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit in steigendem Maße zuwendet. Jaffé läßt die Zuverlässigkeit neuerer Statistiken, nach denen mehr als $^1/_2$% der Bevölkerung am durchgebrochenen Magengeschwür stirbt, dahingestellt, aber er wendet sich mit Recht gegen Boas' Behauptung, daß die Perforationsperitonitis nach Ulkus in Deutschland selten sei. Auf Jaffés Abteilung im Stadtkrankenhause zu Posen sind im letzten Jahr allein fünf solcher Fälle behandelt worden. Einer, mit ausgeprägter Bauchfellentzündung eingeliefert, wurde nicht mehr operiert; ein zweiter starb, nach 16 Stunden operiert, an allgemeiner schwerer septischer Bauchfellentzündung vom Zwerchfell bis zum Douglas. Er war gleich nach dem charakteristischen, ganz plötzlich mit heftigsten Leibschmerzen erfolgten Zusammenbrechen ins Krankenhaus gebracht worden; die bretthart Spannung der oberen rechten Rektuspartie wies deutlich auf Duodenalulkus. J. konnte sich trotzdem nicht zur Operation entschließen, was er angesichts des traurigen Verlaufs von nun an stets tun wird: „wir sollen nicht Peritonitiden nach durchgebrochenen Geschwüren operieren, sondern das Loch verschließen, ehe es Peritonitis gemacht hat“. Die drei anderen Fälle sind durch die Operation geheilt worden; zwei sind ebenfalls typisch: ungeheurer, plötzlicher Schmerz beim Bücken, Spannung des rechten oberen resp. beim Magenulkus des linken oberen Rektus, Dämpfung in den hinteren unteren Teilen der entsprechenden Brustkorbseite; dazu Fieber und beim Magenulkus der Traubesche Raum gedämpft tympanitisch, beim Duodenalgeschwür Luftschall an Stelle der Leberdämpfung. Der dritte Fall zeigte den vorangegangenen lokal-peritonitischen Erscheinungen entsprechend den Durchbruch des markstückgroßen Geschwürs in Adhäsionen hinein, die einen Abszeß nur schlecht abschlossen. Was die Technik der Operation angeht, so näht Jaffé die Geschwüre, ohne sie auszuschneiden, mit Lembertnaht; er schließt keine Gastroenterostomie an und spült bei den den ganzen Bauch mit Eiter, Galle, Speiseresten überflutenden Perforationen ausgiebig, aber nie bei umschriebener Peritonitis, wo die Infektion durch Spülung verschleppt werden kann. Die Geschwüre saßen alle an der Vorderwand des Magens, wie denn 80% aller Durchbrüche sich hier abspielen sollen. Da aber nur 20% der Magengeschwüre vorn sitzen, erhält man eine außerordentlich hohe Wahrscheinlichkeit für den Durchbruch des Geschwürs der Vorderwand. Damit ergibt sich nicht nur die unbedingte Notwendigkeit eines möglichst frühen Eingriffs, sondern auch bei geöffnetem Bauch der Weg zur Stelle der Perforation, der gewöhnlich auch durch die schwersten Veränderungen des Bauchfells gekennzeichnet ist.

3. Heddaeus erzählt die Geschichte eines jener tragischen Fälle von tödlicher Tetanus-Erkrankung nach Einspritzung von Gelatine. Sein Fall ist der zwölfte in der Literatur; die Gelatinelösung war vom Apotheker sterilisiert worden. Man braucht jedoch von der Anwendung der Gelatine, die für hartnäckige Blutungen mit schwer erreichbarer Quelle ein unersetzliches Mittel ist, deswegen nicht abzusehen; nur darf zur subkutanen Einspritzung ausschließlich die sterilisierte und in Glasröhren versandte 10%ige Gelatina sterilisata Merck gebraucht werden. Zur inneren Darreichung und zum Klistier genügt hingegen die gewöhnliche käufliche Gelatine. — Gelatine kann sowohl bei allen hämorrhagischen Diathesen wie bei Organblutungen, besonders bei Melaena neonatorum, angewendet werden, nur bei hämorrhagischer Nephritis nicht, wo nach der Injektion Verschlimmerung aller Erscheinungen beobachtet wurde. Eine Eigentümlichkeit des Mittels ist nach Gebele, daß seine Wirkung erst nach vorausgegangenem stärkerem Blutverlust eintritt; es empfiehlt sich dann, Kochsalzlösung und Gelatine zu verbinden und die 2%ige Gelatinelösung körperwarm einzuspritzen. Auch die Überrieselung blutender Flächen mit flüssiger Gelatine (Merck!) und fortgesetzte Beigabe zu den Mahlzeiten „als Kompott“ (Ref.) hat gute Erfolge. Immerhin rät Heddaeus nur dann zur Gelatine zu greifen, wenn ein Weiterbluten oder eine Nachblutung zu erwarten ist.

4. Gegenüber der Empfehlung der Stauungsbehandlung bei Verbrennungen (Stein) mahnt Ritter zur Vorsicht. Die schmerzstillende Wirkung ist zwar unverkennbar, aber man bekommt häufig unerwünscht blutstrotzende Narben. Bei allgemeinen oder sehr ausgedehnten Verbrennungen entzieht die Stauung außerdem dem schon bedrohten Herzen viel Blut und vermehrt die Herzschwäche. Ref. hält auch den sehr bedeutenden Säfteverlust bei Stauung ausgedehnter Brandwunden für nicht unbedenklich. Die Stauung darf bei umschriebenen Verbrennungen nur ganz kurz angewendet werden, bei allgemeinen wird sie am besten unterlassen.

5. Bei der akuten Mittelohreiterung ist der operative Eingriff angezeigt, wenn nach Durchbruch oder Parazentese Schmerz und Eiterung nicht oder nur vorübergehend abnehmen. Letzteres ist besonders der Fall, wenn die Perforation nicht in der unteren Hälfte, sondern in den oberen Partien des Trommelfells saß; im hinteren oberen Quadranten wird das Trommelfell, bei langer Eiterung auch die hintere Gehörgangswand vorgetrieben und dadurch der knöcherne Gehörgang schlitzförmig verengt. Dabei braucht das Allgemeinbefinden nicht gestört zu sein; und von so übler Bedeutung auch hohes Fieber ist, das meist schon auf Beteiligung von Sinus und Meningen weist, so wenig darf man sich bei normaler oder subfebriler Temperatur in Sicherheit wiegen. Regelmäßiger sind die Lokalsymptome am Warzenfortsatz selber, der Druckschmerz, der wenigstens im Beginne der Erkrankung selten fehlt, und die Infiltration der Weichteile, die freilich beim Gehörgangsfurunkel sich ebenfalls einstellt. Aber wiederum kann es verhängnisvoll werden, aus dem Fehlen aller dieser Zeichen

zu schließen, die Ohreiterung sei nicht weitergegangen: unter unveränderten Weichteilen und unempfindlichem Warzenfortsatz kann die Zerstörung bis an die Schädelhöhle fortgeschritten sein. Eine Sonderstellung nehmen die Pneumokokken-Otitiden ein: sie führen wegen geringer Beteiligung oder rascher Ausheilung des Mittelohrs nicht zur Perforation, während langandauernder Ohren- und Schläfenschmerz und eine mit dem geringen Trommelfellbefund nicht vereinbare starke Gehörstörung anzeigen, daß der Warzenfortsatz erkrankt ist.

Die chronische Mittelohreiterung ist dann einer „chirurgischen" Komplikation verdächtig, wenn die stinkende Absonderung trotz längerer Behandlung nicht aufhört. Zeigt das Trommelfell dabei multiple oder randständige Perforationen, namentlich im oberen hintern Abschnitt, so verstärkt das den Verdacht, und es handelt sich um die Feststellung, ob Knochenkaries oder Cholesteatombildung vorliegt. Karies, nur selten unmittelbar durch die Sondierung nachzuweisen, verrät sich durch Knochengries oder kleine Sequester in der ablaufenden Spülflüssigkeit und das Aufschießen von Granulationen. Das Cholesteatom, eine entzündliche Geschwulst, ganz verschieden von dem, was Virchow unter der gleichen Bezeichnung verstand, verdankt seine Entstehung einem Einbruch der Gehörgangsepidermis durch ein Loch im Trommelfell ins Mittelohr; die neue Epidermisdecke schilfert hier fortwährend ihre Zellen ab, die sich mit der Zeit zu Kugeln zusammenballen, bei Gelegenheit einer akuten oder chronischen Otitis media vereitern und dann als Fremdkörper wirken. Häufiger freilich entleeren sich andauernd Epidermisschuppen aus der Trommelfellöffnung, und die Erscheinungen sind nicht so stürmisch.

Es gibt auch bei der chronischen Otitis wieder Fälle, wo sowohl Trommelfellbefund wie Sekret zu keiner Besorgnis Anlaß geben und nur allgemeine Symptome vorliegen, die manchmal sehr harmlos zu sein scheinen: halbseitiger, besonders Schläfenkopfschmerz, gelegentlicher Schwindel, Erbrechen. Dann beginnen die Schwierigkeiten der „prophylaktischen" Indikation (Schwartze); es gilt einzugreifen, bevor Erscheinungen von seiten des Gehirns und seiner Häute auftreten. Die Lage hat hier meist Aehnlichkeit mit dem Eingreifen bei drohenden peritonealen Perforationen; auch hier wird nach Ansicht des Ref. die Frühoperation sich immer mehr Anhänger erwerben.

Zum Schluß geht E. kurz auf die Labyrintherkrankung ein, die eine Anzeige zur sofortigen Aufmeißelung bedeutet, wenn sie sich durch plötzlich eintretende Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindel, Erbrechen und Fazialiserscheinungen als frischen Durchbruch des Eiters ins Labyrinth offenbart, während man einer länger bestehenden Labyrinthschädigung gegenüber zu kaltblütigerem Verhalten berechtigt ist. Ueberspringen der vorher im kranken Ohr vorhandenen Tonempfindung einer auf den Scheitel gesetzten Stimmgabel auf das gesunde Ohr (nach Webers Versuch) beweist dagegen bei bestehender Eiterung fast sicher einen Durchbruch ins Labyrinth und zwingt zum Eingriff.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Thymol bei Keuchhusten.

Von Kreisarzt Dr. **H. F. Berger** in Crefeld.

Es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn ich über das Niederziehende sprechen wollte, das der berufsfreudige Arzt empfindet, wenn er gerufen ist, um Keuchhusten zu heilen. Die Zahl der Mittel steht im direkten Verhältnis zu ihrer Erfolglosigkeit. Ein neues wird deshalb erst Skeptizismus zu überwinden haben. Ich habe bei Keuchhusten 0,1%ige Thymollösung zum Inhalieren verwendet, ein Mittel, das bereits gegen Diphtherie erfolgreich ins Feld geführt worden ist von Ströll in München (Münch. medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 3).

Die Lösung

Thymol	0,5
Alkoh. absol.	5,0
Aq. destill. ad	500,0,

in der das Thymol nur gelöst bleibt, wenn sie über 20° C warm ist, muß vor dem Gebrauche entsprechend angewärmt werden durch Stellen in warmes Wasser.

Ich habe eine derartige Wirkung bei Keuchhusten durch 3stündliche Einatmungen dieser Lösung gesehen, daß ich erstaunt bin; die Keuchhustenanfälle mit dem Erbrechen waren nach einer Woche verschwunden.

Ich möchte mit meiner Erfahrung nicht zurückhalten und um Verwendung in größerem Umfange bitten.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Praktische Erfahrungen mit Fibrolysin.** Von San.-Rat Dr. Kob-Stolp i. P. Med. Klinik, 1908, Nr. 3.

2. **Zur Frage über die Zersetzung des Atoxyls.** Von W. L. Yakimoff. Deutsche Med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

3. **Koffeinfreier Kaffee.** Von Dr. v. Boltenstern-Berlin. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 3.

4. **Zwei Ausnutzungsversuche mit Odda M. R.** Von Dr. Bornstein-Leipzig. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 2.

5. **Wissenschaftliche Mitteilungen über die Untersuchungen einiger Spezialitäten.** Von O. Kuhn. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 10.

6. **Neue Arzneimittel und pharmazeutische Spezialitäten.** Pharmazeut. Zeitg., 1908, Nr. 5, 9 und 10.

7. **Ueber Urtikaria symptomatika infantilis und ihre Behandlung mit Ichthyol.** Von Dr. Scharff-Stettin. Therapeut. Monatshefte, 1907, Heft 10.

8. **Wissenschaftliche Mitteilungen über den Wassergehalt des Atoxyls.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Ztg., 1908, Nr. 8.

1. K. teilt die Krankengeschichten zweier Fälle ausführlich mit, bei denen es ihm gelungen, gute Erfolge mit Fibrolysin zu erringen. Der eine Fall behandelt einen Mann, der durch ein Trauma eine Quetschung der rechten großen Zehe erlitten hatte, woran sich infolge Verwachsung der Nervenfasern des Femoralis mit dem narbig veränderten Zellgewebe des Gliedes eine Neuralgie des N. femoralis angeschlossen hatte, und wo nach sieben Einspritzungen von je 2,3 ccm Fibrolysin ein Nachlassen der Beschwerden eingetreten war. Bei dem anderen Fall handelte es sich um eine chronische Peritonitis mit Schwartenbildung, die nach 36 Einspritzungen als geheilt angesehen werden konnte.

2. Durch experimentelle Untersuchungen hat Y. festgestellt, daß schwache Atoxyllösungen (1 bis 2%) sich im Dunkeln ziemlich lange Zeit unverändert erhalten können. Stärkere Lösungen (10%) können gleichfalls ziemlich lange im Dunkeln unverändert aufbewahrt werden; doch verlangen sie häufigere Erneuerung. Frische Lösungen sind vorzuziehen. Es ist besser, die Vorratslösungen unsterilisiert, mit kaltem, gekochtem oder ungekochtem Wasser bereitet, aufzubewahren. Vor der Injektion muß man dann die nötige Quantität der Vorratslösung in einem Probierglase 1 bis 2 Minuten kochen. Daß in der kurzen Zeit zwischen dem Kochen und der Injektion eine Zersetzung in giftige Stoffe eintritt, ist nicht zu befürchten. Bei den geringsten Anzeichen von Gelbfärbung ist die Lösung durch eine neue zu ersetzen. Aus diesem Grunde ist auch eine Alkalisierung der Lösungen zu vermeiden. Verf. weist zum Schlusse noch darauf hin, daß das französische Präparat weniger giftig ist als das deutsche; das erstere konnte in Mengen von 0,75 bis 1,0 g pro die gegeben werden, während bei dem deutschen Präparat ein Uebersteigen einer Dosis von 0,4 g schon gefährlich ist.

3. Alle Kaffeesurrogate sind kein Ersatz für Kaffee, da ihnen das Aroma, der Geschmack und die anderen Eigenschaften des Genußmittels fehlen, wenn sie vielleicht auch Nährwert besitzen. Da nun im Kaffee das Koffein jenes für nervenschwache, reizbare Personen, für Herzkranke, Magenleidende, Blutarme und Bleichsüchtige schädliche Agens ist, so lag es nahe, diese Substanz aus dem Kaffee zu eliminieren. Dieser Vorschlag, der auch von Aerzten gemacht worden ist, war aber praktisch nicht so leicht durchführbar, weil man aus feingepulvertem Kaffee durch Extraktion das Koffein entfernen wollte. Denn roher Kaffee kann nur schw

pulverisiert werden; der Röstung des Pulvers stehen Schwierigkeiten entgegen — ganz abgesehen von dem Mißtrauen, welches das Publikum dem verkäuflichen, gemahlenen Kaffee entgegenbringt. Da die Lösungsmittel für Koffein nicht in das Innere der dickwandigen, harten Kaffeebohnen eindringen können, so handelte es sich darum, durch eine entsprechende Vorbehandlung die Zellen dem Lösungsmittel zugänglicher zu machen, ohne jedoch Form und Aussehen der Bohne zu schädigen oder dem Rohkaffee Stoffe zu entziehen, welche für das Rösten des Kaffees, für die Entwicklung des Aromas hierbei, für Farbe und Geschmack des Kaffeeaufgusses erforderlich sind. Ein solches Verfahren ist der Kaffee-Handels-Aktiengesellschaft in Bremen patentiert worden, das darin besteht, daß durch einen Aufschließungsprozeß die Zellen der rohen Bohnen geöffnet und die Koffeinsalze zerlegt werden. Durch Aether, Benzol, Chloroform konnte das Koffein bis auf geringe Spuren den Bohnen entzogen werden, während durch eine Dampfbehandlung eine Entfernung des Lösungsmittels gelang. Hierdurch ist es möglich geworden, Kaffee zu gewinnen, der je nach der Sorte einen sehr verschiedenen Koffeingehalt aufweist (ca. 0,1 bis 0,2%). Der in den Handel gebrachte, sogen. „Koffeinfreie Kaffee" enthält also noch Spuren von Koffein, die aber praktisch ohne Belang sind. Die bei der Extraktion resultierende braune, übelriechende Masse enthält die harz-, wachs- und fettartigen Körper, die z. T. das schnelle Ranzigwerden des gerösteten Kaffees bedingen, also durch ihren Wegfall einen Vorteil bedeuten. Eine Prüfung von koffeinhaltigem und koffeinfreiem Kaffee hat fast den gleichen Gehalt an Extraktivstoffen ergeben. Auch bezüglich Geschmacks und Aromas ist kaum ein Unterschied zu finden. Der Aufguß liefert ein Getränk, das von koffeinhaltigem Kaffee nicht zu unterscheiden ist. Die experimentellen Versuche an Kranken haben die denkbar günstigsten Resultate ergeben. Mit Recht betont Verf., daß der „Koffeinfreie Kaffee" als ein Fortschritt anzusehen sei.

4. Aus den Stoffwechselversuchen, die B. mit dem nach den v. Meringschen Prinzipien hergestellten Odda M. R. (d. h. für Magenleidende und Rekonvaleszenten im Gegensatz zu dem Kindernährpräparate Odda) gemacht hat, geht hervor, daß das Präparat sehr gut vom Körper ausgenutzt wird. Daher kommt es, daß von allen Seiten über sehr gute Erfolge berichtet wird. Der Preis des Odda M. R. ist nicht höher als der eines guten Kakao, das Präparat schmeckt infolge des Kakaozusatzes ähnlich wie dieser, kann in Milch und Suppen verabreicht werden, wird gern genommen und sehr gut vertragen. B. hat gleichfalls die besten Erfolge gesehen.

5. Die nachfolgenden Mitteilungen über einige Spezialitäten dürften auch für unsere Leser von Wichtigkeit sein:

Dr. Baetckes Asthmapulver besteht aus einem grob gepulverten Speziesgemisch, das — nach der Untersuchung — aus einem mit rund 30% Kaliumnitrat imprägnierten Gemisch von zerkleinerten Herb. Lobel. und Fol. Stramon. besteht. 180 g kosten 1 M.

Bronchisan ist eine braune, etwas trübe Flüssigkeit von dem Geschmack und Geruch des Elixir e Succo Liquirit., die aus Pyrenol, Anisöl, Ammoniak und Succ. Liquirit besteht. Preis einer Flasche zu 140 ccm 2 M.

Danosanum, ein Blutreinigungspulver, wird gegen alle Erkrankungen der Respirationsorgane empfohlen, und zwar soll eine Abkochung von zwei Eßlöffeln des Pulvers in zwei Portionen taglich genossen werden.

6. Antirheumol, eine Rheumatismuseinreibung, ist eine neutrale Lösung von 20%iger Salizylsäure-Glyzerinester in Glyzerin und verd. Weingeist.

Unter dem Namen Aphrodine wird das Yohimbin nach Dr. Spiegel in England vertrieben.

Als neue Teerpräparate werden empfohlen: Carboterpin, Carboneol, Succinol. Carpoterpin nennt Herxheimer eine Lösung von Steinkohlenteer in dem sogenannten Terpinol, das durch Destillation von Terpinhydrat mit verdünnter Schwefelsäure dargestellt wird. Es ist eine tiefbraunrote Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geruch, die beim Verdampfen einen Teerrückstand von ca. 20% hinterläßt. Das Präparat ist bei der Behandlung der Psoriasis mit gutem Erfolge angewendet worden. Das Carboneol wird durch Auflösen von Steinkohlenteer in Tetrachlorkohlenstoff und Verdampfen des letzteren gewonnen und bildet eine tiefschwarze, dünne Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geruch. Sie kann konzentriert, in Spiritus gelöst oder mit Pasten, Salben etc. vermischt, angewendet werden und hat sich als wirksames, reizloses Mittel bei der Ekzemtherapie bewährt. Succinol endlich ist ein gereinigtes Bernsteinteeröl, das gegen den Juckreiz bei Pruritus, Psoriasis und Ekzemen erfolgreich angewendet wurde. Fabrikant ist die Hirschapotheke in Frankfurt a. M. (Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.)

Unter dem Namen Acoinöl (Solutio oleosa Acoini basici) gelangt die bisher im Handel nicht befindliche Acoinbase auf den Markt, deren salzsaures Salz das Acoin des Handels ist. Setzt man zu einer wässrigen Lösung dieses Acoins Alkali, so fällt die Acoinbase als harzige Substanz aus. Das Acoinöl enthält 1% Acoinbase. Nach v. Pflugk ist es das beste Analgetikum bei schmerzenden Augenerkrankungen und Reizzuständen des Auges. Das Acoinöl wirkt schnell, ist reizlos und ungiftig.

Allergin. Unter dem Namen Tuberkulosediagnostikum und Tuberkulintest sind bereits von zwei Seiten gebrauchsfertige Reagentien zur Anstellung der Ophthalmoreaktion in den Handel gelangt. Jetzt wird von der Adlerapotheke in Wien ein ähnliches Präparat in Verkehr gebracht, das aus Alttuberkulin von bestimmtem Wirkungswert besteht und in Röhrchen steril abgefüllt, gebrauchsfertig und haltbar in verschiedenen Konzentrationen geliefert wird, je nachdem, ob es zur Ophthalmoreaktion oder zur kutanen Reaktion (v. Pirquet) gebraucht werden soll.

7. Mit großem Erfolge hat Sch. das Ichthyolammonium bei der Urtikaria des Kindes (Urticaria symptomatica infantilis od. Strophulus) angewendet und während 17 Jahren noch niemals Mißerfolge gesehen. Das Ichthyol kann natürlich nicht allen therapeutischen Anforderungen genügen; die Folgen einer schlechten Lebensführung, der Armut, einer fehlerhaften Ernährung müssen nach allgemeinen Regeln beseitigt werden. Aber zur Stillung des unerträglichen Juckreizes trägt das Ichthyol in hervorragendem Maße bei. Bäder hält Sch. für kontraindiziert; es müßte denn nachher eine Ichthyolapplikation in irgendeiner Form angeschlossen werden. Alle inneren Mittel zur Beseitigung des Juckreizes, als Aspirin, Antipyrin u. a. hält Sch. für überflüssig. Die einfachste Anwendungsform des Mittels ist die in Wasser, als 5- bis 10%ige wässrige Lösung, mit einem Zusatz von 5% Glyzerin, um das Spannungsgefühl der Haut beim Eintrocknen zu mildern. Damit wird der Körper des Kindes zweimal täglich abgerieben und Kartoffelmehl darüber gepudert. Man kann auch eine Salbe verschreiben: Rp. Ichthyol. Ammon. 10,0, Adip. lan. 20,0, Vaselin. flav. 40,0, Aq. dest. ad 100,0. Innerlich wird das Mittel bei rein reflektorischen Formen, z. B. bei der Dentition, oder bei Autointoxikation angewandt. Man kann einem Säugling, wenn einfache diätetische Maßnahmen nichts fruchten, von einer 10%igen wässrigen Lösung ohne Bedenken dreimal täglich 10 Tr. geben, einem dreijährigen Kinde von einer 30%igen Lösung dreimal täglich 10 Tr., dem sechsjährigen von Ichthyol und Aq. dest. ana dreimal täglich 5 Tropfen. Man kann folgende Mixtur verschreiben: Rp. Ichthyol. Ammon. 10,0, Aq. Menth. pip. 80,0, Sir. simpl. 20,0. S. 10 Tropfen bis einen Kaffeelöffel voll in einem Glas Wasser. Nach Unna wirkt das Ichthyol auf das peripherische Blutgefäßsystem, auf den Verdauungstraktus und in beruhigender Weise auf das periphere Nervensystem.

8. Je nachdem das Atoxyl in gut oder schlecht verschlossenen Flaschen aufbewahrt wird, schwankt sein Wassergehalt. Da schon eine Reihe von schweren Vergiftungen beobachtet ist, ist es einerseits notwendig, daß das Präparat mit einem konstanten Wassergehalt in den Handel gebracht wird, andrerseits, daß es vom Apotheker in fest verschlossenen Flaschen aufbewahrt wird. Z. hat diesen verschiedenen Wassergehalt bei mehreren Proben festgestellt.

Neuere Arzneimittel.

Husinol. Fabr.: B. Braun, Melsungen.

Unter dem gesetzlich geschützten Namen Husinol bringt die Firma B. Braun, Fabrik pharmazeut. Präparate und Rosenapotheke in Melsungen, Hessen-Nassau, ein festes Kresolseifenpräparat in Tablettenform in den Handel. Dasselbe hat einen Gehalt von 50% wasserlöslichem Kresol und bildet ein durchaus zuverlässiges Desinfektionsmittel sowohl zur Wundbehandlung, Hände- und Instrumentendesinfektion als auch zu Toilettezwecken, zur Desinfektion der Rasiermesser, Bürsten, Kämme usw. Es wird verwendet, indem man eine Tablette zu 1,0 g in ¹/₁₀ l warmem Wasser auflöst. Das Husinol wurde früher Ennan genannt; ein Referat über das letztere wurde bereits erstattet. Die Husinoltabletten werden in Glasröhren zu 15 Tabletten zum Preise von 50 Pf. abgegeben.

Metakresolanytol. Fabr.: Ichthyol-Gesellschaft, Hamburg.

Metakresolanytol ist eine tiefschwarze, sirupdicke, in Wasser in jedem Verhältnis mit braunschwarzer Farbe leicht lösliche Flüssigkeit; weder verdünnt noch pur übt es eine ätzende Wirkung auf die äußere Haut aus; die damit bepinselte Haut wird hart und stößt sich nach wenigen Tagen in Krusten oder Schüppchen ab; irgendwelche schädigenden Wirkungen auf den Gesamtorganismus sind nicht beobachtet. Neumann in Potsdam, dessen Ausführungen in der Berl. klin. Woch. 1907, Nr. 29 wir unsere Notiz entnehmen, hat bei 12 Fällen von Gesichts- resp. Kopfrose und bei 11 Fällen von Wundrose an den Extremitäten das Mittel erprobt. Mit einem Wattepinsel wird das Metakresolanytolum purum aufgetragen, zuerst auf die gesunde Haut 10 bis 12 cm vom Krankheitsherde in der Richtung zu diesem, dann erst ganz dick durch mehrmaliges Ueberstreichen auf der kranken Haut selbst; die Pinselflüssigkeit trocknet dann zu einem Firnis ein; das Gesicht bleibt unbedeckt, sonstige erkrankte Hautpartien werden mit Leinewand bedeckt. Diese Pinselungen hatten zuweilen schon am ersten Tage Erfolg, indem die Temperatur abfiel und normal blieb; vorsichtiger ist es, besonders suspekte Stellen weiter täglich zu bepinseln, bis eine subnormale Temperatur erreicht ist, dann kann man vor Rezidiven sicher sein. Die lokale Wirkung des Metakresolanytol äußert sich darin, daß die Spannung der erysipelatösen Haut sehr bald nachläßt und der Schmerz völlig schwindet; der nach einigen Tagen einsetzende und ohne jede Eiterung verlaufende Abhäutungsprozeß kann durch Applikation von Oel oder Borvaselin beschleunigt, der schwarze Farbstoff jederzeit mit lauwarmem Wasser abgewaschen werden. Wenn die Temperatur nach einigen Pinselungen nicht abfällt, die Pulsfrequenz hoch bleibt, kann man auf das Vorhandensein einer sehr ernsten Komplikation gefaßt sein; insofern kommt der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit des Metakresolanytols eine wichtige prognostische Bedeutung zu. M. Plien, Berlin.

Technische Neuerscheinungen.

Eine Nabelschnurklemme.

Von Med.-Rat **Jul. Müller**, Kenzingen.

Unsauberkeit, Umständlichkeit, sehr oft Ungeschicklichkeit seitens der Hebamme und dadurch bedingte unverhältnismäßig lange Dauer und was Alles noch von Mißstand mit dem kleinen geburtshilflichen Geschäft des „Nabelabbindens" mittels der von alters her gebräuchlichen zwei Bandschleifen verbunden ist, haben mich zur Herstellung eines Instrumentes geführt, das dem Geburtshelfer als praktisch und zeitgemäß erscheinen und namentlich dort Vorteil bringen wird, wo gefahrdrohende Zwischenfälle (Blutungen, Scheintod) Eile fordern.

Dieses Instrument besteht aus zwei kleinen, zweckdienlich und handlich konstruierten Klemmen, deren Verwendungsweise sofort erkenntlich ist. Nebst der Nabelschnurschere in einem mit Karbollösung, Alkohol oder dergl. gefüllten Gefäße oder auch in der Tasche der Operationsschürze bereitgehalten, werden zur entsprechenden Zeit die beiden Klemmen in passendem Abstande von dem Nabelansatze und unter sich etwa 10 cm voneinander entfernt angelegt; ein Scherenschlag trennt sofort danach die Schnur, so daß die ganze Arbeit sich in wenigen Sekunden abwickelt, ungemein glatt und sauber.

Erst wenn alle übrigen Geburtsgeschäfte erledigt sind, wird zum Schlusse die Dauerschleife umgelegt und die Klemme abgenommen.

Dieses kleine Werkzeug sei zunächst für das Etui des prakt. Geburtshelfers empfohlen; ob dasselbe von da auch in die Hand der Hebamme wandern darf, wird von der Beurteilung der Praktiker zunächst abhängen.

Zu beziehen sind die Klemmen (R. G. M.) durch den Instrumentenmacher W. Pfeiffer, Freiburg i. Br., Ecke Kaiser-Salzstraße 89.

Bücherbesprechungen.

Zur Psychologie des Falles Moltke. Von Dr. med. Georg Merzbach-Berlin. Leipzig und Wien 1907/08. Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitätsbuchhändler, Buchhändler der Kaiserl. Akademie der Wissenschaften.

Der bekannte und geschätzte Forscher auf dem Sexualgebiete, Merzbach-Berlin, der im ersten Hardenprozeß als Sachverständiger neben Hirschfeld funktionierte und als solcher ein von Hirschfeld abweichendes Urteil über die Sexualität des Grafen Moltke fällte, nämlich daß letzterer nicht homosexuell sei, gibt in vorliegender Broschüre eine Begründung dieses seines Sachverständigenurteils und Unterbreitung an ärztlich-juristische Sachverständigenkreise.

Zuerst weist er darauf hin, daß er berechtigt war, seinem Urteil sein außerhalb des Gerichtssaales gesammeltes Material zu Grunde zu legen.

Dann geht er über auf Graf Moltkes persönliche Verhältnisse, dessen künstlerisches Seelenleben, die Psyche seiner Gattin, die daraus resultierende Disharmonie zwischen beiden und das Eheleben beider. Es handelte sich nicht um Homosexualität Moltkes, sondern um psychische Impotenz desselben. Er erklärt dieselbe sexualpathologisch als Angstaffekte, „nachdem wohl einige Beischlafversuche mißlungen waren, zu jenem autosuggestiven Zustande, den man als psychische Impotenz nicht selten bei Neurasthenikern findet, wie auch bei völlig gesunden Personen".

Hierzu möchte ich nur bemerken, daß ich nach diesem ersten Prozeß im „Korrespondenzblatt des ärztl. Bezirksvereins im Königreich Sachsen" am 1. Dez. 1907, wohl noch vor Erscheinen der Merzbachschen Broschüre, vor den Aerzten derart den Widerspruch in dem Gutachten der beiden Kollegen zu erklären versuchte, daß ich in dem betr. Artikel („Der Prozeß Moltke-Harden und der § 175 in ärztlicher Beleuchtung") annahm, daß die unglückliche Ehe die Folge der psychischen Impotenz, durch homosexuelle Veranlagung hervorgerufen, sei. (Diese falsche Annahme der letzteren hat ja der zweite Prozeß inzwischen bewiesen.)

Merzbach geht nun auf das Wesen der psychischen Impotenz näher ein und speziell auf die des Grafen Moltke gegenüber seiner Gattin und ihre Ursachen, die er bei der letzteren (Hysterie etc.) findet.

Ein sachliches Eingehen auf das Gemälde, das M. von der Psyche der Frau von Elbe entwirft, ist natürlich für einen Fernstehenden unmöglich. Nur auf das eine möchte ich hier eingehen, das für uns Aerzte Interesse hat, die Verschiedenheit der beiden Sachverständigenurteile.

Merzbach stützte sein Gutachten auf Material, das er außerhalb des Gerichtssaales — das Gericht erkannte das nicht an — bei glaubwürdigen Personen gesammelt hatte, und hielt infolge desselben Graf Moltke — wie sich später herausstellte mit Recht — für nicht homosexuell. Hirschfeld hingegen hielt sich sachlich allein an das im Gerichtssaal Gehörte und kam, ja mußte, auf diesem Material fußend, zu anderem Resultat kommen.

Im zweiten Prozeß war das für Hirschfeld im Gerichtssaal vorgebrachte Material ein ganz anderes, bisweilen entgegengesetztes als im ersten Prozeß (die veränderten Aussagen der Frau von Elbe), und da Hirschfeld als Begutachter sich nur an diese Aussagen halten konnte, mußte er logischer- und konsequenterweise auch zu einer Aenderung dieses seines Gutachtens kommen. Ich will hier nur noch darauf hinweisen, daß Hirschfeld selbst in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 1908, Heft 2, seine Gutachten im ersten und zweiten Hardenprozeß zur Evidenz korrekt entwickelt hat und gezeigt hat, daß beide Male dasselbe wissenschaftlich begründet war. Ein näheres Eingehen darauf würde hier zu weit führen. Nur sei noch darauf hingewiesen, daß Hirschfeld in Nr. 3 dieser Zeitschrift (Märznummer) eine Schlußbegründung geben wird. Interessenten kann ich hier nur darauf verweisen.

Dr. Rohleder-Leipzig.

KORRESPONDENZ.

— Herr Geh. Sanitätsrat Dr. Wattenberg in Harburg a. E. schreibt uns:

„Der Artikel über Appendizitisfrage und Obstipation von Dr. med. Georg Hünerfauth in Nr. 8 der „Therapeutischen Rundschau“ vom 23. Febr. 1908 enthält soviel Beherzigenswertes, daß ich ihn mit wahrem Vergnügen las. — Die Frage ist indes so wichtig, daß ich mir erlaube, einige Ergänzungen aus meiner Erfahrung beizufügen. Zunächst wird als Hauptbegünstigungsmittel der Appendizitis und Obstipation die zu reichliche Fleischnahrung mit Recht angeführt. Ich möchte dies dahin erweitern, daß auch der zu reichliche Genuß von unvermischter Milch denselben schädlichen Einfluß haben kann. Diese ist gewissermaßen flüssiges Fleisch. Die Milch wird dadurch besonders leicht unverdaulich, daß sie im Magen zu dicken Käsestücken gerinnt, wenn sie unvermischt hineingelangt. Ich spreche hier von der Milch der Zweihufer, die solch großen Prozentsatz von Käsestoff enthält. Man findet nicht selten, daß Kinder, welche drei bis vier Tage keine Milch genossen haben, große Stücke von fast lederhartem Käse erbrechen. Entgegengesetzt der Meinung von vielen Aerzten, die den Müttern raten „je mehr Milch, desto besser“, verordne ich Milch immer nur in verdünntem beziehungsweise mit vegetabilischen Stoffen gemischtem Zustande mit einem Zusatz von etwas Kochsalz. Ich habe nicht selten Kinder in Behandlung nehmen müssen, die infolge ausschließlicher Milchnahrung zwar reichlichen Fettansatz, aber eine schlechte Ernährung des Muskel- und Nervensystems zeigten und — neben unregelmäßiger Darmfunktion und Hautausschlägen — einen solchen Grad von Unlust und Verdrießlichkeit, daß die Eltern den Arzt zuzogen. Durch eine einfache Aenderung der Diät, Weglassen von Milch, namentlich durch Zufuhr von Vegetabilien bei genügender Bewegung war dieser Zustand in kurzer Zeit beseitigt. Ich sage Eltern bei jeder Diätverordnung, die Kinder sollen Milch mehr essen wie trinken. — Mit Recht weist der Verfasser des betr. Artikels darauf hin, daß die Fleischnahrung viel mehr zu fauliger Zersetzung im Darme neigt als Pflanzenkost. Dies trifft auf die Milch in erhöhtem Maße zu.

Was die Heilung der Obstipation anbetrifft, so kann man nicht genug Gewicht darauf legen, daß die Leibesöffnung täglich zur regelmäßigen Zeit eintreten muß und zwar sofort nach dem ersten Frühstück. Ich habe in meiner langjährigen Praxis fast immer diesen Erfolg gesehen durch ein einfaches Mittel. Der an Verstopfung Leidende mußte jeden Abend vor dem Schlafengehen eine kleine Quantität von einer Abkochung der Faulbaumrinde oder von dem wässrigen Fluidextrakt derselben zu sich nehmen. Es tritt dann am andern Morgen fast regelmäßig ein normaler Stuhlgang ein, etwaige Abweichungen davon kann man leicht durch wechselnde Dosierung beeinflussen. Hat das Mittel die regelmäßige Wirkung erreicht, so kann man durch ganz allmähliche Verringerung der Gabe zum normalen Zustand zurückkehren. Wohltätig ist bei hartnäckigen Fällen auch der regelmäßige Genuß von irgendeiner Obstspeise — am besten Zwetschenmus — zum ersten Frühstück. Uebrigens lasse ich solche zu Obstipation neigende Personen, namentlich auch Kinder, statt Kaffee und Tee regelmäßig Schafgarbentee (achillea millefol.) mit Milch und Zucker trinken. Etwas ausführlicher über die Ernährung der Kinder habe ich mich in meiner Arbeit*) geäußert.

Um jeder Mißdeutung vorzubeugen, erkläre ich, daß ich mit meinen obigen Ausführungen die Unentbehrlichkeit der Milch, namentlich bei Kindern, ebensowenig bestreite wie die Notwendigkeit eines gewissen Prozentsatzes animalischer Kost.“

---

*) „Wie verschaffen wir unsern Kindern gesunde Knochen und erhöhen dadurch die Widerstandskraft des Körpers gegen Krankheit.“ Dr. med. H. Wattenberg, Geh Sanit.-Rat, Harburg a. E. Verlag der ärztl. Rundschau (O. Gmelin), München.

ALLGEMEINES.

Unter dem Titel **„Bad Ems 1908“** hat die Königliche Bade- und Brunnenverwaltung zu Ems ein geschmackvoll ausgestattetes Werkchen herausgegeben, das über alles Wissenswerte unterrichtet, das gleichzeitig aber auch einen Führer durch Ems und dessen prachtvolle Umgebung darstellt. Außer einem Ortsplan und einer Lahntalkarte enthält das Werkchen u. a. wichtige meteorologische Aufzeichnungen, die jedem, der sich vor einem Besuch des Bades über dessen klimatische Vorzüge orientieren will, willkommen sein werden. Der altberühmte Badeort mit seinen waldbewachsenen Bergen ringsum, mit seinen natürlichen Schönheiten, ist in den letzten Jahren mit an die erste Stelle der deutschen Badeorte gerückt; betrug doch die Frequenz der letzten Saison rund 26000 Personen.

Dieser Aufschwung, der sich seit dem regelmäßigen Besuch Kaiser Wilhelms in den Jahren 1867 bis 1887 langsam, aber stetig vollzog, ist vor allem der immer mehr anerkannten Heilwirkung der Emser Thermalquellen zu danken, deren Produkte — Emser Pastillen, Emser Salz usw. — Weltberühmtheit erlangt haben. In den letzten Jahren hat die Königliche Brunnenverwaltung namhafte Neueinrichtungen und Verbesserungen geschaffen, die ebenfalls in der Broschüre besprochen sind.

Patent-Nachrichten.

Patenterteilungen.

30 f. 190705. Gerät für Klopfmassage mit einem durch Druckluft in einem Zylinder hin und her bewegten Kolben. Boston Vibrator Company, Boston, V. St. A.; Vertr.: E. W. Hopkins und K. Osius, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 11. 29. 3. 05. B. 39591.

30 f. 190706. Uebungsapparat für die verschiedenen Bewegungen der schwedischen Heilgymnastik. Dr. Alessandro Mari, Paris; Vertr.: C. Gronert und W. Zimmermann, Pat.-Anwälte, Berlin SW. 61. 23. 5. 06. M. 29816.

30 g. 190707. Trinkbecher für zu erwärmende Brunnen- oder andere Flüssigkeiten. Dr. Hugo Gloeckner, Berlin, Bülowstraße 105. 10. 5. 06. G. 23032.

30 k. 190708. Verschlußkästchen für Scheidenspritzen mit Spülkanne. Johann Friedrich Marx, Cöln, Richard Wagnerstr. 38. 20. 1. 06. M. 28987.

Ich bin dankbar für gefl. Aufgabe von Apotheken, welche das aus Meeralgen hergestellte Nährfett Fucol noch nicht führen. Da es nicht allein den Lebertran vollständig ersetzt, sondern durchweg schneller und energischer wirkt, sollte Fucol überall leicht erhältlich sein. Es empfiehlt sich, Orig.-Flaschen à 1/2 Liter à M. 2,— zu verordnen. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Therapeutische Rundschau
Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 29. März 1908. Nr. 13.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Ueber die Behandlung der Syphilis.

Erfahrungen und Ansichten eines Praktikers.

Von **Axel Winckler**, Dr. med. et phil., Sanitätsrat,
Kgl. dirigierendem Brunnenarzt am Bade Nenndorf.

> „Nur in der Erfahrung ist Wahrheit."
> Kant.

Niemand hat die Schrecken der Syphilis so drastisch geschildert wie Voltaire im dritten und vierten Kapitel seines berühmten philosophischen Romans „Candide oder der Optimismus", der bekanntlich gegen die Leibnitzsche Theodicee gerichtet ist. In der Tat ist die Existenz dieser gräßlichen Krankheit ein starkes Argument gegen die optimistische Weltanschauung; auch Schopenhauer hat sich dieses Arguments wiederholt bedient. Voltaire entwirft ein Porträt des syphilitischen Doktors Pangloss, als eines Unglücklichen „voller Eiterbeulen, mit erloschenen Augen, zerfressener Nasenspitze, schief gezogenem Munde und schwarzen Zähnen, der durch den Rachen sprach, von einem heftigen Husten geplagt wurde und bei jedem Hustenstoß einen Zahn ausspie". Der Patient wird geheilt, „verliert aber bei der Kur nur ein Auge und ein Ohr". Am meisten Entsetzen äußert Voltaire über die Häufigkeit dieser Krankheit. „Sie hat" — meint er — „wunderbare Fortschritte unter uns gemacht, und zwar vor allem in jenen großen Heeren ehrenwerter, wohlerzogener Söldlinge, von denen das Schicksal der Staaten abhängt; man kann sicher sein, daß, wenn dreißigtausend Mann in Schlachtordnung einer gleichen Anzahl von Truppen gegenüber stehen, auf jeder Seite ungefähr zwanzigtausend Syphilitiker stehen". Das ist romanhaft übertrieben, aber die heutigen Schätzungen lauten kaum minder schrecklich. Professor Fournier berechnet, daß 20 Prozent der Ehefrauen von ihren Männern angesteckt sind, ferner, daß bei syphilitischer Erkrankung des Vaters 28 Prozent, der Mutter 60 Prozent, beider Eltern 68 Prozent der Kinder an Syphilis sterben! Endlich zählte er unter 5749 mit dieser Krankheit behafteten Patienten 83 mit allgemeiner fortschreitender Gehirnlähmung, 631 mit Rückenmarksdarre und 758 mit Gehirnsyphilis, also auffallend viele Fälle von Spätsyphilis und Nachkrankheiten. (Prof. Dr. Alfred Fournier, Die Syphilis eine soziale Gefahr. Deutsch von Dr. Vorberg, Leipzig 1905.) Die Flugschrift der französischen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der ich diese Angaben entnehme, gibt eine höchst ausführliche Statistik dieses Krankheitselends.

Immerhin ist die Syphilis nicht ganz so schlimm, wie sie den Pessimisten erscheint, denn durch rechtzeitige und sorgfältige ärztliche Behandlung ist sie radikal heilbar, wodurch sie sich doch von vielen andern Uebeln vorteilhaft unterscheidet. Ein sicherer Beweis ihrer Heilbarkeit ist, daß mancher Mensch zum zweiten Mal im Leben den Primäraffekt erleidet, denn hieraus wird ersichtlich, daß er von seiner ersten Ansteckung so gründlich geheilt war, daß er sich eben zum zweiten Mal infizieren konnte.

Freilich zeitigt nicht jede ärztliche Behandlung völlige Heilung, da es neben zuverlässigen und wirksamen auch schwache und unwirksame Mittel gibt und gute Mittel bei ungeschickter Anwendung versagen können. Die medizinische Mode bringt mancherlei unzweckmäßige neue Methoden auf, die zum Nachteil der Kranken lange Zeit gebräuchlich bleiben. Gewisse Neuerungen sind geradezu Rückschritte in der Kunst des Heilens. Daß diese Kunst bisweilen auf Irrwege gerät, ist leider unvermeidlich. Die führenden Forscher können, wie alle Sterblichen, irren, und jeder ex cathedra verkündete Irrtum findet lautesten Widerhall und weiteste Verbreitung. Jener Kliniker, der den weichen Schanker für eine syphilitische Affektion erklärte und demgemäß behandeln lehrte, hat viel Unheil gestiftet, bis der Irrtum endlich erkannt wurde; ein anderer Professor, der die schwächlichen Spritzkuren in Mode brachte, hat nicht weniger Schaden angerichtet, und jener, der die chronisch-intermittierende Behandlung einführte, wobei der Patient — ad analogiam des Hundes, dem der Schwanz stückweise abgeschnitten wurde — jahrelang nicht aus der Quecksilberintoxikation herauskommt, hat die Syphilistherapie abermals auf ein falsches Geleise gebracht. Die Menge der Schüler propagiert jede solche Irrlehre auf lange Zeit. Die Unselbständigen müssen ja stets einen wissenschaftlichen Papst haben, dem sie nachbeten können; sie vermeinen dann, auf der Höhe der Wissenschaft zu stehen, gestatten keine Diskussion, hören auf keine Gegengründe und verlangen, daß man die Dinge nur durch die Brille ihres Professors betrachte. Alle Vorgänger, alle Gegner ihres hochverehrten Lehrers sind Ignoranten und Ignorant ist jeder, der die Meinung des großen Mannes nicht für der Weisheit letzten Schluß hält. Erkennt aber die ärztliche Welt nach Jahren, daß die Autorität sich geirrt hatte, so geht man zur Tagesordnung über und jubelt einer andern Autorität zu, die ein anderes medizinisches Evangelium verkündet; die Lehre des Vorgängers sinkt dann klanglos in den Orkus der Vergessenheit. So ziehen Theorien und Systeme der Heilkunst vorüber wie die Kleidermoden. Bleibenden Wert hat nur die aus langer Erfahrung gezogene Erkenntnis, sofern sie von keiner Modetheorie beeinflußt ist.

Dies glaubte ich vorausschicken zu müssen, um meinen rein empirischen Standpunkt zu rechtfertigen. Ich habe außerordentlich viele Syphilisfälle gesehen und beobachtet, denn ich habe dreißig Jahre lang praktiziert, davon die letzten zehn Jahre in einem von zahlreichen Syphilitikern besuchten Schwefelbade. Was diese lange Praxis mich gelehrt hat, möchte ich in dieser Abhandlung vortragen, in der Hoffnung, daß Viele Nutzen daraus ziehen werden.

Das erste Stadium der Syphilis muß exspektativ behandelt werden; vorschnelle Eingriffe sind hier nicht ratsam. Der Primäraffekt, gleichviel ob er als Ulkus durum oder als bloße Sklerose ohne Substanzverlust erscheint, darf nicht ausgeschnitten werden; eine solche Operation bleibt erfolglos, vermutlich weil das Virus inzwischen längst die Lymphbahnen ergriffen hat. Ich habe bei fünf sorgfältig operierten Fällen gesehen, daß die sekundären Erscheinungen trotz der Operation eintraten. Ein Ulcus ist dünn mit Xeroform zu bestäuben; weiter ist nichts erforderlich. Indolente Bubonen erheischen Ruhe und kalte Umschläge. Eine Quecksilberbehandlung sogleich beim Auftreten des Primäraffektes einzuleiten, ist unzweckmäßig, meines Erachtens sogar ein Kunstfehler, da der Ausbruch der sekundären Symptome dadurch nur verzögert, nicht verhindert wird und dann, nachdem es zum Ausbruch gekommen ist, das Quecksilber nichts mehr nützt, indem der Körper bereits merkurialisiert ist; man steht dann ratlos da und hat kein wirksames Mittel in der Hand. Theoretiker finden freilich das Abwarten „unlogisch", aber die Theorie führt hier, wie so oft, irre. Meine Erfahrungen sprechen gegen jede „Präventiv-Allgemeinbehandlung".

Erst wenn die Roseola auftritt oder noch später, wenn papulöse Hautsyphilide, breite Kondylome, spezifische Angina, Mund- oder Rachengeschwüre, kurz, sekundäre Symptome erscheinen, ist der richtige Zeitpunkt gekommen, das Quecksilber anzuwenden, und zwar in Form einer Schmierkur.

Die neuerdings gebräuchlichen Spritzkuren, das heißt Kuren mit subkutanen, intramuskulären oder intravenösen Injektionen von allerhand Quecksilberverbindungen sind unzuverlässig, teilweise auch gefährlich. Am wenigsten habe ich gegen die zehnprozentige Suspension von Hydrargyrum salicylicum in Paraffinum liquidum einzuwenden, wovon je eine Pravazspritze voll intramuskulär injiziert wird. Aber wieviel davon resorbiert wird und wieviel im Muskel liegen bleibt, weiß niemand! Das Dosieren wird bei solchen Kuren zur Illusion; man hofft und meint und glaubt nur, „daß das an der betreffenden Stelle entstehende Quecksilberdepot im Laufe von fünf bis sieben Tagen aufgesogen werde". Ich bin von dieser unsicheren Therapie längst zurückgekommen. Viele Patienten suchen Nenndorf oder Aachen auf, um daselbst eine Schmierkur zu gebrauchen, weil sie kurz nach einer daheim gebrauchten Spritzkur, manchmal schon nach vierzehn Tagen, syphilitische Rezidive erlitten haben. Derartige Fälle sind mir so oft vorgekommen, daß ich von der Minderwertigkeit der Spritzkuren überzeugt worden bin. Und wenn mich nicht alles täuscht, ist die zunehmende Verbreitung der syphilitischen Spätaffektionen und Nachkrankheiten teilweise dem Umstande zuzuschreiben, daß die Syphilis heutzutage weniger mit Schmierkuren, mehr mit Spritzkuren behandelt wird, wodurch keine sicheren Heilungen bewirkt werden können.

Von den Quecksilbersäckchen, den Merkolintschürzen, den Merkuriolbeuteln und analogen therapeutischen Spielereien ist noch weniger Nutzen zu erwarten als von den Spritzkuren. Einige meiner Patienten hatten sich mit solchen Sachen behängt; kein einziger hatte Erfolg davon gehabt.

Aber auch die Schmierkur versagt, wenn sie nicht mit dem richtigen Präparat und nicht in kunstgerechter Weise vorgenommen wird.

Das beste Präparat ist die graue Salbe nach Vorschrift der Pharmakopoe. Sie übertrifft bei weitem die angepriesenen Ersatzmittel Quecksilbervasogen, Quecksilberresorbin — lucus a non lucendo! — Quecksilbermollin, Quecksilberseife, Quecksilberseifensalbe, Merkurkolloid, Quecksilberdermosapol und dergleichen Erfindungen strebsamer Aerzte und industrieller Apotheker. Wird bei sensibeln Personen, zum Beispiel bei Damen, eine unauffällige, „farblose" Schmierkur wünschenswert, so verordne ich das vom weiland Hofapotheker Görner in Berlin erfundene Sapolentum Hydrargyri, eine angeblich mit Mollin bereitete, um 17 Prozent überfettete Quecksilbersalbenseife, die ich als das beste Surrogat der grauen Salbe ansehe; falls es sich aber um einen schweren Fall handelt, bestehe ich unbedingt auf der Anwendung der offizinellen Salbe, da es alsdann auf absolute Sicherheit der Kur mehr ankommt als auf deren Annehmlichkeit.

Einige historische Notizen mögen zeigen, daß die Schmierkur schon sehr bald nach dem ersten Auftreten der Syphilis eingeführt wurde und seitdem die verschiedensten Heilmethoden überdauert hat, woraus erhellt, daß eine wirklich gute Kurmethode nicht leicht verdrängt werden kann.

Die Syphilis trat zum ersten Mal im Jahre 1493 in Frankreich, Deutschland und Italien mit furchtbarer Heftigkeit auf. Da aber im März desselben Jahres Columbus von der Entdeckung Amerikas nach Spanien zurückgekehrt war, ist es höchst wahrscheinlich, daß seine Matrosen die Seuche von drüben nach Europa eingeschleppt haben;

„Neuste Entdeckungen im Reich der Venus,
„Die Celsus nicht gekannt und nicht Galenus,
„Die Morgengabe, die der edle Held
„Colon empfing von seiner neuen Welt."

(Vgl. v. Notthaft, Die Legende von der Altertums-Syphilis. Leipzig 1907.)

Mit rasender Schnelligkeit und elementarer Wucht, wie nur neue Seuchen bisher unberührte Völker ergreifen, verbreitete sich damals die Syphilis über Europa, allgemeines Entsetzen erregend. Jedes Volk beschuldigte seine Nachbarn oder dasjenige Volk, womit es in Handelsverkehr stand, das Uebel gebracht zu haben; deshalb nannten die Deutschen es „die Franzosen", die Franzosen aber mal de Naples, die Britten French pox, die Skandinavier das deutsche Uebel, die Türken das christliche Uebel und die Ostindier die Portugiesenseuche.

Soviel steht fest, daß die Syphilis in jenem Jahre zum ersten Mal in auffälliger Weise Europa heimsuchte. Aber schon vier Jahre später war das spezifische Heilmittel dagegen gefunden: im Jahre 1497 veröffentlichte der Arzt Widmann einen Traktat über die äußerliche Anwendung des Quecksilbers bei dieser Krankheit. Fernel und Paulmier nehmen an, die Schmierkur sei schon etwas früher, aber nur von Kurpfuschern bei der Syphilis gebraucht worden. Wahrscheinlich hat man die graue Salbe, die von den arabischen Aerzten gegen die Lepra verordnet worden war, in der Meinung angewendet, die neue Krankheit sei eine Art von Lepra. Zu Beginn des 16. Jahrhunderts war die Schmierkur schon von der ganzen Aerztewelt angenommen. Andere Quecksilberkuren kamen daneben auf; Johann de Vigo empfahl Zinnoberräucherungen und das von ihm erfundene und nach ihm benannte Quecksilberpflaster. Vidus Vidius zog die Räucherungen den Einreibungen vor; Fracastor lehrte das Gegenteil; er ließ die Extremitäten der Kranken mit grauer Salbe einreiben und verwarf die Räucherungen. Berengar von Carpi gewann durch erfolgreiche Schmierkuren großen Ruf und ein ungeheures Vermögen. Auch Nicolaus Massa lehrte, die Schmierkur sei das beste Heilmittel der Syphilis. Der Botaniker Mattioli, ein Kommentator des Dioscorides, wagte zuerst eine innerliche Anwendung des Quecksilbers. Dem Seeräuber Barbarossa aus Algier verdankte König Franz I. von Frankreich ein Rezept zu Pillen, die metallisches Quecksilber enthielten; der König ließ später das Rezept bekannt machen, da ihm die Pillen genützt hatten. Paracelsus meinte, die innerliche Anwendung des Quecksilbers sei der Schmierkur vorzuziehen, aber seine Autorität konnte diese Kur nicht verdrängen. Von den Uebertreibungen, die sie eine Zeitlang in Verruf brachten, kam man allmählich zurück; man erkannte, daß der Speichelfluß, den man für notwendig zur Heilung gehalten hatte, nur eine üble, sehr entbehrliche Nebenerscheinung sei. Endlich lehrte v. Siegmund brauchbare Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung des Speichelflusses, wodurch die Schmierkur ihre Schrecken verlor.

Im Jahre 1864 erfand Scarenzio, Kliniker in Pavia, die erste Quecksilber-Spritzkur; er injizierte acht syphilitischen Kranken eine Calomel-Suspension, wodurch sieben gebessert wurden; alle aber bekamen Phlegmonen und Abszesse. Hunter und Hebra ahmten die neue Methode sogleich nach, nahmen jedoch Sublimatlösungen; diese Kur wurde dann von Lewin in Deutschland eingeführt. Seitdem werden alljährlich andere Spritzkuren mit immer neuen Quecksilberpräparaten ersonnen und empfohlen. Diese therapeutische Mode hat die alterprobte Schmierkur etwas in den Hintergrund gedrängt, aber keineswegs ersetzen können. Treffend sagt Professor Lesser in seinem Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (2. Teil, 9. Auflage, Seite 307) von der Schmierkur: „Die Mehrzahl der Aerzte stimmt darin überein, daß diese Kur die zuverlässigste ist. Wir sehen, daß selbst diejenigen Aerzte, welche im allgemeinen eine andere Applikationsmethode empfehlen, zur Schmierkur rekurrieren, wenn es sich um die möglichst schnelle Beseitigung ernster gefahrdrohender Symptome handelt, und hierin liegt doch das Zugeständnis, daß von der Schmierkur mit größerer Sicherheit eine energische Wirksamkeit erwartet werden kann als von den anderen Applikationsweisen.“

(Fortsetzung folgt.)

Der gegenwärtige Stand der Hetolbehandlung der Tuberkulose.

Von Dr. med. **R. Weissmann**, Lindenfels.

Auf der vierten Versammlung der Tuberkulose-Aerzte in Berlin 1907 hat die geniale Methode Landerers abermals keine Gnade gefunden. Immerhin ist aber doch insofern ein Fortschritt zu verzeichnen, als das Hetol doch erwähnt wurde, während es auf der dritten Versammlung meiner Fachkollegen keines Wortes gewürdigt wurde.

Auf der letzten Versammlung hat Bandelier bei der Besprechung des jetzigen Standes der spezifischen Tuberkulosebehandlung Landerers Hetoltherapie als nicht spezifisch abgelehnt. Ob Bandelier die Wirksamkeit des Hetols überhaupt bestreitet, geht aus seinen Aeußerungen nicht hervor. Für mich ist es übrigens völlig gleichgültig, ob man das Hetol als ein Spezifikum bezeichnen will oder nicht, die Hauptsache ist, daß es ein Mittel ist, das bei der Tuberkulose größere Erfolge zeitigt als jede andere Behandlungsmethode.

Ich habe schon im Augustheft 1904 von Schmidts Jahrbüchern der in- und ausländischen gesamten Medizin in meiner Zusammenstellung der Literatur über die Hetolbehandlung der Tuberkulose von 1901 bis 1904 darauf hingewiesen, daß die Zahl der Freunde dieser Behandlung mehr und mehr zunimmt. Wenn ich auf die seit dem Erscheinen meiner Zusammenstellung verstrichenen 3 1/2 Jahre zurückblicke, kann ich mit Befriedigung feststellen, daß die Zahl der Anhänger der Landererschen Methode in dieser Zeit wiederum gewachsen ist und daß unser Kampf um die Anerkennung des Hetols kein vergeblicher war.

Mir selbst, der ich stolz bin, in diesem Kampfe um das Hetol in vorderster Linie zu stehen, sind von einer großen Zahl praktischer Aerzte Mitteilungen zugegangen, in denen sie über ihre günstigen Erfolge mit Hetol berichten. Ich habe das in dieser Zeitschrift*) schon erwähnt. Aber auch die Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigen, daß das Hetol keineswegs, wie Klemperer**) gemeint hatte, als ein Mittel von irgendwelchem besonderen Werte gegen die Tuberkulose endgültig gestrichen werden dürfe. Ich erwähne da zunächst Blum***), der an acht Krankengeschichten zeigt, daß das Hetol nicht nur eine Besserung des Allgemeinbefindens, sondern auch eine beträchtliche Besserung des Lungenbefundes bewirke.

Der Verfasser bedauert aufs lebhafteste, daß die Methode Landerers sich bisher so wenig Anhänger unter den Aerzten erworben habe. Die Methode verdiene eine viel regere Ausübung. Es sei nicht Aufgabe des praktischen Arztes, nachzuprüfen, wie die Erfolge zustande kämen, die Hauptsache bleibe für den praktischen Arzt, daß die Erfolge des Hetols in geeigneten Fällen nach des Autors Erfahrungen mit fast absoluter Sicherheit eintreten. „Die Besserung war in einigen Fällen „eine so beträchtliche, daß es den betr. Patienten am Ende der „Kur sicher, wenn es auf den Status allein ankäme, ge„lungen wäre, die Aufnahme in eine Lebensversicherung zu erreichen.“

Tóvölgyi*) nennt das Hetol ein der Nachprüfung unbedingt würdiges Mittel. Nach seinen Erfahrungen wirken die Hetolinjektionen bei leichten Fällen heilend, selbst dann, wenn die Lungentuberkulose mit einem Kehlkopfleiden kombiniert ist. Bei vorgeschrittenen Fällen sei völlige Heilung nicht ausgeschlossen, jedenfalls werde das Leben der Kranken verlängert. Bei schwersten Fällen werde das Allgemeinbefinden bis zum letzten Augenblicke bedeutend verbessert.

Schrage**) findet es geradezu auffällig, daß Landerers Verfahren gegenwärtig noch so wenig allgemein geübt wird, trotzdem das Verfahren seinem Werte nach nicht zu vergleichen sei mit jenen Dutzendmitteln, die auftauchen, um sofort wieder zu verschwinden. Es sei vielmehr das Resultat langjähriger, ernster, wissenschaftlicher Arbeit, mühevoller Studien und Forschungen. Die abfälligen Urteile seien schwer verständlich. Wenn man die in zahlreichen Arbeiten niedergelegten günstigen Beobachtungen und Erfahrungen irgend etwas anderem als der Wirkung des Hetols zuschreiben wolle, sei das ein mehr als gewöhnlicher, um nicht zu sagen, mehr als zulässiger Grad von Skepsis. Es handle sich bei der Hetolbehandlung um eine wirkliche „Therapie“, um direkte Einwirkung auf die krankhaften Veränderungen an der Lunge.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält Verfasser das Hetol für ein Mittel, das unbedingt die weiteste Würdigung verdient, in erster Linie in den Kreisen der praktischen Aerzte. Er wünscht, daß zum Segen zahlloser Kranker das Verfahren Landerers zum Gemeingut aller Aerzte werde.

Derselbe Verfasser***) empfiehlt in einem im Ostfriesischen Aerzteverein gehaltenen Vortrage die Hetolbehandlung warm, namentlich für beginnende Fälle. Sie sei nach seiner Ueberzeugung das Beste, worüber wir bis jetzt verfügen.

Prym†) berichtet über Beobachtungen an der Greifswalder medizinischen Universitätsklinik an 22 Fällen. Eine potentielle Wirkung des Hetols auf tuberkulose Prozesse sei zweifellos, doch sei diese Wirkung keineswegs ausschließlich eine günstige. Verfasser gibt aber selbst zu, daß das Material von Krankenhäusern wenig geeignet sei zu abschließenden Beobachtungen über Behandlungsmethoden wie die mit Hetol.

Heggs††) konstatierte bei sieben Fällen, die alle Tuberkelbazillen im Auswurf aufwiesen, durchweg Besserung. Alle Fälle zeigten die von Landerer angegebene Leukozytose. Hetol sei ein sehr nützliches Hilfsmittel bei der Behandlung der Tuberkulose.

Fehde†††) heilte einen Fall von Sehnenscheidentuberkulose durch lokale Hetolinjektionen.

Franck*†) beschreibt nochmals die Technik der Hetolbehandlung. Er wünscht dieser so leistungsfähigen Methode zahlreiche neue Freunde, um das Andenken an den leider zu

---

*) Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in Berlin und die Wissenschaft. Randglossen zu dem Thema: „Die Hetolbehandlung der Tuberkulose und ihre Gegner.“ Von Dr. Weißmann-Lindenfels. Therap. Rundschau 1907, Nr. 27 bis 28.

**) Diskussion im Verein für innere Medizin zu Berlin am 17. Juni 1901. Deutsche med. Wochenschrift, XXVII, 28, 1901.

***) Blum, Erfolge der Zimtsäurebehandlung der Lungenschwindsucht in der Sprechstunde des Landarztes. Therap. Monatshefte, Juni 1904.

*) Tóvölgyi, Ueber den Wert der Hetolinjektionen bei Fällen von Lungentuberkulose. Pester med.-chirurg. Presse, 1904, Nr. 30 u. 31.

**) Schrage, Zur Behandlung der Lungentuberkulose nach Landerer. Münchener med. Wochenschrift, 1904, Nr. 44.

***) Schrage, Ueber Hetolbehandlung der Lungentuberkulose. Vortrag, gehalten im Ostfriesischen Aerzteverein am 8. November 1905. Aerztliche Rundschau, 1905, Nr. 50.

†) Prym, Zur Hetolbehandlung der Tuberkulose. Münchener med. Wochenschr., 1904, Nr. 44.

††) Heggs, The value of Hetol in pulmonary tuberculosis. The Lancet, 1904, S. 1136.

†††) Fehde, Ein Fall von Sehnenscheidentuberkulose, geheilt durch Landerersche Hetolinjektionen. Deutsche med. Wochenschr., 1905, Nr. 26.

*†) Franck, Die Indikation und die Technik der Hetolbehandlung für den prakt. Arzt. Med. Woche, 1906, Nr. 4.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

früh dahingeschiedenen Begründer der Methode in Dankbarkeit zu erhalten.

Bekanntlich starb Landerer am 21. August 1904. Dem genialen Forscher widmeten Franck*) und Grosse**) warm empfundene Nachrufe, in denen beide schildern, wie leider die sogen. leitenden ärztlichen Kreise sich dauernd ablehnend verhielten trotz immer tieferer Ausarbeitung seiner Zimtsäurelehre. Beide geben noch der Hoffnung Ausdruck, daß Landerer bei der Nachwelt die reinere Anerkennung finden werde, um die er bei Lebzeiten vergebens stritt. Auch ich hoffe, daß zum Segen der Menschheit die Landerersche Methode immer mehr und mehr sich einbürgere. Aber es dürfte noch manch harten Kampf kosten, zumal die Gegner der Methode vielfach in souveräner Mißachtung aller wissenschaftlichen Grundsätze ihr Urteil fällen und die Methode kurzer Hand abtun.

So erklärt de la Camp***), Landerers Methode habe sich in größerem Umfange nicht bewährt. Eigene Versuche hat de la Camp nicht angestellt, er muß also sein Urteil sich aus der Hetolliteratur gebildet haben. Ich entnehme aber aus der Literatur über das Hetol, daß es sich wohl bewährt habe. Es ist bedauerlich, daß trotz aller festgelegten Erfolge gerade die Heilstättenärzte sich nicht bereit finden, die Methode an ihrem großen Material nachzuprüfen, zumal die Unschädlichkeit doch auch von den Gegnern anerkannt ist. Ich habe die Nachprüfung bei den Heilstätten der Landesversicherungsanstalt für das Großherzogtum Hessen angeregt, bin aber abschlägig beschieden worden. Habeat sibi. Das Hetol wird doch seinen Weg machen.

Aehnlich wie de la Camp scheint Röpke†) das Hetol zu beurteilen. Nach ihm haben bisher nur zwei Heilmethoden der Kritik standgehalten, nämlich die „geschlossene Anstaltsbehandlung“ (sic!) nach den Grundsätzen von Brehmer und Dettweiler, und die spezifische Behandlung mit den mannigfachen Produkten des Tuberkelbazillus auf dem Wege der aktiven und passiven Immunisierung. Röpke scheint die Literatur über Hetol nicht zu kennen, sonst könnte er dieses Mittel nicht so ganz mit Stillschweigen übergehen.

Und wenn Röpke meint, daß die Heilstättenärzte den hygienisch-diätetischen Heilplan ausbauen müßten durch Zuhilfenahme der spezifischen Therapie, wenn sie die zweiten und selbst die prognostisch günstigen dritten Stadien der Lungentuberkulose erfolgreicher als bisher behandeln wollen, so verweise ich auf eine Aeußerung Francks††), der in der Kombination der Hetolbehandlung mit der Ruhe- und Freiluftkur das Ideal sieht. Ich ziehe allerdings die Grenzen der Anwendung des Hetols auf Grund meiner nunmehr vierzehnjährigen Erfahrungen weiter als Franck. Ich habe des öfteren auch noch bei Fällen mit höherem Fieber Erfolge gesehen. Wertvoll ist jedenfalls die Aeußerung Francks, der doch auch schon seit Jahren Erfahrungen mit Hetol gesammelt hat, daß er entschieden den Eindruck hat, daß durch die Hetolbehandlung „die Kranken doch eine größere Resistenz gegenüber ihrem Leiden erhielten und jahrelanger, an Heilung „grenzender Stillstand der Krankheit häufiger als bei jeder „anderen Kur auch unter oft ungünstigen äußeren Verhältnissen beobachtet wurde.“

Solche Aeußerungen eines Arztes, der jahrelang mit Hetol gearbeitet hat, sind doch ganz anders zu bewerten als das Verdikt einer sogen. Autorität, die niemals objektiv mit Ausdauer und genau nach den Vorschriften Landerers Versuche mit der Methode gemacht hat.

Darum verdienen denn auch ganz besondere Beachtung die Erfahrungen, welche Goldschmitt und Knobel*) mit Hetol gemacht haben, die vor allen Dingen zugeben, daß keine zweite gegen die Tuberkulose gerichtete Behandlungsweise so Schritt für Schritt durchforscht ist, wie die Methode Landerers. Trotz dieser Erkenntnis haben die Verfasser noch mehrere Jahre verstreichen lassen, ehe sie sich entschließen konnten, die angelernte Furcht vor intravenösen Injektionen abzulegen. Diese den Aerzten in Fleisch und Blut übergegangene Furcht ist ja bekanntlich ein Hauptgrund gewesen, weshalb die Methode sich nicht schneller ausbreitete. Die Verfasser üben die Methode konsequent und systematisch seit fünf Jahren. Sie haben in den fünf Jahren etwa 100 Einzelfälle behandelt und weit über 2000 intravenöse Injektionen gemacht, ohne je einen unangenehmen Zwischenfall zu erleben. Ich kann von über 11000 Injektionen ein gleiches berichten. Goldschmitt und Knobel halten es für geboten, jetzt, wo die Methode noch nicht populär ist, wo sie von selbst anerkannten Aerzten (Klemperer) als völlig unwirksam hingestellt wird, Beiträge zu liefern, die das Gegenteil beweisen. Bei ihnen haben sich von Jahr zu Jahr die Fälle und die günstigen Erfolge gemehrt. Die Verfasser sind gleichfalls der von mir seit Jahren verfochtenen Meinung, daß das Hetol eine Zukunft habe. Wenn auch die Kliniken im großen Ganzen stolz und abweisend sich verhielten, während sie der gewiß keineswegs besser begründeten Methode der Darreichung innerer antituberkulöser Medikamente eine breite und gangbare, aber doch selten zum Ziele führende Bahn eröffnet hätten, hätten einige Praktiker den Mut gehabt, Hetolinjektionen zu versuchen. Schon die nächste Zeit würde hierfür Belege bringen.

Meine erste Veröffentlichung**) über das Hetol stammt aus dem Jahre 1900. Ich bin seitdem unbeirrt durch mancherlei absprechende Urteile sogen. Autoritäten durch Wort und Schrift für die Hetolbehandlung eingetreten***); ich brauche daher wohl nicht zu versichern, daß mich gerade die jüngste Veröffentlichung von Goldschmitt und Knobel mit ganz besonderer Genugtuung erfüllt.

Es dürfte sich erübrigen, an dieser Stelle nochmals auf die Technik der Methode einzugehen. Jedem, der die Behandlung versuchen will, sei dringend angeraten, das große Werk Landerers: „Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure“, erschienen in Leipzig 1898 bei F. C. W. Vogel, eingehend zu studieren. Eine von Landerer ausgearbeitete „Anweisung zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure“ können die Kollegen jederzeit von mir erhalten. Auch die Firma Kalle & Co., Aktiengesellschaft in Biebrich a. Rh., die

---

*) Franck, Albert Landerer †. Med. Woche, 1904, Nr. 41.

**) Grosse, Albert Landerer †. Med. Correspondenz-Blatt d. Württemberg. Aerztl. Landesvereins vom 31. Dez. 1904.

***) de la Camp, Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der inneren Medizin. Tuberkulosetherapie. Berl. klinische Wochenschrift, 1905, Nr. 44.

†) Röpke, Fortschritte auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 1.

††) Franck, Die Einspritzung von Heilmitteln in die Blutbahn (intravenöse Injektion) und ihre gegenwärtige Bedeutung für die allgemeine Praxis. Med. Klinik, 1908, Nr. 1.

*) Goldschmitt und Knobel, Beiträge zur intravenösen Hetolbehandlung der Tuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, herausgegeben von Ludolph Brauer, Bd. VIII, Heft 2.

**) Weißmann, Zur Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure nach Landerer. Aerztl. Rundschau, 1900, Nr. 40.

***) Weißmann, Hetolbehandlung der Tuberkulose und Heilstättenbewegung und ihr Einfluß auf die wirtschaftliche Lage der Aerzte. Aerztl. Rundschau, 1902, Nr. 40.

Derselbe, Die Hetolbehandlung der Tuberkulose von 1901 bis 1904. Schmidts Jahrbücher. Augustheft 1904.

Derselbe, Die Hetolbehandlung der Tuberkulose nach Landerer. Die ärztl. Praxis, 1904, Nr. 23.

Derselbe, Ueber intravenöse Hetolinjektionen. Therap. Monatsh., 1905, Januar.

Derselbe, Zur intravenösen Hetolinjektion. Therap. Monatshefte, 1905, März.

Derselbe, Die Hetolbehandlung der Lungenschwindsucht, ihre Begründung durch Prof. Dr. Landerer und ihre bisherigen Erfolge. Verlag der Aerztl. Rundschau, München, 1905.

Derselbe, Styrakol und Hetol. Aerztl. Rundschau, 1905, Nr. 15.

Derselbe, Die Bedeutung der Hetolbehandlung der Tuberkulose für die ärztl. Praxis. Reichs-Medizinal-Anz., 1905, Nr. 17.

Derselbe, Neues über Hetolbehandlung der Tuberkulose nach Landerer. Aerztl. Rundschau, 1906, Nr. 24.

Derselbe, Ueber die Wirkung der Zimtsäure. Therap. Monatshefte, 1906, November.

Derselbe, Die Hetolbehandlung der Lungentuberkulose. Neue Therapie, 1906, Nr. 11.

Derselbe, Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in Berlin und die Wissenschaft. Randglossen zu dem Thema: „Die Hetolbehandlung der Tuberkulose und ihre Gegner“. Therap. Rundschau, 1907, Nr. 27 und 28.

Herstellerin des Hetols, gibt bereitwilligst Literaturzusammenstellungen über Hetol ab.

Ich möchte jeden Arzt bitten, sich der Mühe des Studiums der Hetolliteratur zu unterziehen, er wird großen Gewinn davon haben und wird zu der Ueberzeugung kommen, die ich mir längst gebildet habe, daß es keine Heilmethode gibt, welche so wissenschaftlich begründet ist, welche so nach jeder Richtung hin durchgearbeitet ist, wie die Hetolbehandlung. Jeder, der die Hetolliteratur studiert, wird aber auch mit Bedauern inne, daß wir von wahrer, objektiver und unparteiischer Würdigung wissenschaftlicher Arbeiten noch recht weit entfernt sind. Das zeigt zur Evidenz das Verhalten der Tagesgrößen gegenüber dem Hetol, das zeigt vor allen Dingen die leidige Gepflogenheit, über Heilmethoden und Heilmittel kurzer Hand den Stab zu brechen, ohne durch eingehende Prüfung sich hierzu das Recht erworben zu haben. Wir haben aus der Geschichte der Medizin noch immer nicht gelernt, daß in unserer Welt von Schreiern und Strebern von manchen tüchtigen Männern die Wahrheit verkündet wird, sie aber nicht beachtet werden. Ich kann nicht umhin, im Hinblick auf das Schicksal des Hetols immer und immer wieder auf das Geschick eines Semmelweis hinzuweisen, der ja auch lange Zeit nicht verstanden, bekämpft, geschmäht und verkleinert, negiert und ignoriert wurde und dessen Lehren sich doch siegreich Bahn gebrochen haben.

Mögen die Aerzte im Gedenken an die Rolle, welche die Misokainia in der Medizin leider schon gespielt hat, sich bereit finden zu einer objektiven Prüfung der Lehren Albert Landerers.

Ich aber schließe diese Betrachtung in Anlehnung an jene Mahnung des zielbewußten Cato mit den Worten: Ceterum censeo, curationem Hetoli omnium medicorum communem faciendam esse.

Ueber Rexotan bei schweren Darmerkrankungen.

Von Dr. **C. Peters**, Eisenach.

„Stolz will ich den Spanier!" — Rex-o-tan — König der Tanninpräparate! — Man muß sagen, diese überaus selbstbewußte Bezeichnung eines neuen Präparates wirkt imponierend — aber sie fordert auch heraus zu einer doppelt strengen Prüfung seiner Wirksamkeit, zur scharfen Beurteilung, ob und wie weit dieses stolze Selbstbewußtsein gerechtfertigt ist oder nicht. Hält es dann solch doppelt strenger Prüfung stand und bewährt sich als das, was es zu sein behauptet, so wird es auch doppelt treue Freunde an seinen vorherigen Examinatoren finden.

So erging es mir mit dem Rexotan. Will es, so sagte ich mir, diesen Namen mit Recht tragen, so muß es auch Vorzüge und Eigenschaften aufweisen, die unsere bisher gebräuchlichen Tanninpräparate nicht besitzen; es muß sich bei allen Fällen, in denen eine Tanninanwendung indiziert ist, als ein absolut sicheres Heilmittel bewähren, also besonders bei den schweren und bei den chronischen Darmerkrankungen. Daraufhin habe ich über drei Jahre lang das Rexotan geprüft und konnte dabei Beobachtungen machen, die zur Mitteilung der Ergebnisse berechtigen und zu weiteren Studien auffordern.

Die Behandlung der akuten und chronischen Darmkatarrhe mit intern verabreichten adstringierenden und antiseptisch wirkenden Arzneimitteln ist, so erfolgreich und daher unentbehrlich sie ist, immer ein Schmerzenskind der internen Therapie gewesen, weil die Einbringung der Medikamente in den Körper bis zu den erkrankten Partien, an denen sie ihre Wirkung entfalten sollen, ungemein schwierig ist. Denn bei Sitz der Erkrankung im Dünndarm ist die Applikation per Klysma unmöglich, bei tieferem Sitz die Einführung per os sehr fraglich in ihrem Erfolg, abgesehen davon, daß letztere meist mit einer Reihe sehr unangenehmer Nebenwirkungen auf die oberen Verdauungsorgane, die erst passiert werden müssen, verbunden ist. So ruft das früher empfohlene Azidum tannikum durch Anätzung (Gerben) der Magenschleimhaut Appetitlosigkeit, Verdauungsstörung, Erbrechen hervor und wird selbst durch Eingehen schwer löslicher Eiweißverbindungen im Magen bereits unwirksam, also lange ehe es an die Stelle kommt, an der es seine spezifische Eigenschaft betätigen soll. Aehnliche die Magenschleimhaut anätzende Wirkung haben größere Mengen des noch heute stellenweise sehr beliebten Bismutum subnitrikum, das übrigens von der Darmschleimhaut gar nicht resorbiert wird, hier also höchstens eine örtliche Wirkung entfalten kann, bei geschwüriger Veränderung derselben jedoch durch Bildung und Ausfällung von Schwefelwismut ausgedehnte Schleimhautnekrosen hervorrufen kann.

Die bei Enteritiden empfohlenen vielen Antiseptika sind meist nur von sehr fraglicher Wirkung; selbst das bei frischen Fällen als solches viel empfohlene und angewandte Kalomel wirkt mehr mechanisch durch seine stark abführende Eigenschaft, die die entstandenen Fäulnisprodukte schneller aus dem Darm hinausbefördert, als antiseptisch, also fäulnisverhindernd.

Demgegenüber muß das Auftreten des Präparats, das beide Eigenschaften — die an der erkrankten Stelle entfaltete kräftig adstringierende Wirkung ohne unangenehme Nebenerscheinungen und eine antiseptische Wirkung — in sich vereinigt, allseits mit großer Freude begrüßt werden. Ein solches ist in der Tat das Rexotan.

Das Rexotan, ein gelblich-graues, geschmack- und geruchloses Pulver, ist ein Tanninderivat, das in sauren Flüssigkeiten nahezu unlöslich ist, also auch den Magen ungelöst und unzersetzt passiert, in alkalischer Flüssigkeit dagegen sich leicht löst, also im alkalischen Darmsaft sich auflöst und dabei Tannin abspaltet, das nun an rechter Stelle seine Wirkung entfalten kann. Diese Eigenschaften besitzen freilich auch die schon bekannten und bisher gebräuchlichen Tanninpräparate Tannigen und Tannalbin, die ebenfalls unzersetzt den Magen passieren und erst im Darm freies Tannin abspalten. Was das Rexotan aber vor diesen beiden Präparaten auszeichnet und uns veranlassen muß, ihm bei weitem den Vorzug zu geben, ist die gleichzeitige Entwicklung von Formaldehyd, dessen hervorragend bakterizide Wirkung ja bekannt ist. Dadurch wirkt es in hohem Grade hemmend auf die bei Darmerkrankungen stets vorhandenen, nicht nur unangenehmen, sondern oft direkt gefährlichen Fäulnisprozesse im Darm ein. Es erfüllt also die Ansprüche, die man an ein brauchbares innerliches Mittel bei schweren Darmerkrankungen stellen muß — adstringierende Wirkung ohne schädliche Nebenerscheinungen und antiseptische Wirkung — in vollstem Maße. Die Vorteile dieser Verbindung beider Eigenschaften zeigen sich bei Anwendung in der Praxis in hervorragender Weise; meine Erfahrungen darüber stützen sich auf Beobachtungen in den letzten drei Jahren.

Bei den leichteren Magen-Darmkatarrhen der Kinder zur Sommerzeit wie bei den in derselben Jahreszeit ebenfalls häufigen Darmkatarrhen Erwachsener habe ich das Rexotan in hunderten von Fällen leichter und schwerer Art bewährt gefunden. Bei allen derartigen Krankheitsfällen war nach Rexotan-Verabreichung ein schnelles Nachlassen der profusen Diarrhöen und der Fäulnisgärungen im Leibe zu beobachten. Ich habe es selbst Kindern von wenigen Monaten in Mengen von 0,1 g drei- bis viermal täglich gegeben; die vorher wässerigen, schleimigen, grünen Stühle zeigten danach bald, meist schon am zweiten und dritten Tag, wieder eine festere, salbige Konsistenz und gelbliche bis bräunliche Farbe, auch verminderte sich der oft penetrante üble Geruch der Ausleerungen meist schnell.

Hier möchte ich jedoch die ganz besonders günstige Wirkung des Rexotans bei schweren und chronischen Fällen von Darmerkrankungen hervorheben, deren ich eine große Anzahl mit Rexotan erfolgreich — oft überraschend erfolgreich — behandelt habe. Einige der eklatantesten Fälle seien hier näher beschrieben.

1. Der erste Fall dieser Art betraf einen 36jährigen Herrn (Gymnasiallehrer), der im August 1905 in meine Behandlung kam. Seit sechs Tagen bestand Appetitlosigkeit, Uebelkeit, etwas Erbrechen, starke wässerige Diarrhöen, Durstgefühl, Mattigkeit, kolikartige Schmerzen etc., die Temperatur war

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

37,6; der Leib war leicht aufgetrieben und tympanitisch, Epigastrium druckempfindlich, Leber nicht vergrößert, nicht palpabel. Ich verordnete Bettruhe, heiße Leibumschläge, schleimige Kost, Tee mit Rotwein; innerlich Kalomel mit Bismut. subnitr., später Tinkt. thebaïk. in refrakta dosi gegen die Schmerzen. Erbrechen und Uebelkeit verlor sich, die Schmerzen ließen nach, die Durchfälle wurden mäßiger, aber bestanden fort und waren äußerst übelriechend; auch Klysmen von Kamillendekokt mit Tannin und Opium hatten wenig Einfluß. Am sechsten Tage leichter Ikterus, mit dessen Zunahme auch die Fäulnisvorgänge im Darm sich mehrten, was sich durch erhöhte Flatulenz, stärker übelriechende Fäzes und vermehrte Auftreibung des Abdomens dokumentierte. Diese stärkeren Fäulnisprozesse waren offenbar die Folge der Verminderung oder des Aufhörens der Gallenausscheidung in den Darm, da ja die Galle ausgesprochen antiseptische Eigenschaften besitzt und die Fäulnis des Darminhalts aufzuhalten imstande ist. Ich ließ in der Folge etwas Karlsb. Mühlbrunnen, weinglasweise, warm trinken und gab innerlich nur Rexotan, täglich viermal ein halbes Gramm in lauer Schöpsbrühe, etwa eine halbe Stunde nach den üblichen Mahlzeiten. Schon vom zweiten Tage an zeigte sich ein Nachlassen der Gasentwicklung, der Leib wurde weicher, weniger gespannt, der üble Geruch der Fäzes und Flatus verminderte sich; am vierten Tage Nachlassen der schleimigen, wässerigen Diarrhöen, Ausleerung etwa dreimal täglich, Fäzes etwas breiiger; am fünften und sechsten Tage je zwei Ausleerungen, sehr weich geformt, hell; am siebenten Tage zwei geringe Ausleerungen, etwas fester, wenig Schleimbeimengung. Abnahme des Ikterus. Am achten Tage normaler Stuhlgang, hellbräunlich gefärbt, Rückkehr des Appetits; Aussetzen des Rexotans. Von da ab schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, allmähliche Rückkehr zur normalen Kost. — Ganz klar erwiesen war hier die fäulniswidrige Wirkung des Rexotans, da — trotz der fehlenden Gallenabsonderung — die Fäulnisvorgänge im Darm nach Rexotan-Darreichung sich schnell verminderten, dann aber auch die prompte antikatarrhalische Wirkung, die sich in der schnellen und stetig fortschreitenden Besserung der enteritischen Erscheinungen zeigte.

2. R. H., 15 Jahre alt, Lehrling, kam am 31. August 1906 in meine Behandlung. Er lag seit sechs Wochen an einem schweren Darmkatarrh zu Bett, war bis dahin anderweitig ärztlich behandelt worden „mit Medizin und Pillen“, ohne jede Besserung. Patient war äußerst schwach, hochgradig abgemagert, anämisch; Nahrungsaufnahme sehr gering, Leib sehr aufgetrieben, schmerzhaft; täglich acht bis neun übelriechende, schleimig-wässerige Ausleerungen, zum Teil etwas Blutbeimengung enthaltend. Der bisher behandelnde Arzt hatte Diagnose auf Darmtuberkulose gestellt und die Eltern auf den fraglos letalen Exitus gefaßt gemacht. Auch hier wurden neben heißen Leibumschlägen Opium-Tanninklysmen morgens und abends versucht; sie brachten für kurze Zeit Linderung und Ruhe, aber keine dauernde Besserung; ebenso blieb Tannalbin innerlich ohne Erfolg. Die Ernährung wurde mit Schöpsbouillon, Haferkakao und Malztropon bewirkt. Am 7. September begann ich mit innerlicher Verabreichung von Rexotan, viermal täglich 0,5 g; ganz auffällig war hier die antifermentative und antiseptische Wirkung des Mittels, da sich die Auftreibung des Leibes und der üble Geruch der Fäzes schon am 9. September, also nach zwei Tagen ganz erheblich verminderten. Die profusen Durchfälle ließen in den folgenden Tagen nach, der Stuhl wurde konsistenter, auch die vorher reichlichen Schleimbeimengungen nahmen fortschreitend ab. Dabei steigerte sich die Eßlust schnell, so daß die Körperkräfte sich sichtlich erholten. Am 17. September konnte Patient zuerst aufstehen. Da die Durchfälle und übrigen Darmerscheinungen völlig geschwunden waren, wurde das schon vorher verkürzte Rexotan ausgesetzt. Am 24. September war Patient in meiner Sprechstunde und wurde nach abermaliger gründlicher Untersuchung, die keinerlei Krankheitserscheinungen mehr zutage förderte, am 1. Oktober geheilt aus der Behandlung entlassen. Er ist heute ein völlig gesunder, kräftiger Mensch.

Dieser überraschende Erfolg ist ganz offensichtlich nur dem Rexotan zuzuschreiben.

3. Frau Rechnungsrat B., 62 Jahre alt, litt seit Jahren an einem regelmäßig im Spätsommer auftretenden, monatelang anhaltenden Darmkatarrh mit heftigen Diarrhöen, gegen welche alle angewandten Mittel wirkungslos waren, und die sie jedesmal außerordentlich schwächten. Im September 1905 kam sie, als der Katarrh bereits über zwei Wochen bestanden hatte, in meine Behandlung. Die sonst von ihr gegen die Beschwerden genommenen Opiumtropfen brachten zwar Linderung der Schmerzen, beeinflußten aber die Durchfälle so gut wie gar nicht und verursachten bei längerem Gebrauch sehr üble Nebenerscheinungen, Kopfschmerz, Schwindel, Blutandrang zum Kopf, Mattigkeit. Heiße Leibaufschläge, heiße Sitzbäder und Tannin-Darmspülungen hatten wenig Erfolg. Ich ließ dann Rexotan zunächst fünfmal, später dreimal täglich ein halbes Gramm nehmen. Die Wirkung machte sich schon am vierten Tage in einem auffälligen Nachlassen der Diarrhöen und der Flatulenz bemerkbar; unter andauernder, vierzehn Tage lang fortgesetzter Rexotan-Darreichung von $1^{1}/_{2}$ bis 1 g täglich kehrte der Stuhlgang bald zur Norm zurück, blieb auch dauernd gut nach Aussetzen des Mittels. — Ende August 1906 traten wieder ähnliche Erscheinungen wie in den Vorjahren auf. Es wurde nun sofort Rexotan gegeben, worauf die Darmsymptome und Beschwerden sofort nachließen, so daß es zu solchen Krankheitszuständen wie früher überhaupt nicht kam. Der gleiche prompte, günstige Erfolg wurde bei der Patientin im September 1907, als sich wieder Anzeichen eines Darmkatarrhs zeigten, nach Rexotan-Anwendung beobachtet. Die Dame ist andauernd gesund und rüstig und rühmt selbst das Rexotan als dasjenige Mittel, dem sie ihre Gesundheit und ihren guten Kräftezustand verdankt.

4. E. Sch, 17 Jahre, Fabrikarbeiterin, kam im April 1907 in meine Behandlung. Sie lag seit acht Wochen an einem schweren Darmkatarrh mit profusen, oft blutigen Stühlen zu Bett. Das an sich mittelkräftig gebaute Mädchen war völlig zum Skelett abgemagert, kraftlos elend; Leib tympanitisch aufgetrieben, alle ein bis zwei Stunden Ausleerungen von Schleim und wässerigem, zum Teil blutig gefärbtem Darminhalt. Nahrungsaufnahme sehr schlecht. Sie war von dem „Kassenarzt“ als an „Darmschwindsucht“ leidend aufgegeben. Die sofort eingeleitete Rexotanbehandlung — täglich viermal 0,5 g Rexotan — brachte nach einigen Tagen Nachlassen der häufigen Ausleerungen, der Stuhl wurde breiiger, dunkler, Blutbeimengungen verschwanden, Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Leibes besserten sich schnell. Nach zehn Tagen wurde auf dreimal, später auf zweimal ein halbes Gramm Rexotan täglich zurückgegangen. Die allmähliche Besserung des Appetits machte eine kräftigere Ernährung möglich, so daß Patientin nach drei Wochen aufstehen konnte. Nach im ganzen vierwöchiger Rexotanbehandlung war das Mädchen soweit wiederhergestellt, daß sie kleinere Strecken ausgehen konnte. Anfang Juli hat sie ihre gewohnte Arbeit wieder aufgenommen und ist jetzt ein kräftiges, gesundes Mädchen.

5. O. G., Landwirt aus L., 28 Jahre alt, litt, als er im Februar 1907 in meine Behandlung kam, seit nahezu zwei Jahren an chronischem Darmkatarrh, der abwechselnd mit Obstipation und Durchfällen einherging, wobei sich reichliche Schleimbeimengungen oder Ueberzüge von Schleim auf der Oberfläche des Kotes zeigten. Patient war äußerst kachektisch und anämisch; Leib sehr aufgetrieben, tympanitisch, druckempfindlich; reichlicher Abgang übelriechender Flatus, übles Aufstoßen. Er war innerlich abwechselnd mit Opium, Tannigen, Wismut, Kreosot etc. behandelt, hatte auch eine „Kur“ in Kissingen gebraucht, alles ohne Erfolg. Durch eine im ganzen — mit Unterbrechungen — sechswöchige Rexotan-Behandlung, während welcher die Zersetzungsvorgänge im Darm bald nachließen, die häufigen dünnflüssigen Ausleerungen sich allmählich in solche von normaler Häufigkeit und Konsistenz verwandelten, wurde vollständige Heilung erzielt. Patient ist seitdem völlig gesund und kräftig, konnte sich im August schon an den Erntearbeiten beteiligen.

Außer diesen fünf ausführlicher beschriebenen Fällen habe ich noch eine ganze Anzahl ähnlicher schwerer oder chronischer Fälle von Darmerkrankungen mit Rexotan behandelt, alle mit ähnlichem Verlauf und gleich gutem Erfolg, wie ihn die angeführten Fälle aufweisen, darunter besonders bemerkenswert eine 34jährige, hochgradig hysterische Dame mit einer Enteritis membranazea, an der sie seit Jahren vergeblich ärztlich behandelt war. — Bei allen diesen Fällen trat die exquisit antiseptische, antifermentative und adstringierende (antikatarrhalische) Eigenschaft des Rexotans mit Evidenz zutage.

Erwähnen möchte ich noch zum Schluß die vorzüglichen Dienste, die mir Rexotan bei einem Fall von Abdominaltyphus bei einem zwölfjährigen Knaben geleistet hat. Nach anfänglicher Kalomel-Darreichung traten reichliche, gelblich-wässerige Ausleerungen und in ihrem Gefolge eine Darmblutung auf; statt des sonst üblichen Opiums wurde Rexotan von mir verabreicht, und ich erzielte nicht nur ein schnelles Aufhören der Blutung, sondern auch ein Nachlassen und Breiigerwerden der Ausleerungen. Die ganzen Erscheinungen von seiten des Darms waren im weiteren Verlauf der Krankheit viel gelinder als sonst gewöhnlich, und die Rekonvaleszenz ging in auffallend rascher Weise vor sich.

Wenn endlich der Vollständigkeit halber noch festgestellt wird, daß Rexotan niemals — auch bei länger fortgesetztem Gebrauch nicht — üble Nebenerscheinungen, Störungen des Appetits oder Reizerscheinungen auf Magen- und Darmschleimhäute verursacht, daß es auch im praktischen Gebrauch das billigste derartige Präparat ist, so kann man nach allem Gesagten dem Rexotan nur das Zeugnis ausstellen, daß es seinen stolzen Namen mit Recht trägt. Denn wir haben in ihm ein vielfach erprobtes und bei einer Reihe der schwersten, unangenehmsten und gefährlichsten Krankheiten bewährtes, darum in der Praxis — bei der Häufigkeit solcher Fälle — unentbehrliches Heilmittel, das allen an ein solches zu stellenden Anforderungen in vollkommener Weise gerecht wird.

Man kann daher dem Rex-o-tan nur die ausgiebigste Verwendung und weiteste Verbreitung in der Praxis wünschen.*)

---

*) Fabrikant: Dr. Arnold Voswinkel, Apotheke und chem. Laboratorium, Berlin W. 57.

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster,** Freiburg i. B.

1. **Die Opsonine als Differenzierungs- und Identifizierungsmittel pathogener Bakterienarten.** Von Schottmüller und Much. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

2. **Hämolytische Wirkung von Anchylostoma duodenale.** Von Pretti. Ibidem.

3. **Ueber Paratyphusmeningitis im Säuglingsalter.** Von Arzt und Boese. Wien. klin. Wochenschr., 1908, S. 217.

4. **Zur Kasuistik der Serumbehandlung der Schlangenbisse.** Von Körbel. Wien. med. Wochenschr., 1908, S. 400.

1. Opsonine sind Stoffe, welche im Blutserum unter gewissen Bedingungen ähnlich wie andere Immunstoffe auftreten und dadurch charakterisiert sind, daß sie Spaltpilze für die Aufnahme durch Leukozyten günstig beeinflussen.

Nach den Untersuchungen der Autoren haben die Opsonine eine weitgehende spezifische Eigenschaft insofern, als sie Reaktionsprodukte auf bestimmte krankmachende, in den Körper eingedrungene Spaltpilze darstellen und nur gegen diese in dem obengenannten Sinne wirken. Analog der Agglutinationsprüfung kann man daher auch eine Opsoninprüfung dazu verwenden, gegebenenfalls einen Mikroorganismus als Krankheitserreger zu erkennen, und zwar ist die letztere Untersuchung dabei das empfindlichere Reagens. Die Verf. konnten durch Opsoninuntersuchung in Fällen von Gastroenteritis ein koliartiges, aus den Fäzes der Pat. gezüchtetes Stäbchen als Krankheitserreger feststellen, während die Agglutinationsprüfung versagte. Auch für Feststellung von Typhus-, Paratyphus- und Koli-Erkrankungen war die Opsoninuntersuchung sehr wertvoll und endlich konnte die schon früher von Schottmüller vertretene Ansicht, daß der Jägersche Kokkus für die Meningitis zerebrospinalis infektiosa keine ätiologische Bedeutung habe, dadurch gestützt werden, daß bei Meningitis sich der opsonische Index für Meningokokkus Weichselbaum (dem allgemein anerkannten Erreger der Genickstarre) in positivem Sinne verändert zeigte, während der Typus Jäger von dem Serum des Meningitiskranken wie von jedem normalen Serum beeinflußt wurde.

2. In einer vorläufigen Mitteilung berichtet Pretti, daß es ihm gelungen, aus Anchylostonum eine alkohol- und ätherlösliche, gegen Kochen unempfindliche Substanz zu isolieren, welche die Eigenschaft hat, rote Blutkörperchen im Reagenzglas aufzulösen. Vielleicht erklärt z. T. diese Substanz die hochgradigen Anämien, welche bei Anchylostomiasis auftreten; nähere Angaben darüber liegen noch nicht vor.

3. Die Autoren beobachteten zwei Fälle von fibrinös-eitriger Meningitis bei Kindern, welche durch Bakt. paratyph. B. Schottmüller bedingt waren. Die Fälle wurden sowohl bakteriologisch-serologisch als auch pathologisch-histologisch eingehend untersucht. Die Krankheitserreger der beiden Fälle waren in Agglutinierbarkeit graduell verschieden, sonst identisch. Eine ausführliche Literaturangabe und Literaturwürdigung zeichnet die Arbeit besonders aus.

4. K. berichtet über außerordentlich günstige Erfolge, welche er bei schweren Fällen von Schlangenbiß (von denen einer erst 45 Stunden nach der Verletzung in Behandlung kam) durch Injektion von Calmetteschem „Serum antiverminense“ erzielte. Das Serum wurde in Dosen von 10 ccm an der linken Brustseite injiziert; bei einjähriger Ablagerung hatte das gelbe Serum seine antitoxische Kraft nicht eingebüßt. In einem Falle von Schlangenbiß war es zu einer ausgedehnten Verwachsung des Herzens mit der Brustwand gekommen; da die Erscheinungen von seiten des Herzens sich bei fünfwöchiger interner Behandlung nicht besserten, wurde von K. die Kardiolyse (Resektion von Knorpel und Knochen an der linken vierten bis sechsten Rippe) ausgeführt, worauf rasche Heilung eintrat. In keinem Falle wurden ungünstige Nebenerscheinungen (etwa Erytheme oder Albuminurie etc.) beobachtet, so daß man auch bei solchen Fällen, in denen die Giftigkeit der beißenden Schlange nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte, prophylaktisch das Serum anwenden darf.

Das Calmette-Serum wird durch Vorbehandlung von Pferden mit indischem Schlangengift gewonnen und gegenwärtig von dem Pasteur-Institut in Lille in kristallinischer Form „Serum desséché“ in den Handel gebracht, wodurch die Dauerhaftigkeit aller Voraussicht nach noch gesteigert wird.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff,** Berlin.

1. **Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.** Von Gallatia. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

2. **Ueber Fibrolysineinträufelungen in den Bindehautsack.** Von Windmüller. Med. Klinik, 1908, Nr. 8.

3. **Ueber Ophthalmoreaktion.** Von Brons. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., XLVI. Jahrg., S. 60.

4. **Die Gefahren der Ophthalmoreaktion.** Von A. Trousseau. Ophthalmol. Klinik, XII. Jahrg., S. 38.

5. **Augenärztliche Bemerkungen zur Ophthalmoreaktion mit Tuberkulin.** Von E. Waldstein. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

1. Sophol ist die Silberverbindung der Formaldehydnukleinsäure (Bayer) und wurde in 5%iger und 10%iger Lösung auf der geburtshilflichen Abteilung des Landesspitals in Laibach 280 Neugeborenen in die Augen geträufelt, ohne daß eine Frühansteckung zur Beobachtung kam; es befanden sich hierunter auch die Kinder zweier schwer tripperkranker Mütter.

Da Sophol keine Reizerscheinungen auslöst und lange haltbar ist, empfiehlt G. das Präparat für die Hebammenpraxis, wo es vor der zersetzlichen und leicht reizenden 2%igen Höllensteinlösung den Vorzug verdiene.

2. Windmüller hat von der narbenerweichenden Wirkung des Fibrolysins (Merck) in der Weise Gebrauch gemacht, daß er 2 bis 10%ige Lösungen in den Bindehautsack bei Hornhauttrübungen einträufelte. Die Trübungen blaßten ab und wurden durchsichtiger. — Da viele Hornhauttrübungen von selbst mit der Zeit durchsichtiger werden und keine Krankengeschichten veröffentlicht sind, ist aus der kurzen Mitteilung, die zur Nachprüfung auffordert, kein abschließendes Urteil zu gewinnen.

3. Die aus der Freiburger Universitätsaugenklinik stammende Veröffentlichung von Brons teilt die Resultate mit, die mit der Ophthalmoreaktion (1 bis 2% Alttuberkulin) bei 36 Augenkranken erhalten wurden, von welchen 24 der Tuberkulose verdächtige Augenaffektionen hatten. Von diesen letzteren zeigten 9 eine positive Reaktion, während die subkutane Injektion 14 Fällen ein positives Ergebnis hatte.

Für die Diagnose der Augentuberkulose hat die Ophthalmoreaktion einen sehr problematischen Wert, da ihr Ausfall keinen Schluß auf die tuberkulöse Natur des Augenleidens gestattet, während man bei der subkutanen Injektion außer der allgemeinen eine lokale Reaktion erhält.

Auch hier wurde, wie bereits mehrfach beobachtet, das Augenleiden in einigen Fällen durch die Einträufelung entschieden verschlimmert, so daß vor der kritiklosen Einträufelung des Tuberkulins in kranke Augen dringend gewarnt werden muß.

4. Trousseau weist ebenfalls auf die Gefahren der Tuberkulineinträufelung hin; er berichtet über Beobachtungen bei Iridochorioiditis, syphilitischer Keratitis, tuberkulöser Konjunktivitis, bei welchen die Tuberkulineinträufelung eine sichtliche Verschlimmerung zur Folge hatte.

5. In demselben Sinne lauten Waldsteins Beobachtungen aus der Prager Universitätsaugenklinik. Er „warnt vor der allgemeinen Anwendung der Ophthalmoreaktion als diagnostischem Hilfsmittel". Einerseits blieb bei einigen Fällen von tuberkulösen Augenaffektionen die Reaktion aus, andrerseits zeigte ein Fall von Tuberkulose der Kornea eine so heftige Reaktion, daß eine Zeitlang die Einschmelzung der ganzen Kornea befürchtet werden mußte. Bei entzündeter Bindehaut, besonders follikulären und trachomatösen Erkrankungen sowie Keratokonjunktivitis ekzematosa kann die Reaktion „die ihr zugedachten Grenzen weit überschreiten" und dauernde Schädigungen zurücklassen.

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Die Behandlung des akuten Magengeschwürs.** Von C. A. Ewald. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.
2. **Ueber Mastdarmneuralgien.** Von Pickardt. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.
3. **Tannismut.** Von Linke. Therapeut. Neuheiten, 1908, Seite 25.
4. **Zur Behandlung des Typhus.** Von Moritz. Straßburger med. Zeitung, 1908, Heft 1, S. 1.
5. **Beiträge zur Lehre von der Hyperazidität.** Von Balás. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
6. **Ueber einige Hilfsmittel zur Stellung der Frühdiagnose bei Appendizitis.** Von Sonnenburg. Therapie d. Gegenwart, 1908, S. 49.
7. **Zur Frage der Rizinusdarreichung im akuten Anfalle von Perityphlitis.** Von Körte. Ibidem, S. 51.
8. **Wie wirkt Rizinusöl bei der akuten Perityphlitis.** Von Rotter. Ibidem, S. 53.
9. **Zur Rizinusbehandlung der Appendizitis.** Von Karewski. Ibidem, S. 56.

1. Die rationellste Behandlung eines akuten Magengeschwürs, d. h. natürlich einer akut einsetzenden Attacke eines chronischen Magengeschwürs, beginnt mit einer Ruhigstellung des Magens, wie sie am geeignetsten durch Benutzung anderer Organe zur Nahrungsaufnahme sich darstellt. Nahrungsenthaltung an sich kann schon ziemlich lange ausgehalten werden, besonders wenn einige Wasserresorption garantiert wird. Sie wird aber gemildert — somatisch und psychisch — durch die sogenannten Nährklystiere, selbst wenn man annimmt, daß die aus ihnen dem Körper zu gute kommende Menge an Nährstoffen — Kalorienzahl — eine nur relativ geringe ist. Schaden richten sie bestimmt nicht an, da die von einigen Autoren erhobene Behauptung, daß durch Applikation solcher Clysmata die Magensaftsekretion angeregt wird, durch im Augustahospital Berlin ausgeführte Untersuchungen von Michael, wie an dieser Stelle kürzlich referiert wurde, widerlegt werden konnte. Die subkutane Ernährung ist schmerzhaft und leistet nichts. Man braucht eine gefährliche Unterernährung kaum zu fürchten, da sich erfahrungsgemäß Ulkuskranke, wenn sie schmerzfrei sind und wieder anfangen dürfen zu essen, sehr schnell erholen und das Verlorene wieder einbringen. Ihnen schon in den allerersten Tagen der Behandlung, wie das z. B. in der berühmt und vorbildlich gewordenen Vorschrift von Leube vorgesehen ist, Milch per os zu geben, hält E. für inopportun, da diese, selbst wenn durch Pegninzusatz die Gerinnung bereits vorweggenommen wird, eine Saftsekretion im Magen ausgelöst wird. Die Rektalernährung wird durchgeführt, bis der Kranke bei anderweitiger Nahrungszufuhr keine Schmerzen mehr empfindet, gewöhnlich drei bis vier Tage; dann erst kommt gekühlte Milch an die Reihe, löffelweise, im Anfang etwa ¼ l pro Tag, bald bis auf 1 bis 1½ l steigend und mit Sahnezusatz. Vom etwa fünften Tage ab erst ein Ei, dann mehrere, vom Ende der ersten Woche ab Schleimsuppen, Schabefleisch, Breie; Zwieback und Semmel werden erst vom zehnten oder zwölften Tage ab verabreicht, weil sie mechanisch reizen. Wenn von diesem Schema — das sich dann naturgemäß nach der Toleranz des Kranken von selbst fortsetzt — aus individuellen Gründen gelegentlich abgewichen werden kann, ist nach E. an der prinzipiellen Karenz des Magens in den ersten Tagen der Behandlung absolut streng festzuhalten — im Gegensatz zu Lenhartz, der bekanntlich vor einigen Jahren schon für den ersten Tag, selbst bei unmittelbar vorhergegangener Blutung, Ei und Milch gibt. Dieses Verfahren führt gewiß auch zum Ziel, bewirkt selbstverständlich schneller Gewichtszunahme etc., indes spricht doch sehr gegen das L.sche Regime der Umstand, daß E. sich wiederholt davon überzeugen konnte, daß Blutungen nicht sistierten bezw. wieder auftraten, wenn von den Nährklistieren zur Ernährung per os übergegangen wurde, und wieder verschwanden, wenn die Nährklysmata wieder aufgenommen wurden.

Dem Nährklysma gehe stets — eine Stunde — eine Reinigung des Darms durch Wassereinlauf vorher; es bestehe aus einem Viertelliter Milch, einem Gelbei, einer Messerspitze Kochsalz, einem Eßlöffel mit Wasser gekochtem Weizenmehl, 5 g Roborat, drei Eßlöffeln einer 20%igen Traubenzuckerlösung und eventuell einem Eßlöffel Rotwein. Diese Mischung ist mit weichem Darmrohr, das nicht hoch hinaufzuschieben ist, dreimal pro die zu applizieren.

Außer dieser diätetischen Behandlung, die in der Privatpraxis natürlich reicher ausgebaut werden kann, kommen, wie ja allgemein anerkannt und üblich, in Betracht bei Blutungen Morphium, Ergotin per injektionem, Gelatine in Lösung per klysma oder per os, Eiswasserspülungen des Magens. Bei einiger Uebung in der Hantierung ist letzterer Eingriff an sich nicht gefährlich; Ref. ist in der Lage, den 11 Fällen Ewalds einen eigenen — vor acht Jahren erlebten — anzufügen, in dem nach einer von ihm selbst gesehenen Blutung von ¾ l die Blutung im Moment stand, so daß die Patientin sich erholte und nach fünf Monaten mit einem Plus von 55 Pfund entlassen werden konnte, ohne bis heute ein Rezidiv zu haben!

Morphium ist nur bei starken Schmerzen zu geben, subkutan.

Bei drohender Perforation — deren Anzeichen allerdings leider sehr vage sind — sowie bei vollzogener sind nur operative Maßnahmen indiziert.

Ist eine Ruhekur aus irgendwelchen Gründen nicht durchzuführen, beschränke man sich auf eine den oben angegebenen Prinzipien entnommene Diät mit Vermeidung von Alkohol, scharfen Gewürzen etc., lasse mehrfach am Tage wenigstens einige Zeit liegen und gebe große Dosen von Bismut, z. B. Bismut. subnitr. 15,0, Chloroform 1,0, Aq. ad 200,0 als Schüttelmixtur dreimal am Tage. Einige Autoren empfehlen auch Argentum in Lösung, erst 0,15, dann 0,2, nach Schluß wieder die 0,15 zu 200 eßlöffelweise. Nebenbei Karlsbader, später Kur in Karlsbad selbst.

2. Verf. teilt die Krankengeschichten zweier Fälle mit, in denen einige Zeit nach Ablauf einer Rektalgonorrhöe — in einem Fall akquiriert durch Darmspülungen mit einem Irrigator, den das gonorrhoische Dienstmädchen der Dame zu Vaginalspülungen benutzt hatte, im anderen mittels coitus per anum — Beschwerden sich etablierten, welche mangels jeglichen objektiven Befundes im Darm — Rektoskopie — und Genitalien als Neuralgien angesehen wurden: zeitweise, nicht im Anschluß an Funktionen auftretende Schmerzen vom Rektum nach den Schenkeln, Gesäß und Genitalien. Die Therapie bestand in beiden Fällen in Faradisation per Rektum und hatte Erfolg, in einem der beiden Fälle schon volle zwei Jahre. Verf. sieht diese Therapie als eine ausschließlich psychisch wirkende an. Diese Erkrankung ist äußerst selten. (Autoref.)

3. L. plädiert auf Grund von Erfahrungen in eigener Praxis für die von Pickardt (Med. Klinik, 1907, Nr. 33) zuerst empfohlene Tannin-Wismutverbindung mit zwei dem Bi. angegliederten Gerbsäuregruppen, von denen die eine im Magen sehr wenig, die andere gar nicht löslich ist, sondern erst allmählich im Darm zerfällt und zur Wirkung gelangt. Wie P. empfiehlt auch L. das Präparat, das inzwischen den Namen „Tannismut“ erhalten hat und in Originalschachteln zu 10 g (Preis 50 Pf.) zu haben ist, bei Enteritis, Durchfällen, Meteorismus etc.

4. M. hat in der letzten Zeit eine Reihe von Typhen systematisch mit Pyramidon behandelt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden gewesen. Zunächst setzt es prompt die Temperatur herab und beseitigt, was wichtiger ist, die Folgen des „status typhosus“: Jaktationen, Sopor, Delirien etc. Es ist aber zur Erzielung dieser Wirkung durchaus notwendig, nach dem Vorgange von Valentini, das Pyramidon sehr oft wiederholt in kleinen Dosen zu geben, am besten in 24 Stunden zehnmal, bei Frauen 0,1 g, bei Männern 0,15 g pro dosi. Die Unruhe der Kranken läßt auffallend schnell nach, die Nächte werden besser und damit die Pflege viel leichter. Ist der Puls nicht ganz einwandsfrei, müssen neben dem Pyramidon Kampfer, Koffein, Digitalis gegeben, bei stärkerer Bronchitis kalte Waschungen des Rückens gemacht werden. Von Zeit zu Zeit lasse man das Pyramidon für einen halben oder ganzen Tag beiseite, um sich vom Zustande der Temperatur zu überzeugen. Eine deutliche Abkürzung der Dauer des Typhus wurde unter der Pyramidondarreichung nicht bemerkt.

5. Im Jahre 1907 hatte Katzenstein auf Grund von Experimenten an Hunden die Theorie aufgestellt, daß eine wegen Hyperazidität oder Ulkus ventrikuli gemachte Gastroenterostomie ihre Heilwirkung dadurch ausübe, daß die bei jeder Magenverdauung reflektorisch ausgeschiedene Galle und Pankreasflüssigkeit durch die Gastroenterostomieöffnung in den Magen regurgitiere und so teils den Magensaft chemisch neutralisiere, teils die Ausscheidung der Magensäure reflektorisch verhindere. Auf dieser Basis hat Verf. drei Patienten mit Hyperazidität — ohne Stauungen —, einen nach einem Ulkus ventrikuli, operiert, nachdem alle — allerdings nicht näher aufgeführten — Versuche, mit interner Behandlung die Beschwerden zu beseitigen, fehlgeschlagen waren. Wie post operationem nach einem von Katzenstein angegebenen Probefrühstück — außer dem konventionellen Weißbrot und einer Tasse Tee noch Wasser und Milch, da Fette und Wasser die Pankreassekretion anregen — ausgeführte chemische Analysen des Magensaftes erwiesen, gingen Gallenbestandteile und Pankreasfermente in den Magensaft über und fehlte freie Salzsäure. Und, was die Hauptsache ist: der Zustand der Kranken besserte sich frappant.

Hierzu ist zu bemerken, daß es allerdings Fälle gibt, in denen früher schon aus gleichem Grunde operiert und dasselbe klinische Resultat erzielt wurde; das ist aber nicht die Regel: Ref. verfügt über zwei Fälle, in denen absolut keine Besserung sich einstellte. Immerhin ist in verzweifelten Fällen die an und für sich relativ harmlose Gastroenterostomie vorzuschlagen. Wohl zu beachten aber ist die Erfahrung, daß Fälle beschrieben worden sind, in denen die Beschwerden des Magens zwar behoben wurden, dafür aber infolge des schnellen Abflusses des exquisit sauren Saftes in das Duodenum sich in diesem nun ein Ulkus peptikum etablierte.

6. Mit einem Vorschlag, der hoffentlich — nicht befolgt werden wird, trat in einem vor der Freien Vereinigung Berliner Chirurgen in allerjüngster Zeit gehaltenen Vortrag Sonnenburg vor das Aerzteforum. Gelegentlich einer Besprechung von Methoden zwecks Verbesserung der Diagnose und Differentialdiagnose der Appendizitis, besonders im Anfangsstadium, das die moderne Chirurgie bekanntlich unbedingt operativ behandelt, teilte er mit, daß er die Rizinusbehandlung des akuten Anfalls wieder eingeführt habe, die doch endlich so schön zum alten Rüstzeug geworfen schien. Behandelt wurden auf diese Weise diejenigen Fälle, welche in bezug auf Puls, Temperatur und Leukozytose von den Durchschnittszahlen (92 bez. 37,5 bez. 15000) nicht wesentlich abwichen, also anscheinend eine sogenannte Appendizitis simplex — im Gegensatz zur Appendizitis perforativa. Ref. — darstellten. Von 51 in den ersten Tagen eingelieferten Fällen heilten so 49 glatt aus, während zwei am folgenden Tage operiert wurden und ausheilten. Von 60 nach dem zweiten Tage eingelieferten Kranken heilten bis auf zwei, die sich erst einer Operation unterziehen mußten, ebenfalls die übrigen ohne weiteres. S. betont selbst, daß nur eine ausgiebige Beobachtung im Sanatorium oder Krankenhaus dafür garantieren könne, daß die Methode unschädlich gehandhabt werde.

Die diesen Mitteilungen folgende Diskussion führte zu Meinungsäußerungen einiger der erfahrensten Appendizitischirurgen, die eine durchaus ablehnende und negierende Stellung einnahmen.

7. Körte begründete dieselbe mit dem Hinweis, daß die Fälle von Appendizitis simplex auch ohne jede Medikation und ohne jede Operation heilten, daß aber gerade von den ihm mit Perforation zugeführten Fällen die mit Laxantien vorbehandelten die schlimmsten waren. Eine Unterscheidung der leichten und schweren Fälle ist Sache einer ausgedehnten Erfahrung, und wenn Sonnenburg keinen Schaden von seiner Rizinusbehandlung sah, so lag das eben daran, daß ihn seine große Erfahrung diese Unterscheidung gelehrt hat. In der Hand der Mehrzahl der Aerzte aber ist diese Therapie etwas durchaus Gefährliches.

8. Rotter glaubt, daß Rizinusöl weder auf die Entzündung in der Wand der Appendix noch auf den Inhalt — einige ganz leichte Fälle vielleicht ausgenommen — günstig einwirken könne. Dagegen kann es auf das intraperitoneale Exsudat — nach allgemeiner Annahme — durch die vermehrte Peristaltik ungünstig wirken. Die Möglichkeit, einen diagnostischen Irrtum bezüglich der Schwere und des Stadiums eines Krankheitsfalles zu begehen, ist, wie seine Operationsresultate ergeben, so groß, daß man nicht ohne Gefahr positive Ratschläge geben kann, wann generell Rizinus zu verwenden wäre.

9. Karewski betonte, daß, wenn auch Sonnenburg selbst ausdrücklich erklärt hätte, daß die Rizinusmethode nur in Anstalten zu verwenden sei, doch die Gefahr nahe liege, daß sie, unter Berufung auf S.s Autorität, in anscheinend „leichten“ Fällen auch von praktischen Aerzten angewandt werde und führte aus eigener Tätigkeit drei solcher Fälle an, in denen bei „Blinddarmreizung“ durch Rizinus „kupiert“ werden sollte und eine Perforationsperitonitis resultierte.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende in Berlin.

1. **Die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit.** Von Albert Haller-Reval. St. Petersburger med. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

2. **Die Technik des künstlichen Pneumothorax und seine Erfolge bei der Behandlung der Lungentuberkulose und anderer Lungenkrankheiten.** Von Hans Lohrisch-Halle. Zeitschr. f. neuere physikal. Medizin, 1908, Nr. 3.

3. **Die Dosierung des Alt-Tuberkulins zu diagnostischen Zwecken.** Von Löwenstein-Beelitz. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 4, S. 75.

1. Haller stellt als erstes Erfordernis zur Bekämpfung der Tuberkulose hin, daß der Staat die Bekämpfung zentralisiert und selbst in die Hand nimmt. Er fordert Anzeigepflicht aller Tuberkulosefälle, unentgeltliche gesetzliche Desinfektion der Wohnungen bei Umzug oder Tod Tuberkulöser, kostenlose Auswurfuntersuchung aller Personen, die länger als zwei bis drei Wochen Husten und Auswurf haben, sowie Einrichtung von Spezialanstalten zur Diagnosenstellung, wo neben den physikalischen Untersuchungsmethoden auch Röntgenuntersuchungen und probatorische Tuberkulineinspritzungen vorgenommen werden. Ferner seien notwendig Tuberkulosekrankenhäuser für progressive Fälle, Sanatorien für Initialfälle, Rekonvaleszentenkolonien und Polikliniken für ambulante Fälle. Wichtig sei eine genaue Nahrungsmittelkontrolle sowie Fernhaltung tuberkulöser Personen von Orten, wo sie mit vielen anderen Leuten in Berührung kommen können. Es müssen ferner noch Merkblätter und Vorträge zur Belehrung des Publikums mitwirken, außerdem ist die Hilfe privater Vereinigungen zur Unterstützung Tuberkulöser nicht zu entbehren. — Die Verstaatlichung der Tuberkulosefürsorge ist in Norwegen durchgeführt, das durch die Pflegeheime zur Isolierung progressiver Tuberkulöser vorbildlich geworden ist. Auch in Brasilien ist die Tuberkulosebekämpfung in mustergültiger Weise verstaatlicht worden. In Deutschland erzielte man große Erfolge durch die Heilstätten, neben denen die Walderholungsstätten, Arbeitergärten, Dispensaires mit großem Nutzen wirken. Auch 10 Pflegeheime mit 300 Betten sorgen für Unheilbare, und es ist zu hoffen, daß weitere derartige Heime nach norwegischem Muster in Zukunft noch in Deutschland errichtet werden, ebenso wie zu wünschen ist, daß die Anzeigepflicht aller Tuberkulosefälle obligatorisch wird und daß in den allgemeinen Krankenhäusern Spezialabteilungen für Tuberkulöse eingerichtet werden.

2. Gegenüber den Verfahren von Forlanini und von Brauer verwendet Autor nach der Angabe Schmidts einen stumpfen Troikart, durch den Luft aus einem unter drei Atmosphären Druck stehenden Kupferkessel langsam in die Pleura infundiert wird. Es können unbedenklich bis 750 ccm Luft in den Pleuraraum gebracht werden, wobei am besten als Punktionsort der neunte Interkostalraum in der hinteren Axillarlinie gewählt wird. Ein Nachfüllen von Luft ist etwa allmonatlich nötig und kann jahrelang fortgesetzt werden. Zu vermeiden ist nach Möglichkeit ein Ueberdruck in der Pleura. Ganz unerläßlich ist eine ständige Kontrolle des Pneumothorax mit Röntgenuntersuchungen. — Beim Bestehen von Adhäsionen kann man versuchen, multiple abgekapselte Pneumothoraces herzustellen, die nach Forlanini schließlich das gleiche Resultat wie bei unkomplizierten Fällen geben. — Die beim Zerreißen der Adhäsionen auftretenden Schmerzen müssen mit Morphium gelindert werden. — Im allgemeinen wird der künstliche Pneumothorax gut vertragen und gilt das Verfahren für ziemlich gefahrlos, doch ist es nicht ausgeschlossen, daß durch zu rasches Einströmen des Gases Verdrangung des Mediastinums und hierdurch Kollaps eintritt. Durch die gleichen Ursachen kann es zu stürmischer Entleerung massenhaften Sputums und hierdurch zu Aspirationspneumonien kommen. Etwa eintretende Lungenverletzungen sind kaum von Belang. — Hämoptoen wurden nach Infusionen nicht beobachtet. Wodurch die Besserung der Lungenkrankheit nach Infusion eintrat, kann noch nicht mit Sicherheit angegeben werden. — Streng kontraindiziert ist der künstliche Pneumothorax nach Ansicht von Schmidt bei doppelseitiger Lungenerkrankung. — Auch andere nicht tuberkulöse Lungenerkrankungen wurden mit künstlichem Pneumothorax behandelt, darunter mit günstigem Erfolg drei Aspirationspneumonien, so daß hier vielleicht noch bessere Erfolge als bei Tuberkulose zu erwarten sind.

3. Nach Ansicht Löwensteins kann bei wiederholten Tuberkulineinspritzungen nicht von einer kumulativen Wirkung des Tuberkulins die Rede sein, vielmehr seien die als kumulative Wirkung des Tuberkulins gedeuteten Erscheinungen nicht auf eine Anhäufung und Zurückhaltung des Tuberkulins zurückzuführen, sondern auf eine Aenderung des Organismus in seinem Verhalten gegenüber dem Tuberkulin. — Löwenstein injizierte nun mehrmals die gleiche Dosis von $^2/_{10}$ mg und sah unter 300 Fällen bei 17% noch nach der vierten Injektion von 0,2 mg eine Reaktion. Er empfiehlt diese Art der Injektion, da hierdurch der qualitative Charakter der Reaktion viel besser zum Ausdruck komme. Auch der diagnostische Wert sei nach einigen Autoren um so höher anzuschlagen, je kleiner die Dosis ist, durch welche sie hervorgerufen wird.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Die Behandlung der Gallensteine.** Von A. Albu-Berlin. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1908, Nr. 3.

2. **Gibt es therapeutisch brauchbare schleimlösende Mittel?** Von F. Schilling-Leipzig. Zentralbl. f. innere Med., 1906, Nr. 35.

3. **Ueber Veränderungen der Blutviskosität nach Gebrauch von Mineralwässern.** Von Boveri-Pavia. Bl. f. kl. Hydroth., 1907, Nr. 9.

4. **Ueber naturgemäße Therapie.** Von Prof. Goldscheider-Berlin. Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 10.

5. **Die Stellung des Arztes zur Naturheilkunde**, eine objektive Kritik von Naturheilkunde und Schulmedizin nebst Beitr. zu einer biolog. Heillehre. Von W. Esch-Bendorf. 2. Aufl. München 1906. 40 Pf. (Eigenbericht.)

6. **Die physikalisch-diätetische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** Von R. Spohr-Frankfurt. Arch. f. phys.-diät. Ther., 1905, Nr. 11.

Wir möchten die obigen Arbeiten hier im Zusammenhang besprechen, um an einigen Beispielen die mechanistische Pathologie und Therapie einer- und die biologische Auffassung andrerseits zu demonstrieren.

1. Im Gegensatz zu dem „radikalen" Vorgehen von Langenbuch, Riedel, Körte, Kehr etc. sieht Albu die Gallensteinkrankheit nicht als ein rein chirurgisches Leiden an, weil auch nach der operativen Entfernung der Steine die ursächliche Cholangitis immer noch besteht. Vielmehr nimmt er eine gemäßigte Stellung ein und läßt für die chirurgische Behandlung nur drei Indikationen gelten: den chronischen Choledochusverschluß, das Gallenblasenempyem und die keiner internen Therapie zugänglichen Fälle mit andauernden Anfällen oder Beschwerden.

Die übrigen mannigfaltigen Erscheinungsformen der Cholangitis behandelt Albu vor allem mit Ruhe und Wärme. Betreffs der medikamentösen Behandlung betont er den problematischen Wert der sogen. gallensteinlösenden Mittel wie Aether und Terpentinöl (Durande), Olivenöl, Eunatrol, Fel tauri, Cholelysin, Chologen, Ovogal, Lithosanol, deren Wirksamkeit, soweit eine solche überhaupt vorhanden sei, er z. T. auf die Beimischung chemischer oder vegetabilischer Laxantien zurückführt.

Auch den den Mineralwasserkuren vielfach zugeschriebenen fast spezifischen Einfluß auf die Gallensteine, der u. a. damit begründet wird, daß letztere in alkalischen Flüssigkeiten sich lösen, läßt Albu nicht gelten, da das z. B. bei den kalkhaltigen Konkrementen „nicht einmal in vitro" der Fall sei.

Bis hierhin kann man ihm im großen und ganzen wohl beistimmen. Das ist aber nicht mehr möglich, wenn er behauptet: „Alle Mineralbrunnen, ob alkalische, Glauber- oder Kochsalzquellen, wirken sämtlich nur durch die Anregung der Darmperistaltik, die auch den Gallenfluß beschleunigt, und durch die Durchspülung der Gallenwege."

2. Noch skeptischer als Albu steht Schilling der Wirkung unserer Mineralwässer gegenüber. Er sagt: „Die gebräuchlichen Mittel, Alkalien, Kochsalzlösung, Karlsbader Salz etc., erfüllen ihren Zweck ebensowenig wie die bekannten Mineralwässer, alkalisch-muriatischen Quellen usw. Zahlreiche Versuche mit warmen und kalten Lösungen der genannten Mittel in allen möglichen Variationen ergaben stets dasselbe Resultat: die darin aufbewahrten Schleimfetzen blieben nach Stunden noch unverändert." (!!)

Daß es fruchtbringendere Wege für derartige Untersuchungen gibt, zeigt

3. die Arbeit von Boveri. Bei einer Anzahl von Patienten, die an den verschiedensten Krankheitserscheinungen litten, dabei

meist starke Esser und Trinker mit Neigung zu Fettleibigkeit waren, fand er eine Erhöhung der normalen Blutviskosität von 5,5 bis 6 auf 6,8 bis 7,3. Durch entsprechende Diät und Behandlung unter Zuhilfenahme der jodhaltigen Kochsalzquellen von San Pellegrino konnte er sowohl normale Blutverhältnisse herstellen als auch die entstandenen Stoffwechselschädigungen, Herzstörungen etc. beseitigen.

Während also Albu und Schilling und mit ihnen leider wohl eine große Zahl „modernwissenschaftlicher“ Aerzte der erwähnten grobmechanischen Auffassung huldigen, hat Boveri bereits die Einsicht gewonnen, daß die Wirkung der Mineralwässer ebensowenig wie die meisten anderen Vorgänge des Organismus „in vitro“ studiert, „beobachtet“ werden kann, sondern daß sie auf biologischem Wege zustande kommt.

4. Goldscheider schildert in seinem Vortrag über naturgemäße Therapie, wie der durch die großen naturwissenschaftlichen Entdeckungen berauschte Zeitgeist der „Ueberexaktheit“ es ganz übersieht, daß der Arzt, der es täglich mit den Problemen des Lebensprozesses zu tun hat, sich mit der „reinen Beobachtung“ allein nicht begnügen kann, sondern vielmehr die pathologischen Geschehnisse biologisch zu verstehen, sie auf biologische Gesetze zurückzuführen bestrebt sein muß. (Deshalb ist auch die heutzutage allein geschätzte Detailforschung, die zunehmende Spezialisierung der Wissenschaft so lange vom Uebel, als ihr das geistige Band fehlt, das die zahllosen Einzelheiten innerlich verknüpft und zu einer einheitlichen Auffassung vom Wesen und von der Behandlung der Krankheiten führen kann. — Esch, F. d. M., 1904, Nr. 8.)

Das vornehmste biologische Gesetz sieht Goldscheider in Uebereinstimmung mit Bier (Hyperämie als Heilmittel) in dem alle Einrichtungen des Organismus beherrschenden Prinzip der Sicherung der Existenz des Individuums und der Gattung, in der Selbsterhaltungstätigkeit des Körpers.

Demzufolge sind die Krankheitserscheinungen in viel größerem Umfange, als in der gegenwärtig noch vorherrschenden Anschauung zum Ausdruck kommt, als Heilbestrebungen des Organismus anzusehen, die nicht bekämpft werden dürfen, sondern unterstützt bezw. reguliert werden müssen. Aus diesem Grunde sind therapeutische Bestrebungen, wie sie z. B. in der Antipyrese, der Antiphlogose, der spezialistischen Lokalpolypragmasie zum Ausdruck gelangten, unhaltbar geworden.

5. Wurde die Selbsterhaltungstätigkeit des Organismus von der modernen offiziellen Medizin zu wenig gewürdigt, so fand andrerseits, wie Esch ausführt, die Lehre von der Lokalisation der Krankheit infolge der exklusiv anatomischen Betrachtungsweise eine gewaltige Ueberschätzung. Ueber dem Suchen nach dem „Sitz der Krankheit“ vergaß man ihren Werdeprozeß und die Einheitlichkeit des Organismus, man vergaß vor allem den entscheidenden Einfluß zu würdigen, den die Beschaffenheit des Blutes auf den Verlauf des Krankheitsvorganges hat; hängt doch die Beschaffenheit der Zellen und des von ihnen gebildeten Körpers, dessen Konstitution und geregelte Tätigkeit neben anderen mehr oder weniger wichtigen Faktoren vor allem von der Blutzusammensetzung ab, und können wir doch die kranken Zellen in der Hauptsache nur durch Vermittlung ihrer Nährflüssigkeit beeinflussen.

Ein ähnlicher Vorwurf ist auch der Bakteriologie zu machen, deren Adepten vielfach in kritikloser Uebertreibung der Bedeutung ihrer Laboratoriumsfunde das Heil der Menschheit vorzugsweise in Desinfektion und antibakterieller Behandlung sehen („So und so viel Antitoxineinheiten retten so und so viel Kilogramm Versuchstier oder Mensch“). Die Konstitution war ihr bis vor kurzem Nebensache, trotzdem die eminente Wichtigkeit der individuellen Körper- und insbesondere Blutbeschaffenheit gerade der Bakteriologie am ehesten hätte klar werden müssen*).

Die skizzierte einseitige lokalistische und antibakterielle Behandlung hatte naturgemäß nur sehr mangelhafte Heilerfolge aufzuweisen, und so war es denn kein Wunder, daß gegen den Zeitgeist der Ueberexaktheit eine Reaktion eintrat. Dies geschah zunächst in Gestalt der volkstümlichen Bewegung der Naturheilkunde.

Sie lehrt die konstitutionsverbessernde Lebensreform, indem sie, mehr als die offizielle Hygiene, eine persönliche Gesundheitspflege betont, und sie erstrebt im Zusammenhange damit eine Heilreform, die die alten konstitutionellen, der Natur, dem Leben am meisten adäquaten physikalisch-diätetischen Heilfaktoren höher wertet als die bisher vorherrschenden medikamentösen und operativen Maßnahmen.

Daß der Naturheilkunde dabei andrerseits auch all die widerwärtigen Uebertreibungen, Auswüchse und Fehler einer Volksbewegung anhaften, wird von Esch sodann des näheren ausgeführt.

Nachdem nun aber auch eine immer größere Zahl selbständig denkender Aerzte die besprochenen Einseitigkeiten und Irrtümer der offiziellen Heilkunde erkannt und sich z. T. schon in dem Bestreben vereinigt haben, sowohl aus der Naturheilkunde wie aus der Schulmedizin das Gute und Berechtigte zu entnehmen, die Fehler beider aber so viel wie möglich zu vermeiden, ist Hoffnung vorhanden, daß es allmählich auch zu einer wissenschaftlichen Reform der Heilkunde auf biologischer Grundlage kommen wird*).

6. Die „offizielle“ Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkentzündung war bis vor kurzem im wesentlichen eine lokale mit Ruhigstellung, event. Extension, Jodoforminjektion, Auskratzung, Resektion, Amputation etc. Die Allgemeinbehandlung bestand in „kräftiger“ Ernährung mit Fleisch, Milch, Eiern; medikamentös wurde u. a. Jodeisen verabreicht. Sol- und Seebäder kamen meist nur für Bessersituierte in Betracht, und Heilung mit verkrüppelten Gliedmaßen mußte noch zu den günstigeren Resultaten gerechnet werden.

Ein Fortschritt auf diesem Gebiet wurde neuerdings erreicht durch Biers Hyperämiebehandlung, die ohne die Fixierung mit ihren unangenehmen Folgen und vielfach auch ohne operativen Eingriff bessere Resultate erzielte wie die frühere Methode. Mit Recht sagt Bachmann (1. Ber. ü. d. Freie Vereinigung biolog. denkender Aerzte), daß Bier nun auf dem besten Wege sei, die brennende Frage zu beantworten: Da nicht jedes Blut gleich geeignet zur Heilung mittels der Hyperämiebehandlung erscheint, wie erzielen wir die nötige Blut- und damit die Konstitutionsverbesserung, die zur Heilung des Lokalleidens nötig ist?

Die Antwort auf diese Frage gibt Spohr, indem er auf Grund zahlreicher Heilerfolge mit Erhaltung normaler Gliedmaßen den Aerzten empfiehlt, für Erhöhung des Stoffwechsels, Anregung der Ausscheidung, Förderung der Zirkulation und Blutneubildung Sorge zu tragen. Das erreicht man durch hydrotherapeutische Maßnahmen (heiße Bäder mit kühlen Uebergießungen und Frottierung, Schwitzpackungen, wechselwarme Umschläge, durch reichliche Luftzufuhr, Luft- und Sonnenbäder, körperliche Betätigung und durch geeignete Diät mit genügender Berücksichtigung der so wichtigen Vegetabilien an Stelle der von der Schule stark überschätzten Eiweißkost (Esch, Aerztl. Rundsch., 1906).

---

*) Die Ansicht, daß es gegen jede Krankheit ein Spezifikum geben müsse, ist ein Rest des naiven Wunderglaubens alter Zeiten, den wir sonst so gern bespötteln (Meissen, Ztschr. f. Tbk. XII). „Das Resultat des bakteriologischen Tierexperiments ist meist der Ausdruck einer Katastrophe im Organismus, nicht der Ausdruck des Vorgangs, den wir Krankheit nennen. dem Tier wird der angebliche Krankheitserreger unter Umgehung der natürlichen Schutzwehren beigebracht. Es ist eine gewaltsam erzwungene Vergiftung. (Rosenbach, Arzt c./a. Bakteriologe.) — Neuerdings erscheint es ziemlich gleichgültig, was man einspritzt, wofern man nur einspritzt: Serum von immunisierten und nicht immunisierten Tieren, Saprophyten, abgeschwächte Kulturen oder Serum der gleichen oder solche einer anderen Krankheit (Diphtherieserum bei Masern, Ozaena, Erysipel, Bacill. pyozyaneus bei Typhus, Diphtherie etc.).

*) Wir können nicht umhin, auch an dieser Stelle unserem Bedauern darüber Ausdruck zu geben, daß unsere Bestrebungen, die mit der heutigen Naturheilbewegung außer der Anerkennung ihrer berechtigten Seite auch nicht den geringsten Konnex haben, von sonst verdienstvollen Männern wie Neumann-Bromberg so völlig verkannt werden. Stellt er uns doch als „der Naturheilkunde dienstbar“ hin, weil einige Fanatiker unsere Worte für ihre unlautere und gehässige Bekämpfung der Wissenschaft „auszunutzen“ pflegen. Selbstverständlich kann eine objektive Kritik, der die fortschreitende Reform unserer Heilkunde im Sinne von Bachmann, Bier, Goldscheider, Hueppe, Verworn etc. am Herzen liegt, sich durch derartige Aengstlichkeiten nicht beeinflussen lassen. Ref.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Novokain.

Von Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Fuester, Novokain als Lumbalanästhetikum (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 90) und

Beck, Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis mit Novokain-Lokalanästhesie (aus dem Spital Rothenburg a. d. Tauber).

Fuester hat das Novokain bei den verschiedensten chirurgischen Operationen als Lumbalanästhetikum in Anwendung gebracht. Die Schlußfolgerungen, die er aus seinen Erfahrungen zieht, sind diese:

Das Novokain übertrifft in der Dosis von 0,1 g in Form von Tabletten angewandt, das Tropakokain um ein ganz Bedeutendes in der analgetischen Kraft, bei gleichzeitiger geringerer Giftigkeit und daraus resultierenden weniger üblen Nach- und Nebenwirkungen. Versager kommen bei beiden Präparaten ungefähr in gleichem Maße vor, dürften sich aber bei noch exakterer Indikationsstellung, vor allem bei Rücksichtnahme auf das Alter der Patienten, auf einen noch kleineren Prozentsatz herabdrücken lassen, als dies bisher der Fall ist. Vollkommen ist die Methode bisher allerdings auch bei Verwendung des Novokains noch nicht, aber die Erfolge sind so, daß es weit mehr als das Tropakokain mit der Inhalationsnarkose zu konkurrieren imstande ist. Bei sorgfältiger Auswahl der Fälle und strikter Beobachtung der Kontraindikationen — Alter unter 15 Jahren, eitrige Prozesse und höchstgradige allgemeine Kachexie — besitzen wir im Novokain ein quoad vitam ungefährliches Präparat. Bei der Anwendung sind ausschließlich die Tabletten zu gebrauchen, keinesfalls die Lösung.

Nicht minder günstig lauten die Erfahrungen Becks, der das Novokain als Infiltrationsanästhetikum bei den mannigfachsten chirurgischen Eingriffen zu seiner größten Zufriedenheit benutzt hat. Auch hier gelangten stets Novokain-Tabletten (zu 0,1 und 0,125 g) zur Anwendung. Die Lösung wurde immer unmittelbar vor dem Gebrauch hergestellt und zwar in der Weise, daß in einem Kölbchen die physiologische Kochsalzlösung aufgekocht und darin die entsprechende Anzahl Tabletten aufgelöst wurde. Die allgemein angenommene Maximaldosis von 0,5 g Novokain brauchte in keinem Falle überschritten zu werden. Infolgedessen blieben auch alle Nebenwirkungen und üblen Begleiterscheinungen, die man der Injektionsflüssigkeit hätte zur Last legen können, vollkommen aus. Verfasser hält das Novokain für ein vollständig unschädliches Mittel zur lokalen Anästhesierung, das allen Anforderungen, die man an ein solches stellen kann und muß, vollauf genügt. Die Verwendung von Novokain in der von Braun im Anschluß an Schleich und Hackenbruch zur Methode ausgearbeiteten Weise zur Lokalanästhesierung vermag in sehr vielen Fällen eine Allgemeinnarkose nicht nur zu ersetzen, sondern ist wegen ihrer absoluten Gefahrlosigkeit in allen dazu geeigneten Fällen statt der Narkose in Anwendung zu bringen. Dem oft sehr fühlbaren Mangel in der „kleinen“ Chirurgie an geeigneter Assistenz (Narkotiseur) hilft die Lokalanästhesie am einfachsten und sichersten ab. Da die erforderliche Technik eine sehr einfache ist, sollte die Novokainanästhesie auch Gemeingut der Aerzte werden.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Die desinfizierende und antiseptische Wirkung des Parisols.** Von Dr. Niemann. Allg. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 7.
2. **Lysol und Kresolseife.** Von Prof. Schottelius. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
3. **Erfahrungen mit Bromural.** Von Dr. Vécsey. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 7.
4. **Warnung vor Geheimmitteln.**
5. **Ueber Laxin-Konfekt.** Von H. Zikel. Zeitschr. für neuere physikal. Therap., 1908, Nr. 3.
6. **Camphosal.** Von v. Boltenstern. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 3.
7. **Die moderne Arzneibehandlung der Tuberkulose.** Von N. Raw, M. D., M. R. C. P., London, F. R. S. Ed. Fol. therap., Jan. 1908.
8. **Eine nötige Meta-Kritik.** Von Dr. Langfeldt. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 4.
9. **Vergiftung einer dreigliedrigen Familie durch ein irrtümlich genommenes Belladonna-Infus.** Von Dr. Kalmus. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.
10. **Ueber Pyozyanasebehandlung der Diphtherie.** Von Dr. Mühsam. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
11. **Ueber das Yohimbin „Riedel“ und dessen Wirkung.** Von Dr. Dragendorff. Allgem. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 5.
12. **Ein besonderer Fall von Salipyrin-Idiosynkrasie.** Von Dr. Ritter. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
13. **Die Verwendung von Kufekemehl in der Kinderpraxis.** Von Dr. Grünfeld. Oesterreich. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 3.
14. **Ueber das Tuberkulose-Diagnostikum „Höchst“.** Leipz. med. Monatsschr., 1907, Nr. 11.
15. **Ueber Bromverbindungen mit besonderer Berücksichtigung des Strontiumbromids.** Von W. J. Robinson-New York. Apoth.-Zeitg., 1908, Nr. 12.
16. **Wissenschaftliche Mitteilungen über Pastor Felkes Honiglebertran.** Von Dr. Zernik. Ibidem, Nr. 11.

1. Aus den vergleichenden Desinfektionsversuchen, die N. mit Lysol, Lysoform und Parisol bei Typhus-, Tuberkelbazillen und Streptokokken vorgenommen hat, erwies sich das letztere Präparat in den angewandten Konzentrationen in seiner desinfektorischen und antiseptischen Wirkung dem Lysol und Lysoform bedeutend überlegen. Außerdem wirkt Parisol schon in Lösung von $1/2$ bis 1% desodorierend, was bei den anderen Antiseptizis nicht der Fall ist. Ferner ist das neue Mittel, ein Formaldehydpräparat, das eine klare, farblose Flüssigkeit darstellt und sich in jedem Verhältnis in Wasser löst, relativ ungiftig, so daß es sich vielleicht auch zu Spülungen des Uterus eignen würde.

2. Anknüpfend an den neuen Erlaß des preußischen Kultusministers betr. die Einführung einer neuen Kresolseife anstatt des Lysols für die Hebammen, stellt Sch. Betrachtungen über Lysol und Kresolseifen an. Um eine Verbesserung des Lysols durch eine neue Kresolseife — der offizinelle Liquor Kresoli saponatus scheidet aus wegen der Inkonstanz seiner Herstellung und Wirksamkeit — zu erreichen, kommen — meint Sch. — drei Faktoren in Betracht: Das neue Mittel müßte kräftiger wirksam, für den Menschen weniger giftig und billiger sein als das Lysol. Sch. weist nach, daß diese drei Möglichkeiten nicht zutreffen, und glaubt, daß das Lysol nach wie vor das zuverlässigste und wirksamste Kresolseifenpräparat ist.

3. Der Verf. versuchte das Bromural in einer ziemlich großen Anzahl von Fällen, jedoch kamen, wie dies im Wesen der Anstaltsbehandlung begründet ist, nebenbei die verschiedensten physikalisch-diätetischen therapeutischen Maßnahmen zur Geltung.

Die reine Bromuralwirkung ließ sich jedoch an verschiedenen Fällen beobachten, in denen aus naheliegenden Gründen die sonstige Therapie zurücktrat.

Das Bromural kam u. a. zur Verordnung bei Morb. Basedowii mit Tachykardie und Arhythmie, bei Agrypnia nervosa nach voraufgegangenen starken psychischen Alterationen und Abusus in hypnoticis, bei postklimakterischer Hysterie und bei Sklerodermie mit Bradykardie, in letzterem Falle wurde gegen die Schmerzen jeden zweiten Tag abwechselnd Morphium injiziert. Endlich kam das Mittel noch bei Schlaflosigkeit infolge Anämie, Dysmenorrhöe usw. mit gutem Erfolge zur Verwendung.

Während nach Gebrauch anderer Schlafmittel die Patienten jedesmal morgens höchst irritabel waren, kamen derartige Nacherscheinungen bei der Bromuraltherapie niemals zur Beobachtung; auch wurde niemals Bromismus festgestellt, obgleich einige Patienten mit starker Bromakne infolge Gebrauchs von Bromalkalien in die Anstalt eintraten. Der Verf. empfiehlt, die Bromuraltherapie nach folgendem Schema zu leiten:

1. Tag 0,3 g Bromural
2. „ 0,6 g „
3. „ 0,6 g „
4. „ Pause
5. „ 0,3 g Bromural usw.

Die bisherigen Erfahrungen des Verf. veranlassen ihn, das Bromural auch weiterhin unbedenklich zu verwenden.

4. Das Polizeiamt in Darmstadt warnt neuerdings wieder vor zwei Geheimmitteln, dem Trunksuchtsmittel „Alkolin“ und dem „Fulgural“. Die Warnungen haben folgenden Wortlaut (Allgem. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 6):

„Durch Zeitungsanzeigen mit der Ueberschrift: „Heile die Trunksucht, ehe der Trunksüchtige das Gesetz verletzt! Rette ihn, ehe der Alkohol seine Gesundheit, Arbeitslust und Vermögen zerstört hat oder der Tod die Rettung unmöglich gemacht hat!“, wurde auch in einer hier gelesenen auswärtigen Zeitung von dem „Alkolin-Institut“ zu Kopenhagen für sein angebliches Trunksuchtsheilmittel „Alkolin“ Reklame gemacht.

Es heißt da u. a.: „Alkolin ist ein Surrogat für Alkohol und bewirkt, daß der Trunksüchtige geistige Getränke verabscheuen wird.“ — „Alkolin ist vollkommen unschädlich und wirkt so intensiv, daß auch stark trunksüchtige Personen einen Rückfall niemals bekommen.“ — „Alkolin sollte jeder Vater seinem Sohne, dem Studenten geben, ehe er beim Examen durchfällt, wenn er dem Trunke auch nicht besonders ergeben ist, so schwächt der Alkohol dennoch sein Gehirn!“ usw.

Das Alkolinpräparat, welches „5 Gulden“ (8,50 M.) kostet, besteht nach der auf den Feststellungen des dortigen Amtsarztes beruhenden amtlichen Auskunft des zuständigen Amtsvogts aus einem Auszug von Erbsenblüten (!), Milchzucker, Lakritzenextrakt und Wasser und ist ganz wirkungslos. Der Vertrieb des Mittels ist in Dänemark verboten und findet daher nur nach dem Auslande statt.

Vor dem Bezuge dieses Mittels, dessen Preis überdies unverhältnismäßig hoch ist, sei hiermit dringend gewarnt.

Das von „Dr. A. Steiner & Schulze, Fabrik chemisch pharmazeutischer Präparate“ in Braunschweig als „vollständig unschädliches“ und „vorzüglich bewährtes“ Mittel zur Heilung und Verhütung von „Magenleiden, Verdauungsstörungen, Hautleiden, Flechten, Nieren-, Leber- wie Blasenleiden, Hämorrhoiden, Geschwüren, skrofulösen Erscheinungen etc., Fettleibigkeit“ in Verkehr gebrachte „Fulgural“ ist nach dem Gutachten des pharmazeutischen Instituts der Universität Berlin „ein etwa 10% Alkohol enthaltender, mit etwas Zucker versetzter weiniger Auszug verschiedener pflanzlicher, nicht starkwirkender Drogen, der etwa 10% Bittersalz gelöst enthält“.

Das Mittel ist also in der Hauptsache weiter nichts als ein einfaches Abführ- und leicht harntreibendes Mittel, dem die gegen die mancherlei angeführten Krankheiten angepriesene vorzügliche Heilwirkung nicht innewohnt.“

In die Geheimmittelliste vom 27. Juni 1907 wurden neu aufgenommen Dr. Rays Nervol und Dr. Rays Darm- und Leberpillen, beide dargestellt von Dr. Rays Remedy Co., London, in Deutschland vertrieben durch die Engelapotheke in Frankfurt a. M. Nervol wird in den beiliegenden Broschüren empfohlen als Universalheilmittel gegen Nervenleiden, die Darm- und Leberpillen ebenso gegen Magen- und Darmleiden, Gallensteine, Rheumatismus. Eine Flasche Nervol (= 1/2 l) kostet 4 M., eine Dose Pillen 2,50 M. Das Nervol ist ein mit je 3% Alkohol und Glyzerin versetzter, wässriger Auszug indifferenter vegetabilischer Stoffe, insbesondere von Baldrian, welcher rund 6% Bromkalium gelöst enthält. In den Pillen war hauptsächlich Aloe und Natronseife. Vor den Nervolpräparaten ist behördlicherseits gewarnt worden.

5. Nach Dr. Zikel ist das neue Laxans der Pharmakon-Gesellschaft, Berlin, „Laxin-Konfekt“ ein harmloses, unschädliches Mittel, das wegen seines angenehmen, erfrischenden, an Konfitüren erinnernden Geschmackes besonders in der Frauen- und Kinderpraxis angewendet, und das auch Kindern vom zweiten Lebensjahre ab unbedenklich verabreicht werden kann. Z. gab Kindern vom zweiten bis zum vollendeten sechsten Jahre 1/2 bis 3/4 Tablette, bis zum 16. 1 bis 1 1/2, von da ab höchstens 2 Tabletten täglich und pro dosi. Das Mittel ist übrigens chemisch mit Dihydrooxyphthalophenon identisch, spaltet aber nicht, wie man denken sollte, Phenol im Verdauungstraktus ab.

6. Unter dem Namen Camphosal bringt die Firma Riedel, Akt.-Ges., Berlin, den neutralen Kampfersäureester des Santalöls in den Handel. Dasselbe bildet ein bräunlich-gelbes Oel, das durch alkoholische Kalilauge nur langsam verseift wird. Es ist in Aether, Alkohol, Petroläther, Benzol und Chloroform nicht löslich, dagegen in 70%igem Spiritus, hat schwach aromatischen Geruch und leicht bitterlichen Geschmack. Nach v. Boltenstern ist das Camphosal absolut zuverlässig bei allen Prostataerkrankungen, beseitigt das Urethralfieber und die Katarrhe der Blase, besonders bei alten Prostatikern, die sich selbst nicht mehr kathetrisieren können und die Bakteriurie ständig von neuem hervorrufen. Das Präparat wird in Kapseln zu 0,25 g Camphosal verkauft; davon gibt man täglich drei- bis viermal zwei bis drei Stück.

7. Als Allgemeinbehandlung zur Hebung des Appetits gegen fieberhafte Zustände und vorgeschrittene Kachexie habe ich folgende Mixtur mit Vorteil verwendet:

Rp.: Chinin. hydrochl. 0,12,
Calc. hypophosph. 0,25,
T. nuc. vom. gtt. X,
T. aurant. 2,0,
Glyzerin. 4,0,
Aq. dest. ad 30,0.
M. f. dosis. S. 3mal tägl. 1/2 Stunde
vor der Mahlzeit zu nehmen.

Eines der besten Heilmittel für die Behandlung der Phthisis ist Kreosot. Sogar bei vorgeschrittener Tuberkelbildung scheint es einen allgemeinen wohltuenden Einfluß auszuüben, der sich im Nachlassen des Nachtschweißes, der Diarrhöe und des Hustens und Zunahme des Appetits und der Verdauungstätigkeit äußert.

Mit reinem Buchenholz-Kreosot erzielt man sehr gute Erfolge; Keferstein empfiehlt ein Gemisch von Kreosot mit Zimttinktur. Hudeod und andere schlagen die rektale Anwendung des Kreosots vor.

Zurzeit sind eine ganze Menge Kreosotpräparate im Gebrauch. Benzosol hat einen ausgezeichneten Ruf. Auch Kreosotkarbonat ist sehr beliebt und wird von vielen Patienten bevorzugt. Es ist eine flüssige sirupartige Masse und wird bei Husten und erschwerter Expektoration angewandt.

Ein neues Mittel, Sirolin, das viel im Ausland benutzt wird, kommt jetzt auch in England immer mehr in Aufnahme. Es enthält Thiocol (guajakolsulfosaures Kalium) und ist besonders für Kinder geeignet, da es den Husten und die Dyspnoe vermindert und den Schleimauswurf fördert.

Das Mittel jedoch, welches die ermutigendsten Resultate bei der Behandlung der Phthisis, vor allem auch bei Darmtuberkulose ergeben hat, ist das Styrakol. Es ist der Zimtsäureester des Guajakols mit der Formel $C_6H_5 - CH:CHCOOC_6H_4OCH_3$ und stellt ein weißes kristallinisches Pulver dar, das in kaltem Wasser unlöslich ist, sich jedoch in Alkohol, Chloroform und Olivenöl löst. Styrakol scheint reichliche Mengen Guajakol abzuspalten und macht gleichfalls die antiseptische Zimtsäure frei. Die Vorteile des Styrakols in der Behandlung der Lungenphthise und der Darmtuberkulose sind folgende:

a) Es ist nicht giftig, wenn es in therapeutischen Dosen gegeben wird. Es passiert den Magen unverändert und ubt keinen Reiz auf die Schleimhaut aus.

b) Es ist geruchlos und vollkommen frei von irgendwelchem Geschmack nach Guajakol und ist angenehm zu nehmen.

c) Im Darm spaltet es Guajakol ab und hält den Körper längere Zeit unter Guajakolwirkung.

d) Es macht die Zimtsäure frei, die im Darmtraktus als kräftiges Antiseptikum wirkt.

Ich habe Styrakol vielfach bei Tb. benutzt und glaube sicherlich, daß es die beste Methode der Guajakolmedikation ist; bei gleichzeitiger Darmtuberkulose mit anhaltender Diarrhöe ist die Wirkung ausgezeichnet; in vielen Fällen hört die Diarrhoe sofort auf und der lästige Geruch verschwindet bald.

In verschiedenen Fällen von Hämoptoe hatten wir oft gute Resultate mit Adrenalinchlorid. Auch Inhalationen von Amylnitrit zeigten sich erfolgreich.

Auf das Tuberkulin näher einzugehen, halte ich hier nicht für angebracht, da dieses ein spezifisches Mittel darstellt.

(Autoreferat.)

8. In einer Metakritik, die L. der Kritik der Allgem. med. Zentral-Zeitg. über seine Broschüre: „Ein zuverlässiges Mittel gegen Scharlach“ zu teil werden läßt, rechtfertigt er dieses neue Mittel, das er schon bei vielen Scharlachkranken mit Erfolg angewendet hat. Dasselbe besteht aus folgender Lösung: Phenol. paramonochlorat. 4,0, Spiritus 250,0, Aether. sulf. ad 300,0. Damit sind dreistündlich Einreibungen vorzunehmen; denn L. geht von der Vorstellung aus, daß durch das Parachlorphenol die Scharlachmikroben in der Haut vernichtet werden. Solche Einreibungen hat L. erfolgreich bei sechs Fällen angewendet, später ist er zu Begießungen übergegangen; und zwar hat er, wie aus der mitgeteilten Krankengeschichte hervorgeht, bei einem einjährigen Kinde, das besonders schwer krank war, alle drei Stunden eine Begießung vorgenommen, bei zwei anderen Kindern weniger. Am nächsten Tage wiesen alle drei Kinder keinen Scharlach mehr auf. Das jüngste, rhachitische und schwächliche Kind hatte nach zwei Tagen sein Spielzeug wieder in der Hand. L. berichtet, eine Reihe ärztlicher Danksagungen für die erprobte Bewährung des Mittels empfangen zu haben.

9. K. berichtet über die Vergiftung einer dreigliedrigen Familie durch ein irrtümlich genommenes Belladonnainfus. Er wurde zu einem schreienden, sich unruhig hin- und herwerfenden Kinde nachts gerufen und stellte fest, daß auch die Eltern sich unwohl fühlten, die Mutter große Mattigkeit, der Vater direkt Verwirrtheit zeigte. Schließlich stellte sich heraus, daß die Frau von einem Tee, den ihr Mann unter dem Namen Hirschzungenkraut (Folia Scolopendrii) kaufte, eine Abkochung bereitet hatte, wovon alle drei genossen hatten. Der Mann zeigte ad maximum erweiterte, lichtstarre Pupillen, an dem Kinde war nur enorme Pulsbeschleunigung festzustellen. Die Vergiftung gestaltete sich zu einem günstigen Verlauf insofern, als Vater und Kind nach wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wurden, während die Frau, die im sechsten Monat gravid war, etwa sieben Wochen nach der Vergiftung ein 1 ½ kg schweres Kind tot gebar, nachdem sie Kindesbewegungen immer schwächer gefühlt hatte. Ob der Tod des Fötus durch die Belladonnavergiftung hervorgerufen wurde, kann K. nicht entscheiden. Er warnt Drogisten und Apotheker vor den unter dem Namen Fol. Scolopendrii verkauften Drogen.

10. Aus Versuchen mit Pyozyanase bei Diphtherie, die Verf. in Gemeinschaft mit Dr. Weil am Krankenhause Moabit in vitro, an Tieren und am Menschen vorgenommen hat, geht hervor, daß die Pyozyanase im Reagenzglasversuch das Wachstum von Diphtheriebazillen hemmt und in verhältnismäßig kleinen Dosen große Mengen derselben abtötet. Bei der menschlichen Diphtherie scheint das Mittel die Auflösung der Beläge zu befördern und günstig auf den Allgemeinzustand des Kranken zu wirken. Es beseitigt schnell den Foetor ex ore. Nach M.s Meinung soll Pyozyanase nur in Gemeinschaft mit der Serumtherapie angewendet werden. Obwohl er gerade in den schweren und schwersten Fällen von Diphtherie keine günstigen Erfolge gesehen hat — im Gegensatz zu den Erfahrungen Emmerichs und Zuckers —, glaubt er doch, daß die bisherigen klinischen Erfahrungen zu weiteren Versuchen mit dem Mittel berechtigen.

11. Obwohl der suggestiven Wirkung eines Aphrodisiakum, wie dies in der Natur der Sache liegt, ein gewisser Grad der Wahrscheinlichkeit nicht abgesprochen werden kann, muß man doch bei dem Yohimbin-Riedel auf Grund der pharmakologischen Tierexperimente, des psychologischen Experiments am Menschen und des therapeutischen Tierexperiments anerkennen, daß bei diesem Präparat die Eventualität einer suggestiven Wirkung nicht vorliegt. Versuche von Siedler und Winzheimer haben nämlich ergeben, daß bei Kaninchen nach Injektion von Yohimbin stets eine Hyperämie der Genitalien erfolgte. Aus den Beobachtungen von Kronfeld, Hellmar, Steiner, Topp, Kohn, Dammann geht hervor, daß bei Männern, die das Mittel als „blutreinigendes“ Präparat oder zwecks allgemeiner Kräftigung oder zur Stärkung ihrer Nerven erhielten, wo also eine Suggestion ausgeschlossen war, wieder Erektionen erzeugt wurden, während es bei Frauen, die es unter den gleichen Bedingungen nahmen, die fehlende Libido anregte. Auch bei Tieren wurden, wie aus den Versuchen von Kogau und Ullmann an Pferden und Kühen hervorgeht, durch das Yohimbin wieder Brunsterscheinungen angeregt. Daraus geht hervor, daß wir in dem Yohimbin-Riedel tatsächlich ein Aphrodisiakum besitzen, dessen Wirksamkeit nicht auf Suggestion beruht, sondern in ihm selbst liegt.

12. R. veröffentlicht einen Fall von schwerer Salipyrin-Idiosynkrasie bei einer Dame, die nach Einnahme von 2,0 g unter Jucken der Haut einen Schüttelfrost am Tage nach der Einverleibung des Mittels bekam. Der Körper war von einem dunkelroten Ausschlage bedeckt, und Gesicht, Arme, Beine und Brust waren dick geschwollen. Der Ausschlag hatte frappante Aehnlichkeit mit Skarlatina. Die Rötung war an den Gelenken am intensivsten. Nach vier Tagen setzte speziell an diesen Körperteilen eine hochgradige Blasenbildung ein, die mit dem Erblassen des Exanthems zunahm und manche Stellen in Größe von Fünfmarkstücken bedeckte. Schließlich platzten die Blasen, entleerten trüb-seröse Flüssigkeit und trockneten ein. Danach trat völlige Heilung ein.

13. Bei drei Kindern mit Dyspepsieerscheinungen des Magens und Darmes konnte G. die die Verdauung regelnde Wirkung des Kufekemehles und den hohen Nährwert desselben feststellen. Er hält das Kufekemehl für die Entwöhnung der Brustkinder ganz besonders geeignet; aber auch bei Kindern mit Fettdiarrhöe ist es am Platze. G. hat auch gute Erfolge mit dem Nährpräparat in der Therapie des Säuglingsekzems gesehen, ebenso bei älteren Kindern bei postskarlatinöser Nephritis, wo es ein angenehmes Geschmackskorrigens der Milch darstellt, ferner bei Typhus abdominalis, Dysenterie, Enteritis follikularis. Für ältere Kinder kann man die verschiedensten Modifikationen eintreten lassen, indem man Kufeke mit und ohne Milch gibt, oder Kufekebrei, mehr oder weniger gesüßt, Kufekesuppe und -getränke etc. Wegen seines billigen Preises und der leichten Herstellungsweise findet das Nährpräparat leicht überall Eingang.

14. Das Tuberkulose-Diagnostikum „Höchst“ ist ein aus Alttuberkulin hergestelltes, glyzerinfreies Trockentuberkulin, das zur Anstellung der Ophthalmoreaktion nach Calmette verwendet wird. Es tritt nämlich nach Einträufelung dieser 1%igen Lösung in den Konjunktivalsack bei tuberkulösen Personen eine Hyperämie und entzündliche Reizung der Schleimhaut auf, eine Reaktion, die sich in folgender Weise vollzieht: Man bringt auf die Konjunktiva des zu untersuchenden Menschen ein bis zwei Tropfen einer 1%igen Lösung des Alttuberkulins, und zwar am besten in die Nähe des inneren Augenwinkels. Dann tritt bei tuberkulösen Individuen nach etwa drei Stunden eine Rötung der konjunktivalen Schleimhaut auf, die nach weiteren drei Stunden noch erheblich zugenommen hat; gleichzeitig tritt jetzt Tränensekretion auf, das Auge bedeckt sich mit einem dünnen fibrinösen Belag, während das nicht behandelte Auge normal bleibt. Das Maximum der Reaktion ist in sechs bis vierzehn Stunden erreicht; die Tränenabsonderung bleibt oft zwei bis drei Tage bestehen. Die Körpertemperatur und das Allgemeinbefinden wird bei dieser Reaktion nicht verändert; letztere bleibt bei gesunden Individuen aus. Die Höchster Farbwerke bringen das Diagnostikum in Pulverform und in 1%iger Lösung in den Handel, seit kurzem auch in 0,1%igen Lösungen, um die z. B. in der Charité beobachteten, unnötig starken Reaktionen zu vermeiden.

15. In einer „Klinischen Studie“ über die Wirkung der verschiedenen Bromverbindungen kommt der Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Kaliumbromid ist das minderwertigste aller Bromverbindungen wegen seiner Nebenwirkungen. Bei langem Gebrauch ist es für den menschlichen Körper ein langsam wirkendes Gift. Das Natriumbromid wirkt viel milder; noch besser und von den anorganischen Bromverbindungen das beste ist das Strontiumbromid. Es wirkt beruhigend auf das Nervensystem und die Genitalsphäre, belästigt den Magen nicht und bewirkt keinen oder nur einen sehr geringen Hautausschlag. Außerdem ist es ein mildes Darmantiseptikum, das die Nieren nicht angreift, das vielmehr die Mengen an Eiweiß und Glykose in Fällen von Albuminurie und Glykosurie herabsetzt. Strontiumbromid wird in Dosen von 0,6 bis 3,6 drei- bis viermal täglich in wässriger Lösung gegeben. Doch darf man es nicht in Verbindung mit Zitraten, Sulfaten und Alkaloiden zusammen verordnen. Es muß frei von Kalium und Baryum sein.

16. Nach Z.s Untersuchungen ist Pastor Felkes Honiglebertran eine sirupöse, schwach getrübte rote Flüssigkeit, die ein Gemisch von Himbeersirup mit Spuren von Lebertran und Pfefferminzöl darstellt.

Technische Neuerscheinungen.

Mundhöhlen-Spiegel.

Von Dentist **Erich Bormann**, Stettin.

Dieser Mundhöhlen-Spiegel bezw. Wangenhalter bietet besonders bei Zahnuntersuchungen, Behandlungen und Operationen den großen Vorteil, daß die Wange bequem, ohne dieselbe zu belästigen, vom Operationsfelde abgehalten werden kann und gleichzeitig eine genaue Uebersicht gestattet. Es wird sich derselbe seiner Vorzüge wegen, wie mir von Herrn Dr. Ehrlich hier versichert wurde, nicht bloß bei den Herren Zahnärzten einführen, sondern zum großen Teil von den Herren Spezialärzten und Chirurgen begehrt werden. Das größte Gewicht habe ich hierbei auch auf vollständige Antiseptik gelegt. Es läßt sich der Apparat bequem und leicht in seine einzelnen Teile zerlegen und sind die Teile gut und stark vernickelt Zu jedem Apparat wird ein Reservespiegel geliefert. Der Mundhöhlen-Spiegel ist nur durch mich zu beziehen. Prospekt auf Wunsch kostenlos.

Schlitzdose nach Dr. Hecht.

Durch D. R.-Gebrauchsmuster ist der Firma Max Arnold, Fabrik medizinischer Verbandstoffe in Chemnitz i. S. ein festkantiger Mullstreifen in Schlitzdose mit Stift und Glasspule für Ohren- und Nasenkranke geschützt worden.

Die aus Weißblech gefertigte Dose hat im Mittelpunkt ihres festsitzenden Bodens einen festgelöteten Metallstift, über welchen eine Glasspule locker gesteckt wird. Auf diese ist der Mullstreifen fest aufgewickelt und sein äußerstes Ende durch eine Schlitzöffnung an einer Seite der Dose gezogen. Es findet durch Verwendung der Glasspule ein leichtes Abwickeln des Mullstreifens statt, und dieser braucht nur so weit hervorgezogen zu werden, als zum jedesmaligen Gebrauch abgeschnitten werden soll. An der Austrittsstelle des Mullstreifens ist dieser durch einen abziehbaren Streifen vor Verunreinigung geschützt, und die ganze Dose ist von einem Deckel ebenfalls aus Weißblech bedeckt. Die ganze Anordnung ist derartig konstruiert, daß sich der Inhalt leicht sterilisieren läßt und auch beim Gebrauch steril bleibt resp. steril dem Behälter entnommen wird. Außer mit reinem sterilem Mull werden die Dosen je nach Bedarf mit Jodoform, Isoform, Nosophen, Silber (Collargol), Vioform, Xeroform, Dermatol usw. von der Fabrik fertig zum Gebrauch geliefert. Die handliche Form der Verpackung und die ständige Sterilität des Verbandstoffes eignet sich daher sowohl für das ärztliche Sprechzimmer wie für die Mitnahme auf die Praxis in hervorragender Weise. Die Firma Max Arnold hat der Verpackung die Bezeichnung „Schlitzdose nach Dr. Hecht“ oder abgekürzt „Hechtdose“ gegeben.

KORRESPONDENZ.

— **Betrifft die Freie Vereinigung!** Da seit Ende des Jahres 1905 kein Mitglieder-Verzeichnis mehr herausgegeben wurde, dürfte ein neues Verzeichnis willkommen sein. Es wird daher gebeten, alle beabsichtigten Neuanmeldungen möglichst bald auszuführen.

Da die Fr. V. noch der Satzungen und des endgültigen Programmes entbehrt, so wird vorläufig als Mitglied jeder Arzt willkommen geheißen, der das Bedürfnis nach einer medizinischen Reform auf biologischer Grundlage fühlt. Keinerlei Interessen, weder materielle noch ideelle, sind heutzutage mehr ohne energische Willensbetätigung in Form von Zusammenschluß und gemeinsamer Arbeit aller Gleichstrebenden zu erreichen.

Unseren Mitgliedern gewährt der Verlag der Th. R. ein ermäßigtes Jahres-Abonnement für nur fünf Mark.

Vorschläge für Ort, Zeit und Gegenstände einer Versammlung im laufenden Jahre werden von Unterzeichnetem gern entgegengenommen. Nach den Wohnsitzen der bisherigen Mitglieder zu schließen, würde ein Ort in Thüringen oder Südwestdeutschland sich am geeignetsten für die Versammlung erweisen.

Harburg a. E., 20. März 1908. Dr. Bachmann.

— In Nr. 23 bis 26 des Jahrganges 1907 brachten wir einen Artikel von Dr. med. Dammann-Berlin-Schöneberg über „Moderne Kneiferkonstruktionen“, in dem der „orthozentrische Kneifer nach dem System des amerikanischen Augenarztes Dr. Brinkhaus“ infolge seiner eigenartigen Konstruktion als derjenige Klemmer bezeichnet wurde, der die Vorzuge der Brillenkonstruktion erreicht, soweit dies überhaupt bei einem Kneifer möglich ist.

Mit Beziehung auf diese Arbeit ersucht uns die Orthozentrische Kneifergesellschaft um Aufnahme folgender Mitteilung:

„In der von ihm redigierten „Rundschau für Optiker“ vom 1. Februar 1908 sagt Dr. E. H. Oppenheimer am Schluß der wörtlichen Wiedergabe des Artikels „Ueber Orthozentrische Kneifer“ aus Nr. 2 der „Med. Reform“:

„Obigen Artikel entnehme ich einer der neuesten Nummern der „Medizinischen Reform“, einem angesehenen Berliner Fachblatte der Aerzte, in dem besonders wirtschaftliche Fragen zur Erörterung kommen. Da ich glaube, daß mancher von unseren Lesern für diese Angelegenheit ein gewisses Interesse hat, bringe ich den Artikel in seiner ganzen Länge. Ganz schuldlos an seiner Entstehung bin ich freilich nicht. Denn vor etwa vier Monaten wurde ich vom Verband der Augenärzte aufgefordert, ein Referat über orthozentrische Kneifer zu halten. Die Kollegen hielten es für richtig, meinen Vortrag in abgekürzter Form an ein medizinisches Fachblatt zur Veröffentlichung zu schicken, was vom Vorstand aus geschah und wogegen ich natürlich nichts hatte.“

Hierzu stellen wir fest, daß Herr Dr. Oppenheimer bereits vor Jahresfrist durch uns folgende Aufklärungen erhalten hat:

1. daß die Feder unseres Kneifers in Amerika, England und Oesterreich patentiert ist,

2. daß ein amerikanisches, englisches und osterreichisches Patent einem deutschen Patent gleichwertig ist, da in allen vier Ländern eine anerkannt gleichwertige staatliche Prüfungskontrolle besteht,

3. daß seine sowie eines anderen Augenarztes abfällige Kritik über „orthozentrische Kneifer“ sich nicht auf unseren Kneifer, sondern auf eine Nachahmung bezw. eine alte von uns wegen verschiedener Mängel seit Jahren fallen gelassene, von anderen Optikern aufgegriffene, nicht mehr patentierte Entwicklungsform unseres Kneifers bezieht. Trotzdem spricht Herr Dr. Oppenheimer nach wie vor von der Feder unseres Kneifers als von einer Nachahmung amerikanischer und englischer Federn (vergl. Nr. 37 der Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges vom 30. Juni 1907). Trotzdem bezeichnet Herr Dr. Oppenheimer die nicht auf unseren Kneifer Bezug habenden abfälligen Kritiken nach wie vor als auf unseren Klemmer (D. R. P. angem., Feder und Steg aus einem Stück) sich beziehend,

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4. daß wir keinerlei auf Refraktionsbestimmungen bezügliche Reklame machen und keinen Augenarzt oder Arzt für Refraktionsbestimmungen beschäftigen,

5. daß Herr Dr. Oppenheimer allein sechs (sachlich unrichtige, weil nicht unseren Klemmer betreffende) Veröffentlichungen wider „orthozentrische Kneifer“ hat erscheinen oder abdrucken lassen, teils in medizinischen Zeitschriften, teils in einer optischen Fachzeitung (Med. Reform vom 9. Jan. 1908, Zentralzeitung für Optik und Mechanik vom 15. Jan. 1907, vom 15. Febr. 1907 und vom 1. Febr. 1908, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges vom 13. Juni 1907, sowie Deutsche med. Wochenschrift vom 7. Febr. 1907),

6. ist es unrichtig, daß die Gesamtheit der Augenärzte dem „Wirtschaftlichen Verband der Augenärzte Groß-Berlins“ angehört bezw. auch nur der in der betr. Veröffentlichung dargelegten Ansicht über unseren Kneifer ist; im Gegenteil, sogar dem „Wirtschaftlichen Verbande der Augenärzte“ angehörende Augenärzte sind anderer Ansicht und verteidigen unseren Klemmer,

7. ist es unrichtig, daß die beiden nicht augenärztlichen Verfasser jener Publikationen mangelhafte Anschauungen über Optik haben. Beides sind frühere Militärärzte, von denen der eine als Stabsarzt längere Zeit als Augenspezialist tätig war.

Wir müssen dagegen protestieren, daß Herr Dr. Oppenheimer, der übrigens Redakteur bezw. Mitredakteur des Vereinsblattes des „Verbandes der Inhaber optischer Geschäfte“ — dieser Verband ist aus erklärlichen Gründen unser geschworener Feind — ist und gleichzeitig ein Konkurrenzfabrikat unseres Kneifers warm empfiehlt, alle jene vielen mißbräuchlich als „orthozentrische“ benannten und mit Recht als mangelhaft bezeichneten Kneifer uns zuschreibt und dadurch unseren wirklich orthozentrischen Kneifer diskreditiert, umsomehr als wir bereits vor Jahresfrist Herrn Dr. Oppenheimer auf das Unzutreffende seiner Behauptungen in bezug auf unseren Kneifer aufmerksam gemacht haben.

Schließlich möchten wir noch erwähnen, daß uns verschiedene Augenärzte mitgeteilt haben, sie hätten gegen unseren Kneifer nicht nur nichts einzuwenden, sondern müßten ihn sogar für schwierige Korrekturen verordnen, wenn der Patient keine Brille, sondern durchaus einen Kneifer tragen wolle. Ferner stellen wir fest, daß wir nicht nur keine Reklame für Refraktionsbestimmung machen, daß wir auch keinen Arzt oder Augenarzt hierzu beschäftigen, ja daß sich nicht einmal die sonst bei den meisten Optikern gebrauchte Ankündigung „fachmännisch wissenschaftliche Augenuntersuchung kostenlos“ an unserem Geschäftslokal auch nur andeutungsweise vorfindet. Der Umstand, daß der Erfinder unserer Kneiferkonstruktion und Gründer unserer Gesellschaften ein ausländischer Mediziner und Ophthalmologe ist und vor Jahren auch gelegentlich Refraktionsbestimmungen vorgenommen hat, wird leider öfters unrichtigerweise so hingestellt, als sei derselbe in unserem Institut als Augenarzt für Refraktionsbestimmung tätig.

Das durch den Vortrag des Herrn Dr. Oppenheimer veranlaßte Vorgehen des „Wirtschaftlichen Verbandes der Augenärzte Groß-Berlins“ beruht nach diesen Ausführungen auf irrigen Voraussetzungen und unrichtigen Informationen.

Bücherbesprechungen.

Körperkultur des Weibes. Von Frau Dr. Bess M. Mensendieck. 2. Aufl. München 1907. Verlagsanstalt F. Bruckmann, A.-G. 3,80 M.

Das Buch ist warm zu empfehlen — nicht zur Lektüre, sondern als Vademekum für den täglichen Gebrauch. Die Verfasserin dokumentiert eine für eine Frau auffällig vernünftige Auffassungsweise, gepaart mit einem guten Blick für das, was der Frauenwelt not ist. Was, nicht auch uns Herren der Schöpfung? Aber natürlich! Leben wir doch in einer Zeit, wo der Kopf alles und der sonstige Organismus nichts bedeutet, wenigstens solange er „mitmacht“. Wie viele Männer verfügen über einen verweichlichten, „verweiblichten“ Körper, trotzdem sie recht gute Vertreter ihres Geschlechtes sind! Das Streben nach natürlichen Verhältnissen ist das Zeichen der Zeit. Möchten noch recht viele ebenso ruhige, sachgemäße, eindringliche Stimmen wie die der Verfasserin laut werden — und der kommende Mensch wird sagen dürfen: „Wohl mir, daß ich ein Enkel bin!“ Lungwitz, Berlin.

Populäre Aufsätze und Vorträge. Von Dr. E. v. Leyden. Berlin. Verlag „Deutsche Bücherei“. Band 67 und 68. Preis: jeder Band 30 Pf.

Der vorliegende 67. Band der „Deutschen Bücherei“ ist in hervorragendem Maße geeignet, das Interesse weiterer Volkskreise für die so wichtige Frage der Tuberkulose wachzurufen und wachzuhalten. Der Inhalt dieses handlichen Heftes bringt die verschiedenen Vorträge und Aufsätze, welche Leyden im Laufe der letzten Jahre über die Heilstättenfrage publiziert hat. Es ist ein nicht zu unterschätzendes Verdienst, daß der Kaiserliche Botschaftsarzt Dr. H. Leyden diese in der Literatur zerstreuten Publikationen zu einem Buche zusammengestellt und so einem weiteren Leserkreis zugänglich gemacht hat.

Der 68. Band bringt gleichfalls eine Reihe von Vorträgen, welche der geniale Berliner Kliniker bei verschiedenen Anlässen gehalten hat. Ich möchte den Kollegen nachdrücklichst die Anschaffung und die Lektüre dieses nützlichen Buches empfehlen. Themata, wie „Das Denken in der heutigen Medizin“, „Ueber die Methoden der internen Therapie“, „Ueber die Ziele der modernen Klinik“ usw. werden in dieser Darstellung dauernden Wert behalten. Burwinckel-Bad Nauheim.

ALLGEMEINES.

Die neunte Auflage des geburtshilflichen Vademekum von Prof. Dührssen ist soeben erschienen. Wie Prof. Wieting, der Direktor des Kaiserlich Osmanischen Lehrkrankenhauses Güldane, dem Verf. mitteilte, ist dieses Buch von einem Schüler der Anstalt, Refik Bey, aus eigenem Antriebe in das Türkische übersetzt worden. Allerdings nicht aus den krausen Schriftzeichen, wohl aber aus den Abbildungen ist zu ersehen, daß die von Dührssen empfohlenen Dilatationsmethoden damit sogar schon in der Türkei bekannt geworden sind.

Das preussische Gewerbesteuergesetz, amtliche jetzt gültige Fassung. Verlag: L. Schwarz & Comp., Berlin S. 14, Dresdenerstraße 80. Preis 60 Pf.

In dem gleichen Verlage und zu gleichem Preise wie 1. „Der Praktische Ratgeber bei Steuer-Reklamation nebst Preuß. Einkommensteuergesetz“, 2. „Das Neue Preuß. Ergänzungssteuergesetz“ ist obiges für jeden gewerblich tätigen Steuerzahler überaus wichtige Gesetz erschienen.

Gerade auf dem Gebiete der Gewerbesteuer herrschen bei den Steuerzahlern die meisten Unklarheiten. Jeder Handwerks-, Geschäfts- und Fabrikbetrieb, jeder zur Gewerbesteuer veranlagte Bürger sollte im Besitze eines Gewerbesteuergesetzes sein, denn nur wer die gesetzlichen Bestimmungen genau kennt, wird imstande sein, zu hohe Veranlagung erfolgreich abzuwenden. Die Anschaffung des Gewerbesteuergesetzes ist ebenso wie der „Ratgeber bei Steuerreklamation“ und das „Preuß. Ergänzungssteuergesetz“ als nützlich zu empfehlen.

Ohne Vorurteil betrachtet erscheint das aus Meeralgen hergestellte Nährfett Fucol geeignet, stets an Stelle des wenig appetitlichen Lebertrans angewandt zu werden, Fucol schmeckt angenehm nußartig und wirkt bei gleicher Dosierung durchweg energischer und schneller. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13., Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S., **A. Dührssen**, Berlin, **C. A. Ewald**, Berlin, **P. Gerber**, Königsberg, **R. Kobert**, Rostock, **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., **H. Senator**, Berlin, **M. Koeppen**, Berlin, **M. Mosse**, Berlin, **H. Rosin**, Berlin, **H. Schlange**, Hannover, **Ad. Schmidt**, Halle a. S., **R. Sommer**, Gießen, **H. Unverricht**, Magdeburg, **O. Vulpius**, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 5. April 1908. **Nr. 14.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Frühdiagnose der Tabes dorsalis, der wichtigste Faktor einer rationellen Therapie derselben.

Ein klinischer Vortrag von Privatdozent Dr. **L. Jacobsohn**, Berlin.

Meine Herren! Man sollte wohl glauben, daß es dem praktischen Arzte keine Schwierigkeit mehr bietet, ein so häufiges und bekanntes Leiden des Nervensystems wie die Tabes dorsalis zu erkennen. Und doch geschieht es noch zu oft, daß die Tabes zu viel und zu wenig diagnostiziert wird, d. h. daß in vielen Fällen, wo sie nicht vorhanden ist, die Diagnose auf Rückenmarksschwindsucht gestellt wird, und andererseits, wo deutliche Zeichen dieses Leidens vorliegen, diese übersehen und das Leiden des Patienten für harmlos angesehen wird. Wenn freilich die Krankheit ihren Höhepunkt erreicht hat, wenn die klassischen Symptome des ataktischen Ganges, des breitbeinigen Stehens, des Hin- und Herschwankens des Körpers, der lanzinierenden Schmerzen, der Gefühllosigkeit an den Beinen und am Rumpfe, der Inkontinentia urinae, welche oft schon durch den Geruch sich bemerkbar macht, wenn diese und noch andere Zeichen die Krankheit schon so sinnfällig machen, daß sich eine besondere Untersuchung fast erübrigt, dann dürfte wohl jeder Arzt, der überhaupt einmal dieses Krankheitsbild in voller Ausbildung gesehen hat, keinen Zweifel mehr haben, welches Leiden vorliegt. Indessen, bevor sich die Krankheit zu dieser Höhe entwickelt, vergehen viele Jahre; sie wird sich um so schneller entwickeln, je unsinniger der Patient seine Körperkräfte abnutzt, und um so langsamer, je frühzeitiger Maßregeln ergriffen werden, die den Zweck verfolgen, einmal gegen die Krankheit in ihren ersten Anfängen vorzugehen und zweitens prophylaktisch die Widerstandskräfte des Patienten zu erhöhen, um ihn damit gegen den Ansturm des Krankheitsgiftes gewappneter zu machen. Um dies zu können, ist es aber notwendig, daß der Arzt gerade mit den ersten Zeichen, durch welche sich die Krankheit äußert, bekannt ist, und daß er auch über die Ursache der Tabes, und wie letztere auf das Nervensystem wirkt, genau unterrichtet ist.

Die Tabes dorsalis wird, wie jetzt wohl außer jedem Zweifel steht, durch Lues verursacht, so daß man sagen kann, ohne voraufgegangene Lues keine Tabes. Aber nicht der Syphiliserreger verursacht direkt die Tabes, sondern er schafft wahrscheinlich ein spezielles Stoffwechselprodukt, und dieses noch unbekannte Agens, wenn es in einer großen Quantität sich im Blute angesammelt hat, greift das Nervensystem in jener eigenartigen Weise an, die für die Tabes charakteristisch ist. Der Giftstoff kommt aus dem Blute wahrscheinlich in die Zerebrospinalflüssigkeit, diese umspült die aus dem Gehirn resp. aus dem Rückenmark austretenden Nervenfasern, und hier ist der erste Punkt, wo das tabische Gift ansetzt und seine verheerende Wirkung ausübt. Die Tabes ist also im Beginn keine Rückenmarkskrankheit, sie entsteht außerhalb desselben und pflanzt sich erst nachträglich auf letzteres fort. Die Annahme, daß das Gift von der Zerebrospinalflüssigkeit aus wirkt, macht es verständlich, warum bei der Tabes sowohl im Beginn wie auch später Hirn- und Rückenmarksnerven angegriffen werden, und daß der Angriff regellos bald hier bald dort geschieht, wobei allerdings die Rückenmarkswurzeln und hier wieder die tiefer gelegenen (dorso-lumbo-sakralen) früher und intensiver ergriffen werden als die höher befindlichen (zervikalen). Wie bestimmte Gifte eine spezielle Affinität zu bestimmten Nerven haben, z. B. das Blei zum N. radialis, so hat auch das tabische Gift die Eigenschaft, vorwiegend die sensiblen Nervenfasern, also die hinteren Wurzeln, oder den Trigeminus oder Optikus etc. anzugreifen, wenn es auch motorische Fasern, vor allem den N. oculomotorius nicht ganz verschont. Durch Lähmung der Pupillarfasern des Optikus entsteht so die bekannte Pupillenstarre, durch Ergriffenwerden des ganzen Optikus die zunehmende und oft bis zu völliger Blindheit gehende Sehschwäche, durch Betroffenwerden des Trigeminus die Hyp- resp. Anästhesie der Haut- und Schleimhäute des Gesichtes, der Ausfall der Zähne, durch Reizung der hinteren Wurzeln werden die charakteristischen lanzinierenden Schmerzen oder die Magen-, Blasenkrisen etc. hervorgerufen, durch Lähmung der sensiblen Wurzelfäden der Muskelsehnen werden die bekannten Phänomene des Fehlens des Patellarreflexes und des Achillessehnenreflexes erzeugt, durch Lähmung der sensiblen Blasennerven wird die Kontrolle über die Blasentätigkeit gestört und dergl. mehr. Indem, wie erwähnt, der erste Angriff des Giftes bald an dieser, bald an jener Stelle in der Umgebung des Zentralnervensystems erfolgen kann, werden die ersten Erscheinungen des Krankheitsbildes verschieden sein. Da es gerade aus vorher genannten Gründen wichtig ist, diese ersten Erscheinungen in ihrer mannigfaltigen Konstellation zu kennen, möchte ich hier einige Beispiele zur Illustration anführen.

Fall I. 35jähriger Mann, vor 12 Jahren Lues, 8 Jahr verheiratet, keine Kinder; Klagen über häufigen Urindrang. Objektiver Befund: Reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Achillessehnenphänomene, während die Patellarreflexe lebhaft sind. Diagnose: Beginnende Tabes.

Fall II. 41jährige Frau, 15 Jahr verheiratet, 2 gesunde

Kinder, später 4 Aborte. Vor 5 Jahren drei Monate hindurch krampfartiges Erbrechen fast aller Speisen. Danach völlige Gesundheit. Jetzt wiederum seit zwei Monaten unablässiges krampfartiges Erbrechen. Objektiver Befund: Körperlich abgemagerte Frau. Pupillenträgheit, Fehlen der Patellarsehnen- und Achillessehnenphänomene. Diagnose: Tabes.

Fall III. Patient, 39 Jahr alt; vor 20 Jahren Schanker, Schmierkur, bis vor zwei Monaten gesund. Seit dieser Zeit eintretende und rapid zunehmende Sehschwäche, zuerst auf dem linken und dann auch auf dem rechten Auge. Objektiver Befund: Atrophia nervi optici beiderseits, Pupillen reagieren minimal, leichte Abstumpfung des Gefühls für Berührung in der linken Hypochondriumgegend, Fehlen der Patellarsehnen- und Achillessehnenphänomene. Diagnose: Tabes.

Fall IV. Patient, 45 Jahr alt, klagt über sehr heftige, ruckartige Schmerzen in den Beinen, an diesen „rheumatischen Beschwerden" leide er schon $1^1/_2$ Jahre, bei kalter Witterung seien die Schmerzen heftiger. Lues negiert; zum zweiten Male verheiratet; mit der ersten Frau zwei gesunde Kinder, dann drei Jahre Witwer, mit der zweiten Frau 10 Jahre verheiratet, keine Kinder, aber in dieser Ehe eine Frühgeburt von 7 Monaten und zwei Aborte. Objektiver Befund: Reflektorische Pupillenstarre, Patellarreflex links nicht auslösbar, rechts nur noch mit Kunstgriff nachweisbar, Achillessehnenphänomene fehlen, leichte Abstumpfung des Schmerzgefühls an den Unterschenkeln. Diagnose: Tabes.

Fall V. Patient, 60 Jahr alt; vor 10 Jahren Lues; klagt über zeitweise eintretende krampfartige Schmerzen in der Kehlkopfgegend und über Abstumpfung des Gefühls in den Fingern, besonders der rechten Hand. Wenn er mit dem rechten kleinen Finger in die Ohröffnung faßt, so fühlt er nicht die Höhlung der Ohrmuschel, während er dies links wahrnimmt. Objektiver Befund: Leichte Abstumpfung des Gefühls im rechten Ulnarisgebiet, reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarreflexe und der Achillessehnenphänomene. Diagnose: Tabes.

Fall VI. Patientin, 48 Jahr alt, 22 Jahr verheiratet, keine Kinder. Vor 3 Jahren plötzliches Eintreten von Doppelsehen und Augenschielen; langsame, aber nicht vollständige Besserung, seit einiger Zeit sehr heftige, ziemlich andauernde Schmerzen am linken Fuß, besonders an der großen Zehe. Objektiver Befund: Leichte Ptosis links, Strabismus konvergens, das linke Auge kann nur wenig nach außen bewegt werden; linke Pupille weiter als die rechte. Pupillenstarre, Fehlen der Achillessehnenphänomene, während die Patellarreflexe noch schwach auslösbar sind. Diagnose: Tabes.

Diese Fälle ließen sich noch in großer Zahl vermehren, doch dürften sie wohl genügen, da sie die Hauptsymptome der beginnenden Tabes prägnant vor Augen führen. Zu diesen Haupterscheinungen gehört auf der einen Seite die Gewißheit oder wenigstens hohe Wahrscheinlichkeit, daß vor Jahren Lues bestanden hat. Ist hierfür ein direkter Nachweis nicht zu erbringen, so ist die Angabe, die nur zu oft in der Anamnese wiederkehrt, von großer Bedeutung, daß die Ehe steril geblieben ist, oder daß totgeborene Kinder oder eine Anzahl Aborte vorhanden waren. Ist man auch trotzdem noch im Zweifel darüber, so entscheidet event. der Ausfall der von Wassermann angegebenen Seroreaktion. Diese Momente im Verein mit dem objektiven Befund der reflektorischen Pupillenstarre und dem Fehlen der Achillessehnenphänomene oder der Patellarreflexe oder dem Fehlen beider macht die Diagnose auf Tabes fast unzweifelhaft. Voraussetzung bei der Untersuchung ist, daß dieselbe exakt ausgeführt wird und nicht z. B. Pupillenstarre oder Fehlen der Patellarreflexe resp. der Achillessehnenphänomene angenommen wird, wo diese Reflexe vorhanden sind und umgekehrt. Hierzu einige Winke! Bei Prüfung des Pupillenreflexes muß der Patient das Auge vollkommen still halten, er darf es nicht bewegen, weil bei Bewegungen schon an sich oft eine Zusammenziehung der Pupille erfolgt Man prüfe also am besten bei offenen ins Dunkle gerichteten Augen mit vorgehaltenem intensiven Lichte. Wenn die Patellarreflexe bei der gewöhnlichen Prüfung mit übereinandergeschlagenen Beinen und Beklopfen der Patellarsehne nicht auslösbar sind, selbst mit Kunstgriff nicht, so gebe man sich damit nicht zufrieden, sondern wende noch folgendes Verfahren an: Der Patient setze sich möglichst vorn auf einen Stuhl, er halte die Unterschenkel in stumpfem Winkel gegen die Oberschenkel und stütze die Fußsohlen vollkommen, aber leicht auf den Fußboden auf; der Untersucher legt alsdann seine flache linke Hand auf die rechte Kniescheibe des Patienten und berührt mit den Fingerkuppen die Patellarsehne desselben Beines; drückt nun der Arzt die Patella des Patienten mit dem aufliegenden Handteller gut nach abwärts und führt mit der freien rechten Hand, die leicht zur Faust geballt ist, einen leichten Schlag auf die aufliegende Hand, so springt ihm bei Vorhandensein des Reflexes die Patellarsehne deutlich gegen die Fingerkuppen an. Dieser von Walbaum (Deutsche Medizin. Wochenschrift 1900) angegebene Kunstgriff bewährt sich vielfach in sonst zweifelhaften Fällen und ist fast unentbehrlich bei korpulenten Personen, welche nicht imstande sind, ein Knie über das andere zu legen. Schließlich ist anzuführen, daß der Achillessehnenreflex am besten so geprüft wird, daß der Patient auf einen Stuhl kniet, die Füße über die Stuhlkante herausragen läßt und voneinander getrennt hält. Schlägt man in dieser Fußstellung mit einem festen Stiel auf die Achillessehne, so macht der Fuß bei Vorhandensein des Reflexes eine leichte Plantarflexion. Dieser Reflex ist nach neueren Untersuchungen bei der Tabes oft noch frühzeitiger erloschen als der Patellarreflex.

Die soeben angegebene Untersuchung der Pupillenreaktion und der Patellar- und Achillessehnenphänomene erfordert wohl kaum mehr als 3 Minuten Zeit, sie ermöglicht die Diagnose auf Tabes mit Bestimmtheit so früh wie nur möglich zu stellen und danach dem Patienten Verhaltungsmaßregeln zu erteilen, die die Krankheit event. zum Stillstand bringen oder wenigstens ein schnelles Fortschreiten derselben verhindern. Daß die Krankheit zum Stillstand kommen kann, ist durch eine Reihe kompetenter Beobachtungen erwiesen; es gibt Fälle, die vor ca. 10 Jahren nichts weiter als Pupillenstarre und Fehlen der Kniephänomene darboten, und die nach 10 Jahren bei abermaliger Untersuchung denselben Befund darbieten. Man kann sie die abortiven Tabesfälle nennen. In anderen Fällen können sich weitere Symptome so langsam und in verhältnismäßig milder Form hinzugesellen, daß der betreffende Patient nur geringe Beschwerden hat und viele Jahre arbeitsfähig bleibt. Gestaltet sich die Krankheit in dieser Weise, so verliert sie selbstverständlich den Charakter des Schreckens, der ihr im Volksmunde anhaftet.

Hat man also die Tabes in ihren ersten Anfängen festgestellt und ist erst verhältnismäßig kurze Zeit vergangen, seit der Patient seine Lues akquiriert hat, so kann man zunächst eine vorsichtige, genau zu kontrollierende Schmierkur versuchen. Diese Kur wird noch mehr angezeigt sein, wenn bei Ausbruch der Lues eine antisyphilitische Kur entweder gar nicht oder in ungenügender Form gemacht worden ist. Nur in solchen unglücklichen Fällen, die als erstes Symptom eine Atrophia nervi optici zeigen, ist von einer solchen Kur dringend abzuraten, wie sie auch bei vollem Ausbruch der Krankheit keinen Nutzen mehr stiftet. In diesem wie auch in jedem anderen Falle von Tabes dürfte es aber angebracht sein, dem Patienten in regelmäßigen Abständen, etwa jedes Jahr mehrere Wochen lang eine Jodkalikur oder eine Arsenkur, event. beide kombiniert, zu verordnen. Neben diesen Maßnahmen, welche gegen die Noxe gerichtet sind und diese paralysieren sollen, stehen mit in erster Reihe die Verhaltungsmaßregeln zur Kräftigung der Körperkonstitution. Man sage einem solchen Patienten, daß sich infolge der vor Jahren erworbenen Lues eine leichte Schädigung seiner Nerven eingestellt habe, die bis jetzt ganz harmlos sei und von welcher man hoffen könne, daß sie weiter harmlos bleibe, wenn er seine Kräfte so viel wie möglich schone. Tue er es nicht, so setze er sich der Gefahr aus, daß die Krankheit auch das Rückenmark ergreife; er müsse demgemäß sein Leben zu einem recht ruhigen gestalten, er müsse vor allem jede Ueberanstrengung vermeiden, nicht stundenlang laufen oder stehen, keine Gebirgstouren machen etc. Solchen Patienten, die bisher einen Beruf hatten, der sie körperlich sehr anstrengte, ist dringend zu raten, diesen Beruf mit einem andern zu vertauschen, der so viel wie möglich körperliche Ruhe gewährt. Die zweite Maßnahme besteht in der kräftigen Ernährung. Es ist unzweifelhaft, daß das Krankheitsgift zersetzend auf die Körperkräfte wirkt; man hört nicht selten, daß die Krankheit dem Patienten zuerst durch die auffällige Gewichtsabnahme von 30—40 Pfund so recht zum Bewußtsein kam. Diesen aufzehrenden Faktoren ist durch eine reichliche Zufuhr von einfacher, gut zubereiteter, leicht verdaulicher Kost vorzubeugen. Als letzte Maßnahmen kommen diejenigen hygienischer Natur in Betracht, welche eine innerliche und äußerliche Körperreinigung bewirken. Sehr wesentlich ist die Sorge für eine peinlichst genaue Regulierung der Harn- und Stuhlentleerung. Man findet namentlich die letztere bei vielen Tabikern oft schon im Anfang der Krankheit erschwert. Dagegen ist einmal durch Modifikation der Ernährung — Vermeidung von Nahrung, die viel unverdauliche Substanzen enthält, und Darreichung von recht viel guten, reifen, rohen oder gekochten Früchten — oder durch direkte milde Abführmittel anzukämpfen. Je besser und pünktlicher der Körper die Abfallsstoffe eliminiert, um so eher werden auch Ansammlungen von toxischen Substanzen, die schädlich auf den Körper wirken, entfernt werden. Die äußerliche Körperreinigung wird erreicht durch eine sorgfältige Reinhaltung des Körpers durch laue Bäder und Waschungen. Ferner ist auf eine sorgfältige Kleidung zu achten. Letztere ist der Jahreszeit entsprechend einzurichten und wird besonders sorgfältig und warm für den Winter auszuwählen sein, da erfahrungsgemäß Kälteeinwirkungen von längerer Dauer sehr schädlich den Zustand beeinflussen können. Ist der Patient in der glücklichen Lage, jedes Jahr im Sommer längere Zeit auf dem Lande zuzubringen oder eine Badekur in einer indifferenten Therme durchzumachen, wo frische Luft, gute Ernährung, Bäder, Ruhe und Sorglosigkeit ihn aufs günstigste beeinflussen, dann kann ihm der Arzt die Hoffnung geben, daß sein Leben voraussichtlich noch recht lange erhalten bleiben und auch ein leidlich erträgliches sein wird.

Ueber die Behandlung der Syphilis.

Erfahrungen und Ansichten eines Praktikers.

Von **Axel Winckler**, Dr. med. et phil., Sanitätsrat,
Kgl. dirigierendem Brunnenarzt am Bade Nenndorf.

(Fortsetzung.)

Die graue Salbe muß von beiden Händen einer kräftigen Hülfsperson eingerieben werden, mit einiger Energie, nicht bloß streichend oder wischend. Statt von Schmierkuren sollte man also eigentlich von Einreibungskuren sprechen. Um drei Gramm graue Salbe einzureiben, braucht ein geübter Heilgehülfe ungefähr acht Minuten, zu vier Gramm reichlich zehn Minuten und zu fünf Gramm etwa eine Viertelstunde. Wenn der Gehülfe seine Handflächen vor dem Einreiben mit einem nassen Stück Seife bestreicht und nach dem Einreiben abseift, leidet er keinen Schaden an seiner Gesundheit. Es ist unzulässig, die Einreibungen mittels Lederhandschuhen, Leinwandbäuschchen oder Glasreiber zu applizieren; das ist ein Unfug allzu ängstlicher Gehülfen, wodurch die Kur vereitelt wird. Der Wärter, der die Inunktionen mit Handschuhen oder Bäuschchen ausführt, reibt nämlich — was man mittels der Wage beweisen kann — fast alle Salbe ins Leder oder ins Bäuschchen, etwas auf und garnichts in die Haut hinein, und auch mit Glasreibern läßt sich das Einreiben nur höchst mangelhaft bewerkstelligen. Ich könnte aus berühmten Krankenhäusern Beispiele solcher Pseudo-Schmierkuren anführen, deren Heileffekte Null waren; dieselben Fälle wurden später in Nenndorf, wo man die Schmierkuren kunstgerecht vornimmt, prompt geheilt. Daß ich die Klatschmethode nach Herxheimer und das bloße Aufschmieren der grauen Salbe nach Welander nicht empfehle, brauche ich hiernach kaum zu begründen; derartige Kuren dienen mehr der Bequemlichkeit der Wärter als dem Nutzen der Kranken.

Jeden Tag müssen andere Hautstellen eingerieben werden, die man bei fetten Patienten durch vorherige Abseifung — Seifenfriktionen wie in Bad Tölz — vom Hauttalg befreien und aufnahmefähiger machen kann. Die Reihenfolge der Einreibungen ist gleichgültig. Ich lasse gewöhnlich am ersten Tage die Innenseite des rechten Beins einreiben, am zweiten die des linken Beins, am dritten die Innenseite des rechten Arms, am vierten die des linken Arms und am fünften die beiden Seiten des Rumpfes. Am sechsten Tage nimmt der Patient zwecks völliger Reinigung von der Salbe ein Dampfbad von nur 40° C., da es auf übermäßiges Schwitzen dabei nicht abgesehen ist; in diesem Dampfbade wird die Haut mittels Seife und Luffah gesäubert; eingerieben wird an diesem Tage nicht. Am folgenden Tage beginnt der Turnus der Einreibungen von neuem. Die Außenseiten der Extremitäten werden nicht eingerieben, weil sie stärker behaart sind und sich die Haarbälge durch das Einreiben leicht entzünden. Personen, die am ganzen Körper stark behaart sind, soll man keiner Schmierkur unterziehen; für sie eignet sich besser die innerliche Anwendung von Quecksilberpräparaten, wovon ich später sprechen werde.

Es ist ratsam, vor der Schmierkur die Zähne von einem Zahnarzt sorgfältig reinigen und etwaige hohle Zähne wenigstens provisorisch füllen zu lassen; dadurch beugt man einer Stomatitis vor. Das Rauchen ist möglichst einzuschränken, namentlich das Zigarettenrauchen, das die Mundschleimhaut am meisten reizt. Fleißiger Gebrauch von Mundspülwässern und von Zahnpulver ist anzuraten.

Die von mir angegebenen Einzeldosen der grauen Salbe genügen in allen Fällen; größere Dosen anzuwenden ist zwecklos, ja gefährlich. Viele genau kontrollierte Versuche haben mir gezeigt, daß sich mit größeren Quecksilbermengen weder bessere noch schnellere Heilerfolge erzwingen lassen. Größere Dosen können Leibschmerzen und blutige Durchfälle, ja Geschwüre im Darm verursachen, eine sogenannte Merkurialdysenterie, welche sofortige Unterbrechung der Kur, Abseifung aller eingeriebenen Hautpartien und Darreichung großer Opiumdosen nötig macht. Die Kur kann alsdann erst nach langer Unterbrechung fortgesetzt werden.

Wenn jemals größere Gaben, zum Beispiel 6 bis 8 Gramm grauer Salbe, mehrere Wochen lang gut vertragen worden sind, so sind die Einreibungen sicherlich nachlässig gemacht worden. Wurde die Haut nur beschmiert, so daß sie nachher fettig wie ein Butterbrot anzufühlen war, so ist die Quecksilberwirkung freilich gering. Jede Einreibung muß bis zur Trockenheit der Haut fortgesetzt werden; die Haut darf nach der Prozedur schwärzlich grau, aber nicht eingefettet erscheinen; das Umwickeln mit Binden nach der Einreibung zur Schonung der Leibwäsche ist deshalb überflüssig; etwas Einpudern genügt. — Ich stimme einem alten, erfahrenen Spezialkollegen Dr. Bernhard Brandis in Aachen bei, der in seinen „Grundsätzen bei Behandlung der Syphilis" (Berlin 1886, Seite 13) schrieb: „In dringenden Fällen habe ich oft größere Dosen als fünf Gramm versucht, habe auch hin und wieder zweimal täglich eine Einreibung von je fünf Gramm machen lassen, doch habe ich keinen günstigen Eindruck von diesen Versuchen erhalten und darf sie nicht empfehlen." — Angaben, daß Schwerkranken zehn Gramm und mehr eingerieben werden sollen oder worden seien, sind lächerlich, denn so viel Salbe kann man garnicht in die Haut einer Extremität hineinreiben; man könnte sie höchstens wie gesagt aufschmieren.

Andererseits ist auch die manchmal angeratene Dosis von zwei Gramm unzulässig, denn dieses geringe Quantum hat zu wenig Substanz, als daß man eine ordentliche Einreibung damit vornehmen könnte; man müßte denn Oel oder Schweinefett beimischen, wodurch die Salbe verschlechtert wird. Kurz: nur Dosen von drei bis fünf Gramm sind brauchbar.

Sehr zweckmäßig ist es, die Schmierkur mit einer Schwefelkur zu kombinieren. Patienten, die während der Inunktionskur ein starkes Schwefelwasser trinken, bekommen keinen Speichelfluß. Diese Tatsache, wovon die Kliniker leider noch zu wenig Notiz genommen haben, ist zuerst im 18. Jahrhundert von dem englischen Arzte Weighan im Schwefelbade Barèges konstatiert worden. Ich habe bei meinen Patienten in Bad Nenndorf niemals einen Speichelfluß beobachtet! Getrunken werden hier täglich 200 bis 600 Gramm Schwefelwasser, auf die Morgen-

und Nachmittagsstunden verteilt. In der Regel lasse ich den Brunnen kalt trinken, ausnahmsweise etwas erwärmt oder mit Zusatz von heißer Milch. Die Patienten müssen langsam und in großen Pausen trinken und dabei etwas promenieren; an den Geschmack des Brunnens gewöhnen sie sich bald. Da sich versandtes Schwefelwasser genügend lange hält, empfehle ich allen Aerzten in Stadt und Land dringend, daß sie ihre Patienten bei Schmierkuren versandtes Schwefelwasser irgendeiner starken Schwefelquelle trinken lassen. Die Verhütung des Speichelflusses ist ja ein enormer Vorteil; dadurch wird manche Kur ermöglicht, die andernfalls ein vorzeitiges Ende finden würde. Schwellung des Zahnfleisches kann und soll bei der kombinierten Kur eintreten, Speichelfluß nicht.

Noch besser verläuft die Kur, wenn sie außerdem mit Schwefelbädern kombiniert wird. Alsdann verfährt man folgendermaßen: Täglich um dieselbe Stunde wird ein Schwefelbad von 34 oder 35 ° C. und zehn bis fünfzehn Minuten Dauer gegeben, sodann ruht der Kranke eine Stunde im Bette und dann wird er mit der grauen Salbe eingerieben. Die Salbe bleibt also 23 Stunden lang in der Haut, eigentlich noch länger, denn im Schwefelbade am nächsten Tage gehen die Salbenreste nicht völlig herunter, da das Bad ohne Seife genommen wird. Erst im Dampfbade am sechsten Tage, dem sogenannten Ruhetage, wird die Haut gründlich von den Salbenresten befreit.

Die auffallend günstigen Wirkungen der mit dem äußerlichen und innerlichen Gebrauch eines starken Schwefelwassers kombinierten Schmierkur erklärte ich folgendermaßen:

Das durch die Schwefelkur im Körper entstehende beziehungsweise durch die Trinkkur direkt eingeführte, auch sekundär aus dem Schwefelwasserstoff im alkalischen Darmsaft gebildete Schwefelalkali wird im Organismus teilweise zu unterschwefligsaurem Alkali oxydiert. Dieses Salz wird mit den Quecksilberverbindungen im Körper ein lösliches unterschwefligsaures Quecksilberalkali bilden, ein komplexes Salz, worin das Quecksilber, weil unmittelbar an Schwefelatome gebunden, zeitweilig festgelegt erscheint, bis Zersetzung dieses Doppelsalzes allmählich unter langsamer und deshalb unmerklicher Ausscheidung von Schwefelquecksilber erfolgt. (Eine ausführliche chemische Darstellung dieser Vorgänge habe ich in einer besonderen Abhandlung gegeben: „Ueber den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis", Berlin 1902. Veröffentlichungen der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin, Seite 88—92). Auf Grund der Ionentheorie dürfen wir annehmen, daß in den Lösungen derartiger Doppelsalze das Quecksilber größtenteils nicht als freies Kation Hg, sondern als komplexes Anion Hg S_4O_6 vorhanden ist. Daher wird es rühren, daß die Lösungen solcher Quecksilberverbindungen den Körper nicht schädigen.

Jetzt begreifen wir, weshalb die kombinierte Kur besser vertragen wird als eine einseitige Merkurialkur. Sie überschwemmt den Körper nicht ruckweise mit giftigen Quecksilberverbindungen, sondern imprägniert ihn mit einem verhältnismäßig unschädlichen, löslichen, leicht zirkulierenden, alle Gewebe durchdringenden, schließlich langsam zerfallenden komplexen Doppelsalze, wodurch es möglich wird, große Mengen Quecksilber viele Wochen lang mit gleichmäßiger Kraft auf das syphilitische Virus wirken zu lassen. Dieser Vorzug ist noch höher zu schätzen als das Ausbleiben des Speichelflusses.

Kurz gesagt: die kombinierte Kur löst die scheinbar unlösliche Aufgabe, erhebliche Quecksilbermengen durch den Körper hindurchzutreiben und so das Virus zu vernichten, ohne den Körper zu vergiften. Es ist wahrlich kein Zufall, daß die Schwefelquellen der verschiedensten Länder, Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien, Rußland seit vielen Jahrhunderten von Syphilitikern mit Vorliebe aufgesucht werden! Die Erfahrungen vieler Jahrhunderte haben eben bewiesen, daß solche Patienten dort leichter, bequemer und sicherer Genesung finden als daheim.

Dr. Dresch in Aix und Dr. Engel in Heluan, die sich die chemischen Wirkungen dieser kombinierten Kuren nicht recht klar gemacht haben, empfehlen, Schmierkur und Schwefelkur nicht gleichzeitig, sondern abwechselnd gebrauchen zu lassen; dadurch wird aber der Hauptzweck verfehlt.

Fern sei es von mir, allen Syphilitikern zu empfehlen, daß sie ihre Schmierkuren an den Schwefelquellen absolvieren. Aber ich rate, alle Fälle von Syphilis maligna, alle Fälle von Syphilis bei skrofulösen, tuberkulösen, kachektischen Individuen, und endlich alle Syphilitiker, welche die einfache Schmierkur schlecht oder gar nicht vertragen, ohne Zeitverlust in ein Schwefelbad zu schicken, damit sie dort eine kombinierte Kur durchmachen. Für gewöhnliche Fälle reichen die Schmierkuren daheim aus.

Jeder Syphilitiker sollte drei ordentliche Schmierkuren innerhalb der ersten drei Jahre nach der Infektion gebrauchen, einerlei ob er während dieses Zeitraums Rezidive erleidet oder nicht. Die Syphilis heilt in der Regel nur unter Rezidiven; das muß dem Patienten zum Troste gereichen. Sehr leichte Fälle lassen sich anscheinend durch eine einzige Schmierkur heilen, aber nicht so sicher, daß es nicht ein Gebot der Vorsicht bliebe, die Kur zweimal zu wiederholen. Man sagt, daß die scheinbar leicht einsetzenden Fälle meistens die schweren Spätformen zur Folge haben; der Grund liegt offenbar darin, daß solche Fälle anfangs meist nicht energisch genug behandelt wurden.

Befragt man diejenigen, die an Spätsyphilis oder einer Nachkrankheit leiden, so erfährt man: daß keine drei Schmierkuren in den ersten Jahren nach der Infektion ausgeführt oder daß sie unordentlich und nachlässig ausgeführt worden sind, oder daß nur eine einzige Schmierkur und sonst bloß Spritzkuren oder ausschließlich Spritzkuren gebraucht worden sind, oder daß der Patient ohne Quecksilber nur mit Jodmitteln, oder von Naturheilkundigen mit Schwitzbädern, Sonnenbädern, Schrothscher Semmelkur und dergleichen behandelt worden ist.

Ad vocem Sonnenbäder: einem aus einer Naturheilanstalt ungeheilt entlassenen, nach Bad Nenndorf gekommenen Patienten konnte ich keine Schmierkur angedeihen lassen, weil seine Haut durch viele Sonnenbäder so lederähnlich zähe geworden war, daß der Einreiber die graue Salbe schlechterdings nicht hineinbringen konnte. Es blieb nichts anderes übrig, als innerlich Quecksilberpräparate zu verordnen. Von dieser Medikation rede ich später.

Keinerlei Patienten werden durch das sogenannte Naturheilverfahren so sicher zugrunde gerichtet wie die Syphilitiker. Die Unterlassung der Quecksilberkur wird ihnen zum Verhängnis; ich könnte Dutzende von Beispielen anführen. Am meisten habe ich einen jungen Buchhändler bedauert, der an rechtsseitiger syphilitischer Iritis leidend nach erfolgloser naturärztlicher Behandlung Bad Nenndorf aufsuchte, um hier bloß zu trinken und zu baden, aber beileibe kein Quecksilber zu gebrauchen! Dem Kollegen, den er befragte, gelang es ebensowenig wie mir, der ich zur Konsultation hinzugezogen wurde, den Eigensinnigen eines Bessern zu belehren. Das Auge verschlimmerte sich rapide und nach achttägiger Trink- und Badekur reiste der Kranke ab. Wie wir später erfuhren, erblindete er auf dem rechten Auge vollständig, und erst als auch das linke schwer erkrankte, gelang es einem sehr energischen Berliner Augenarzt, eine Schmierkur durchzuführen, wodurch dem Unglücklichen wenigstens ein Rest des Sehvermögens erhalten blieb.

Alljährlich kommen mir einige Patienten vor, die, durch das Geschwätz der Kurpfuscher und die Lektüre populärer Schundbücher geängstigt, das Quecksilber abergläubisch fürchten, in ihrer tiefsten Not die Schmierkur zulassen, dann aber die Kur zögernd und unordentlich gebrauchen, mir mit beständigen Skrupeln in den Ohren liegen und nach dem Verschwinden der ärgsten Krankheitserscheinungen die Kur sofort abbrechen.

Also nicht genug, daß die Schmierkur heutzutage oft durch die minder wirksamen Spritzkuren ersetzt wird — aus Angst vor dem Quecksilber läßt mancher die Kur nicht einmal gehörig zu Ende führen. Andere nehmen höchstens Jodmittel, wieder andere lehnen jedes „Medizingift" ab, eingeschüchtert durch das Geschrei der Naturärzte. Kein Wunder, daß die Spätformen und Nachkrankheiten überhand nehmen. Arme Menschheit!

Ich kehre zur Besprechung der Therapie der sekundären Syphilis zurück.

Wenn eine Schmierkur aus sozialen oder andern Gründen nicht angebracht ist oder abgelehnt wird, kann man innerlich

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Quecksilbermittel geben, am besten Sublimat. Bei Phthisis und Magenleiden ist die Sublimatkur kontraindiziert; sonst ist sie nicht gefährlicher als andere Merkurialkuren. Vor zweihundert Jahren würde Sublimat zum ersten Male als Antisyphilitikum in Mixturen von einem gewissen Richard Wiesemann verordnet. David Turner gab das Mittel im Jahre 1717 in Branntwein aufgelöst. Weltruf erhielt es erst durch Gerhard van Swieten, Schüler Boerhaaves und Leibarzt der Kaiserin Maria Theresia; auf seine Empfehlung hin wurde eine Lösung von Sublimat in Spiritus und Wasser zur innerlichen Behandlung der Syphilis bei den kaiserlichen Armeen eingeführt. Nach Brambilla hätten freilich die Militärärzte in den Feldlazaretten heimlich noch Calomel daneben gegeben, da sie dem Liquor van Swieten nicht getraut hätten. Sehr mit Unrecht, denn das Mittel wirkt vorzüglich. Ich habe diesen Liquor oft mit glänzenden Erfolgen verordnet, nach der Formel: Rp. Hydrarg. bichlor. 0,2, solve in Spir. Vini rektif. 20,0, adde Aq. dest. 180,0 M. D. S. ein- bis zweimal täglich (eine Viertelstunde nach dem Frühstück und dem Abendessen) 1 Teelöffel bis 1 Eßlöffel voll in einem Glase Haferschleim, Milch oder Zuckerwasser zu nehmen. Ein Eßlöffel enthält 0,015 Sublimat. Etwas bequemer sind die Hufelandschen Pillen, da mancher Patient Haferschleim oder Milch nicht immer zur Hand hat; doch sind sie, wie alle Pillen, nicht ganz zuverlässig, da sie hart und dadurch unwirksam werden können. Ihre Formel lautet: Rp. Hydrarg. bichlor. 0,25, solve in Aq. ferv. q. s., adde Opii pulv. 0,25, Mellis 1,25, Micae Panis alb. q. s. ut fiant l. a. Pil. No. 80. Consp. Pulv. Rad. Liqu. D. S. Früh und abends je sechs Stück nach dem Essen zu nehmen. Sechs Pillen enthalten 0,019 Gramm Sublimat, also annähernd die Maximaldosis; man darf diese Menge höchstens dreimal täglich geben, also 18 Pillen pro Tag. Hufeland gab aber manchmal noch mehr, nämlich zweimal 12 Pillen, also 24 täglich. Mit diesen Hufelandschen Pillen habe ich fast ebenso gute Kuren gemacht wie mit dem van Swietenschen Liquor. Eine syphilitische Opernsängerin war von der prompten und gründlichen Wirkung dieser Pillen so entzückt, daß sie auch die Wiederholungs- und die Vorsichtskur durchaus nur mit den Pillen zuließ; die Schmierkur war ihr zu unästhetisch und die Spritzkur zu „unanständig“. Solchen empfindsamen Damen ist die Sublimatpillenkur wirklich zu empfehlen.

Die Dupuytrenschen Pillen sind den Hufelandschen ähnlich zusammengesetzt; sie enthalten noch eine unwirksame Menge Guajakextrakt.

Von vielen andern innerlich angewandten Quecksilbermitteln schweige ich, da sie keinen Vorzug vor dem Sublimat besitzen. Vor dem Calomel, das in Gestalt der Lawschen Pillen aufkam, warne ich; es verursacht bald schreckliche Mundfäule und massenhaften Speichelfluß. Hingegen die Jodverbindungen des Quecksilbers sind allenfalls zulässig; hiervon wird weiter unten die Rede sein, wo ich das Jod als Antisyphilitikum kritisieren werde.

Der innerliche Gebrauch irgendwelcher Quecksilbermittel ist mit einer Schwefelwassertrinkkur aus chemischen Gründen unverträglich, aber Schwefelbäder können mit großem Nutzen dabei gebraucht werden.

Jede Quecksilberbehandlung der Syphilis soll ungefähr vier Wochen dauern. Eine Schmierkur umfaßt 15 bis 25 Inunktionen, je nach der Schwere des Falles.

Wie oft die Kur zu wiederholen sei, darüber sind die Gelehrten immer noch nicht einig. Man kann zwei Richtungen unterscheiden, die sich unter verschiedenen Namen bis auf den heutigen Tag geltend gemacht haben. Nach der Saturationsmethode werden dem Körper erhebliche Quecksilbermengen bis zur Sättigung einverleibt; der große Boerhaave trieb diese Behandlung sogar bis zur Uebersättigung, bis zum Speichelfluß, ja er suchte sogar nach dem Verschwinden der Krankheitserscheinungen noch 36 Tage lang einen leichten Speichelfluß zu unterhalten. Ich betrachte eine lange andauernde Schwellung des Zahnfleisches als ein Zeichen der Sättigung und als eine Garantie des Kurerfolges. Solche energische Kur hält lange vor und braucht nicht bald und nicht oft wiederholt zu werden; drei Kuren in zwei oder drei Jahren vorgenommen genügen meistens zur radikalen Heilung. Hingegen die Extinktionsmethode, früher Montpelliersche Methode, heutzutage Methode der chronisch-intermittierenden Quecksilberkuren genannt, arbeitet mit kleineren Quecksilbermengen, die aber mit Unterbrechungen von einigen Monaten jahrelang angewendet werden. Mindestens drei- bis viermal jährlich soll die Quecksilberkur mehrere Jahre hindurch wiederholt werden; so oft der Körper wieder empfänglich für das Mittel geworden ist, soll es ihm wieder zugeführt werden.

Auf Grund meiner ärztlichen Erfahrungen mißbillige ich diese Methode. Das Virus durch eine chronische Quecksilbervergiftung ersticken zu wollen, ist ein verfehltes Beginnen, das den Körper allzusehr schädigt. Ich finde, daß der menschliche Organismus wenige sehr energische, durch halbjährige oder einjährige Pausen gehörig unterbrochene Quecksilberkuren besser erträgt und — was doch die Hauptsache ist — daß die Syphilis durch diese Saturationsmethode sicherer geheilt wird. Es verhält sich damit ähnlich wie mit dem Wechselfieber, welches durch große Chiningaben geheilt werden kann, durch kleinere verzettelte Gaben nicht.

Trousseau, der doch gewiß ein scharfblickender Kliniker war, schrieb: „In der großen Welt hat die Methode von Montpellier die Oberhand behalten, weil sie leichter zu befolgen ist, bequemer ist, keine sehr strenge Diät und keine Veränderung der Lebensordnung erheischt, welche Verdacht bei der Umgebung erregen könnte. Man mildert unwillkürlich jene strengere Methode, die man doch für besser hält, und durch diese bedauerliche Nachgiebigkeit verschuldet man die so schweren und häufigen Folgezustände, die wir alle Tage zu beklagen haben.“ Das ist auch meine Meinung.

Bei Ausführung einer Merkurialkur ist die Wahl der Jahreszeit wichtig; wenigstens Schmierkuren gelingen in der warmen Jahreszeit besser als in der kalten. Falls Gefahr im Verzuge ist, darf die Kur zwar nicht aufgeschoben werden, doch sollte der Kranke wenigstens bei strenger Winterkälte seine Kurzeit in wohl geheizten Zimmern verbringen. Leider wird diese den Unerfahrenen unbekannte Vorsichtsmaßregel häufig außer acht gelassen. Zweifler verweise ich auf Bretonneaus Abhandlung über die Diphtheritis, worin geschildert ist. wie übel Quecksilberkuren während der strengen Kälte im Januar 1826 wirkten: „Die Salivation, die Kachexie, die Hämorrhagien entstanden damals unter dem Einfluß von Quecksilbergaben, die während des Sommers kaum einen Menschen beeinflußt hätten.“

(Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen.** Vorläufige Mitteilung von R. Hoffmann. München. med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

2. **Zur Methodik der Komplementbindung.** Von Lode und Ballun. Ibidem, S. 503.

3. **Kutanreaktion bei Impfung mit Diphtherietoxin.** Von Schick. Ibidem, S. 504.

4. **Die Bedeutung der experimentellen Lungenanthrakose für die Frage nach der Entstehung der Lungentuberkulose.** Von Heller und Wolkenstein. Zeitschr. f. Tub., Bd. XI, H. 3.

1. H. geht von der Ansicht aus, daß Thyreoidea und Nebennieren Antagonisten im tierischen Organismus darstellen, daß aber auch die Funktion der übrigen Körperdrüsen mit interner Sekretion für die Entstehung gewisser Krankheitsbilder, von denen das Myxödem und Morbus Basedowii die typischsten sind, mit in Betracht kommen. Jede Störung der Normalsekretion einer Drüse muß durch entsprechende Steigerung oder Verminderung der Funktion der antagonistisch wirkenden Drüse ausgeglichen werden, sonst entstehen Krankheitszustände, die gleichzeitig durch Hyper-

funktion der einen und Insuffizienz der antagonistischen Drüse bedingt sind. Morbus Basedowii besteht demnach in Hyperthyreoidismus mit relativer Insuffizienz der Nebennieren, zuweilen kompliziert mit Hyperfunktion der weiblichen Keimdrüsen (Osteomalazie); Myxödem in einer Hyperfunktion der Nebennieren oder Aplasie der Thyreoidea mit relativer Hyperfunktion der Nebennieren, zuweilen kompliziert mit Aplasie der Keimdrüsen (Mongolismus).

Nach dem Ehrmannschen Verfahren konnte H. bei Myxödem einen hohen Adrenalingehalt des Blutes, bei Morbus Basedowii ein reichlich „Thyreoidin"-Substanzen nachweisen.

2. Das Komplement (Alexin) des normalen Serums (cf. Syphilisreaktion) ist nicht nur für das Zustandekommen einer spezifischen Hämolyse, sondern auch für den Vorgang einer spezifischen Bakteriolyse unbedingt notwendig. Impft man ein Tier wiederholt mit Bakterien, so bildet es in seinem Blutserum neben anderen Immunkörpern auch Bakteriolysine, welche imstande sind, die gleiche Bakterienart, wie zur Impfung verwandt wurde, in vitro aufzulösen, vorausgesetzt, daß frisches komplementhaltiges Serum zugegen ist; wird nun in dem notwendigen Komplementserum das Komplement ganz oder teilweise durch irgendeinen Vorgang, z. B. Reaktion eines Antigens mit einem Antikörper, verbraucht, so kann das Serum ein zweites bakteriolytisches Serum in seiner auflösenden Wirkung auf Bakterien nicht mehr ergänzen; es werden wenige oder überhaupt keine Bakterien aufgelöst. Die Menge der ungelösten Bakterien läßt sich durch Kulturverfahren ermitteln, und die Autoren glauben, hieraus einen Schluß auf die Größe des Komplementverbrauches und Wirksamkeit des dabei in Reaktion tretenden Antiserums machen zu können.

3. Sch. konnte mit einem auf ein Zehntel eingeengten Diphtherietoxin (einfach tödliche Dosis für Meerschweinchen 0,03 bis 0,04) Kutanreaktion beim Menschen erzielen: die Impfstelle zeigte nach 24 Stunden ein 8 mm breites, dunkelrotes, quaddelartiges Zentrum mit 20 mm breitem zarten, roten Hof. Die Veränderung bildet sich im Verlauf der nächsten zweimal 24 Stunden zurück, doch tritt häufig dabei in der Mitte ein rasch trocknendes Eiterbläschen auf.

Die geschilderte Reaktion ist durch das Diphtherietoxin bedingt, denn durch Paralysierung mit Antitoxin wird das Impfmaterial unwirksam und außerdem kann man durch vorherige Impfung mit Antitoxin (= passiver Immunisierung) oder gleichzeitig mit der Impfung vorgenommene subkutane Antitoxineinspritzung die Kutanreaktion auf Diphtherietoxin unterdrücken. Tritt trotz Antitoxin eine Reaktion nicht ein, so ist die Intensität geringer, die Heilung rascher. Von 22 ohne Serum behandelten leichten Diphtheriefällen reagierten 18 positiv. Von 21 gesunden Säuglingen war nur bei einem die Reaktion positiv, die Anzahl der Reaktionen wurde größer, als stärkere Toxinlösungen zur Anwendung kamen. Die Reaktion wäre demnach eine primär toxische, wobei allerdings die wechselnde Intensität durch den Grad des Antitoxingehaltes im Blute der Geimpften und starke positive Reaktion als Fehlen antitoxischer Substanzen aufgefaßt werden könnten; positive Reaktion spräche für eine individuelle Disposition für Diphtherie. Ein diagnostischer Wert scheint vorläufig der Diphtherietoxinreaktion nicht zuzukommen, doch gibt sie vielleicht in Diphtheriefällen einen Anhalt für die Menge des notwendigen Heilserums.

4. Nach ausführlicher Würdigung der einschlägigen Literatur und auf Grund ausgedehnter Tierversuche kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen:

Eine allgemeine und starke Lungenanthrakose kann experimentell nur durch Inhalation erzeugt werden. Bei sämtlichen anderen Verfahren der Einverleibung der Pigmente in den Tierkörper können aber unter Umständen Kohle-, Ruß- oder Tuscheteilchen in der Lunge gefunden werden. Die Mesenterialdrüsen ausgewachsener und junger Individuen verhalten sich, soweit die Retention von Pigment in Frage kommt, nicht prinzipiell verschieden. Für die intestinale Entstehung einer allgemeinen Lungenanthrakose fehlt bisher jeder Beweis. Die experimentelle Lungenanthrakose erlaubt deshalb nicht den geringsten Analogieschluß auf eine intestinale Entstehung der Lungentuberkulose und kann als Stütze für die bisher unbewiesene Theorie von v. Behring über intestinale Entstehung der Lungentuberkulose beim Menschen keinesfalls verwendet werden.

Letztere Deduktion scheint Ref. zu weitgehend, denn wenn vom Darm aus Lungenanthrakose auch nur lokalisiert entstehen kann, so kann auch ebensogut eine partielle Tuberkelbazilleninvasion der Lungen vom Darm aus stattfinden. Durch Lydia Rabinowitsch ist überdies (Berl. Klin., 08) durch Tierversuch am Schwein direkt bewiesen, daß vom Darm aus Tuberkelbazillen auf dem Blut- und Lymphweg in die Lungen gelangen können und für die Entstehung einer Lungentuberkulose vom Darm aus ist eine allgemeine Tuberkelbazilleninvasion der Lunge wohl nicht nötig.

Lichttherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt,** Oberarzt am Kgl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Neuere Beiträge zur Lichtbestrahlung.** Von Foveau de Courmelles. Zeitschr. f. neuere physikal. Medizin, 1907, Nr. 4 und 5. (Forts. folgt.)

2. **Neue Hochfrequenz-Apparate nach Dr. Keating-Hart.** Von Dessauer. Ibidem.

3. **Ueber die Blitzbehandlung (Fulguration) der Krebse.** Von Görl. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 8.

4. **Bemerkungen zur Blitzbehandlung (Fulguration).** Von Nagelschmidt. Ibidem.

5. **Ein radiotherapeutischer Versuch bei einem Falle von Arthritis deformans.** Von Wetterer. Archiv f. physikal. Med. u. med. Technik, 1907, Bd. II, Heft 3 u. 4.

6. **Eine neue Anordnung zur Röntgenbestrahlung.** Von Dessauer. Ibidem.

7. **Ueber einige Erfahrungen mit der Kromayerschen Quarzlampe.** Von Wetterer. Ibidem.

1. Rückblick auf die Entwicklung der Lichttherapie mit Angabe der wichtigsten Daten, Beschreibung einer vom Verfasser konstruierten Lampe zur therapeutischen Bestrahlung, der von Bang und Kjeldsen angegebenen Eisenelektroden-Lampe. Nil novi.

2. Bericht über die von Keating-Hart in Marseille bei inoperablen Karzinomen angewandten kräftigen Hochfrequenzströme, die — meist nach operativer Entfernung der Hauptmasse des Tumors — wegen der Schmerzhaftigkeit fast nur in Narkose appliziert werden können. Schilderung der zur Erzeugung dieser Ströme nötigen Apparate.

3 und 4. Bei der von Keating-Hart angegebenen Behandlung mit Hochfrequenzströmen schlagen Funkenbänder von recht erheblicher Länge auf den Körper, die Applikation ist wegen der großen Schmerzhaftigkeit nur in Narkose möglich, die Narbenbildung ist oft sehr häßlich, keloidartig. Beide Autoren stehen aber der neuen Methode, die ja auch schon von Czerny in Heidelberg in einigen Fällen versucht worden ist, mit großer Skepsis gegenüber. Was die Czernyschen Fälle anbetrifft, so sind ein epitheliales Karzinom, ein Epitheliom und drei kleine Ulzera rodentia durch eine Sitzung von 10 bis 15 Minuten langer Fulguration und Ausschabung geheilt worden. Mit Recht bemerkt Nagelschmidt, daß man dasselbe „schneller, angenehmer für den Patienten und mindestens eben so sicher" durch Röntgen- oder Radiumbestrahlung erreicht hätte. In den anderen inoperablen Fällen sind, wie Czerny selbst sagt, „noch keine Heilungen zu verzeichnen, vielleicht in wenigen Fällen zu erhoffen". Andererseits hat Nagelschmidt wiederum recht, wenn er behauptet, daß man die durch die „Fulguration" erzielte Reinigung der Geschwüre, Beseitigung der Schmerzen ebensogut durch geeignete Röntgenbehandlung erzielen kann u. zw. ohne mechanische Verschorfung und ohne langdauernde Narkose. Auch Görl gibt der Röntgenbehandlung bei Epitheliom unbedingt den Vorzug vor der „Fulguration", die höchstens für bösartige Geschwülste in Frage kommen könnte, und dann auch nur bei oberflächlich gelegenen. Referent kann den skeptischen Standpunkt der beiden Verfasser gegenüber einer so eingreifenden und nicht ungefährlichen Methode nur teilen.

5. Rückbildung von Gelenkschwellungen, Nachlassen der Schmerzen in einem Falle von Arthritis deformans nach Röntgenbestrahlung.

6. Der bekannte Röntgen-Ingenieur schlägt vor, zur Bestrahlung innerer Organe und tiefliegender Tumoren zwei abnorm harte Röntgenröhren an der Decke eines Zimmers anzubringen. Es soll mittels Wechselstrom der Betrieb viele hundert Stunden aufrecht erhalten werden können. Bezüglich der speziellen Details dieser Anordnung ist das Original nachzulesen. Der ganze Raum ist dann von sehr stark penetrierenden Strahlen erfüllt, die Patienten liegen auf niedrigen Bettstellen.

Theoretisch ist diese Anordnung sehr gut begründet, insofern als das Bestrahlungsobjekt in einer so großen Entfernung von der Strahlungsquelle sich befindet, daß die Dicke des Objektes im Vergleich zu der Gesamtentfernung ziemlich außer Betracht kommt, die Wirkung auf die Haut also kaum erheblich stärker als auf die einige Zentimeter unter der Haut liegenden Organe, die Durchstrahlung des ganzen Körpers demnach nahezu „homogen“ sein dürfte.

Unter den geschilderten Verhältnissen ist nach Dessauer eine fast hundertstündige Bestrahlung erforderlich, um 1 Holzknechteinheit zu erreichen. 3—5 Holzknechteinheiten sind bekanntlich nötig, um auf der Haut ein leichtes Erythem hervorzurufen.

Praktisch kann sich Referent von dieser Bestrahlungsmethode vorläufig keine erheblichen Vorteile gegenüber dem bisher üblichen Modus versprechen. Abgesehen von gewissen Bedenken betreffs der Schädigung des Gesamtorganismus käme diese Anwendungsweise nur bei Leukämie und bei inoperablen Sarkomen und Karzinomen in Frage; und da kommen wir eigentlich in der üblichen Art bei Verwendung mittelweicher bis harter Röhren überall zum Ziele, wo die nötige, besondere „Radiosensibilität“ des zu beeinflussenden Gewebes vorhanden ist, und wo diese spezielle Empfindlichkeit, die eine „conditio sine qua non“ für jede erfolgreiche Röntgentherapie ist, fehlt, da wird auch die homogene Durchstrahlung des gesamten Körpers schwerlich Erfolge zeitigen können.

7. Bericht über fünf Fälle von Lupus vulgaris, zwei Fälle von Naevus vaskulosus, drei Fälle von Alopezia areata und zwei Fälle von Ekzem, die durch die Behandlung mit der Quarzlampe günstig beeinflußt wurden, während diese Therapie in einem Falle von Tätowierung versagte.

Die fünf mitgeteilten Lupusfälle lassen kein Urteil darüber zu, ob die Tiefenwirkung der Quarzlampe derjenigen der Finsenlampe gleichkommt.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Sklerem eines Neugeborenen mit Ausgang in Heilung.** Von A. Bauer. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 421.

2. **Zur Statistik der Scharlachheilserumtherapie.** Von W. Pulawski. Ibidem, S. 203.

3. **Ueber Pyozyanasebehandlung der Diphtherie.** Von Mühsam. Ibidem, S. 231.

4. **Untersuchungen über die Fettresorption des Säuglings.** Von Schelble. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 492.

1. Bauer kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Das Sklerem der Neugeborenen kann sich akut entwickeln. Die Diagnose ist bei der raschen und scharfen Ausprägung aller Symptome dann leicht und einwandfrei zu stellen. Die Prognose hängt davon ab, auf welcher Höhe die Eigenwärme des Kindes erhalten bezw. wie rasch sie nach dem Absinken wieder hochgebracht wird. Leitende Gesichtspunkte für die Therapie: 1. Verminderung der Wärmeabgabe, 2. Steigerung der Wärmezufuhr, 3. Vermeidung von Komplikationen, besonders von Schluckpneumonien. — Den beiden letzteren Indikationen wurde durch Schlundsondenfütterung auf dem Wege durch die Nase vom ersten Krankheitstage an genügt, der ersteren durch warme Bäder (38 bis 39 ° C, zwei- bis dreimal täglich 20 bis 30 Minuten), Wattepackung und Wärmflaschen.

Ref. möchte sich der Ansicht des Verf. anschließen, daß die ausreichende Ernährung, wie sie bei den somnolenten Skleremkindern vielfach nur durch die Sondenfütterung zu bewerkstelligen ist, bei der Heilung eine wesentliche Rolle spielen dürfte; der vom Verf. gerühmte Zusatz von Kognak (4 bis 6 g täglich) ist wohl als entbehrlich zu bezeichnen.

2. Pulawski weiß günstige Erfolge von der Serumtherapie bei Scharlach zu berichten; er erhielt dreimal bessere Resultate als bei der gewöhnlichen Therapie. Letztere waren aber mit 71% Mortalität offenbar ganz besonders ungünstig. — Aus der kurzen Mitteilung läßt sich ein objektives Bild über den Wert der Serumbehandlung in seinen Fällen nicht gewinnen.

3. Die Pyozyanase, ein von Emmerich aus Pyozyaneuskulturen dargestelltes bakteriolytisches Enzym ist als Heilmittel in der menschlichen Pathologie zuerst von Escherich und Jehle eingeführt worden und zwar als Prophylaktikum, eventuell als Heilmittel gegen die epidemische Zerebrospinalmeningitis. Mittels Sprayapparates in den Nasenrachenraum eingeblasen, bewirkt es ein rasches Verschwinden dort vorhandener Meningokokken. Die gleiche Applikationsmethode lieferten Escherisch und Jehle auch bei einer durch den Pfeifferschen Mikrokokkus katarrhalis bedingten Grippeepidemie sehr günstige Resultate.

Als Heilmittel bei Diphtherie, speziell bei „septischen“ Fällen wurde das Mittel von Emmerich und Zucker (neben der Serumbehandlung) warm empfohlen. Die Behandlung besteht darin, daß den Kranken dreimal täglich, anfangs auch öfter, je etwa 2 ccm auf 40° erwärmter Pyozyanase mittels eines Zerstäubers eingeblasen werden. Man muß den Kranken die Zunge mit einem Spatel nach unten drücken, damit die Flüssigkeit die erkrankten Teile ordentlich trifft. Den Ueberschuß der etwa den Rachen herablaufenden Flüssigkeit spuckt der Kranke wieder aus. Diese Bestäubung wird mit Pausen von 5 bis 10 Minuten noch zweibis dreimal bei jedem ärztlichen Besuch wiederholt. In Fällen von Nasendiphtherie werden Einstäubungen in die Nase, bei Tracheotomierten event. in die Kanüle gemacht.

Mühsam teilt mit, daß im allgemeinen sich die Patienten die Behandlung gern gefallen ließen. Er wünscht die Pyozyanase nur in Gemeinschaft mit der Serumtherapie angewandt zu sehen, hält aber die bisherigen klinischen Erfahrungen für ermutigend. Der Hauptunterschied, den er gegenüber der reinen Serumtherapie beobachtete, war das Verhalten der Beläge. „Während bei den nur mit Serum Behandelten sich die Beläge meist stückweise, bisweilen in ganzen Membranen abstoßen, so daß dann eine leicht wunde Fläche zu sehen ist, schmelzen die Beläge bei der Pyozyanasebehandlung förmlich vom Rande her zusammen. Die Tonsille und die Uvula sowie auch die Beläge bekommen ein sukkulentes, fast glasiges Aussehen, die Beläge verflachen immer mehr vom Rande her, verkleinern sich und entsprechend überzieht sich — wenigstens in einigen Fällen — die freiwerdende Tonsille mit einem grau-weißen Schleier, der noch einige Tage bestehen zu bleiben pflegt. Mit dem Einschmelzen des Belages verschwindet auch gewöhnlich der Foetor ex ore, oft ist er schon nach ein oder zwei Einblasungen fort.“

Mit Recht hebt Verf. hervor, daß die Entscheidung, ob einem Mittel, welches zur Behandlung der Diphtherie neben dem Serum angewendet werden soll, eine Heilwirkung zukommt, schwer ist und nur auf Grund vielhundertfacher Erfahrung und einer auf zahlreichen Mitteilungen aufgebauten Statistik getroffen werden kann.

Ref. glaubt, daß das Mittel besonders geeignet wäre zur Behandlung von sogenannten Bazillenträgern, d. h. von Menschen, die eine leichtere oder schwerere Diphtherie überstanden haben, aber dauernd virulente Diphtheriebazillen auf ihren Schleimhäuten beherbergen und dadurch eine stete Infektionsquelle für ihre Umgebung darstellen, wenn man sie nicht wochen- und monatelang isoliert, was in der Regel praktisch undurchführbar ist.

Die Pyozyanase wird von Lingner in Dresden hergestellt; es wäre sehr zu wünschen, daß sie dem allgemeinen Apothekenverkauf bald zugänglich würde, was bis jetzt leider noch nicht der Fall ist.

4. Schelble hat die von Neißer-Braeuning angewandte Methode zur Erkennung des resorbierten Fettes im Blut klinisch an Säuglingen in Anwendung gezogen. Die Arbeit hat nicht nur

theoretisches, sondern auch erhebliches therapeutisches Interesse. Falls die Methode sich als brauchbar erweist, so sind wir in die Lage gesetzt, zu erkennen, wann wir es wagen dürfen, einem Säugling, der auf fettfreie bezw. fettarme Nahrung gesetzt ist, wieder Fett zuzuführen; bisher bedeutet der erste Versuch nach dieser Richtung mitunter ein lebensgefährliches Experiment, das man unterlassen wird, wenn die Blutprobe ergibt, daß schon kleine Mengen Nahrungsfett nicht zur Resorption gelangen. Der Höhepunkt der Fettresorption bei Säuglingen liegt nach Schelble zwischen der zweiten und dritten Stunde. Um diese Zeit muß also untersucht werden. Die Methodik schildert Verf. wie folgt: „Ich ließ wie zur gewöhnlichen Blutuntersuchung nach Einstich in die große Zehe einige Tropfen hervorquellen, saugte diese mit einer Kapillare an und brachte sie vorsichtig in ein ca. 3 cm langes, oben 3 mm weites Spitzgläschen. Sofort wurde zentrifugiert. Im Serum zeigten sich bald Schleier und Flocken, die die Flüssigkeitssäule stark ungleich trübten und gelegentlich immer dichter und trüber wurden. Es trat zuweilen auch völlig homogen erscheinende satte speckige Trübung (durch Fibrinbildung) ein. Eine Beurteilung, ob das Serum etwa Hämokonien (= Fettkügelchen) enthielte, schien in diesem Medium ausgeschlossen. Ich ging mit der Platinnadel ein, machte das Fibrin von der Glaswand los und zentrifugierte weiter. Einmal gelang es sofort, das andere Mal erst nach mehrfacher Wiederholung dieser Prozedur, von Fibrin völlig freies Serum zu bekommen. Dessen Trübungsintensität durch Hämokonien war vor einem schwarzen Hintergrund bei starker Beleuchtung wunderbar scharf zu erkennen. Man muß sich hüten, Trübung und Hämokoniengehalt in Beziehung bringen zu wollen, bevor das Serum fibrinfrei ist. Dies ist der Fall, wenn die Trübung völlig homogen ist, und wenn sich durch eine eingeführte herumbewegte Nadel nichts mehr mitbewegen läßt. Quetschung roter Blutkörper ist zu vermeiden, da der austretende Blutfarbstoff beim Vergleich der Trübungsunterschiede sehr stört." In der Regel wurden zwei oder drei Untersuchungen bei einem Kind in verschiedenen Abständen von der Nahrungsaufnahme ausgeführt. Exakte Methoden zur gleichmäßigen Beurteilung der gefundenen Trübungsintensitat werden vom Verf. in Aussicht gestellt.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** Leiter der städt. Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Amtsarzt und Säuglingssterblichkeit.** Von Groth. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 2.

2. **Ueber die Beziehungen zwischen Säuglingssterblichkeit, Säuglingsnahrung und Militärtauglichkeit.** Von Hahn. Ibidem, Nr. 11.

3. **Sind besondere Heime für syphilitische Kinder notwendig oder wünschenswert?** Von Schloßmann. Mediz. Reform, 1908, Nr. 12.

1. Je größere Ausdehnung und Vertiefung die Säuglingsfürsorge gewinnt, um so mehr wächst auch das Bedürfnis nach dem statistischen Beweis ihrer Erfolge.

Um die Einwirkung der Säuglingsfürsorge studieren zu können, müssen wir aber zuvor genau orientiert sein über die verschiedene Wertigkeit der die Säuglingssterblichkeit beeinflussenden Faktoren.

Es ist aber außerordentlich schwierig, teilweise unmöglich, den Einfluß jedes Faktors (Ernährungsart, Geburtsziffer, klimatische Verhältnisse, Wohnungsverhältnisse, ökonomische Lage usf.) isoliert zur statistischen Anschauung zu bringen.

Um den Einfluß der Ernährungsart auf die Säuglingssterblichkeit festzustellen, hat nun Groth den bemerkenswerten Vorschlag gemacht, auf sämtlichen Impfterminen Bayerns durch die Impfärzte Anamnesen über die Säuglingsernährung (ob natürlich, ob künstlich) der Impflinge erheben zu lassen.

Da auch Angaben der Amtsärzte über die ökonomischen Verhältnisse, ferner über den Kinderreichtum ihrer Bezirke vorlagen, so ließ sich nicht nur der Einfluß der Ernährung auf die Sterblichkeit feststellen, sondern auch die Bedeutung der Ernährung, des Kinderreichtums, der Armut untereinander vergleichen.

Es stellte sich heraus, daß die Ernährungsart von großem Einfluß auf die Sterblichkeit ist und daß sie die anderen Faktoren paralysiert.

Der Verf. schließt mit einem Appell an Aerzte und Geistliche, mit allen Kräften in die Propaganda des Stillens einzutreten.

2. Hahn tritt der früher verbreiteten Auffassung entgegen, daß die große Säuglingssterblichkeit der natürlichen Auslese im Darwinschen Sinne diene, daß also da, wo die Säuglingssterblichkeit groß sei, die späteren Lebensalter eine desto geringere Mortalität aufweisen und umgekehrt. Nach Hahns Untersuchungen trifft das nicht zu. Auf dem Lande wenigstens geht geringe Säuglingssterblichkeit und größere Diensttauglichkeit Hand in Hand; und wo das Stillen verbreitet ist, ist der Prozentsatz der Militärtauglichen am größten.

3. Steht somit auch die Stillpropaganda im Vordergrunde bei den Maßnahmen der öffentlichen Säuglingsfürsorge, so erinnert doch Schloßmanns Aufsatz daran, daß ihr auch andere Aufgaben zufallen.

In Berlin sind Bestrebungen im Gange, ein Heim für hereditär-luetische Kinder zu gründen. Diesem Bemühen tritt nun Schloßmann entgegen, schon weil durch solche isolierten Maßnahmen die Säuglingsfürsorge immer mehr zersplittert wird.

Gerade aber eine straffe Zentralisation der „von weitherzigen und sozialen Gesichtspunkten durchgeführten Säuglingsfürsorge" tut bitter not.

Für die hereditär-luetischen Säuglinge ist unbedingt Frauenmilch erforderlich; wenn die Mutter nicht stillt und eine syphilitische Amme nicht zufällig zur Stelle ist, so muß abgespritzte Frauenmilch gereicht werden.

Alle diese Maßnahmen lassen sich am besten im Rahmen eines allgemeinen Asyls durchführen. Eine Gefahr für seine Umgebung bildet der Luetiker nur dann, wenn seine Krankheit nicht diagnostiziert ist, also latent ist.

Hier kann oft die Entbindungsanstalt diagnostische Winke erteilen. Für die rechtzeitige Feststellung der Lues ist aber die Beaufsichtigung der unehelichen Kinder von größter Wichtigkeit.

Auch diese Maßregel gehört zur allgemeinen Säuglingsfürsorge.

Also: Zur frühzeitigen Ermittlung der hereditären Lues ist die allgemeine Säuglingsfürsorge zuständig und geeignet.

Die Behandlung der Luetischen läßt sich zu Hause oder in allgemeinen Asylen durchführen.

Einer besonderen Veranstaltung bedarf es dazu nicht.

Balneologie.

Referent: Dr. **Max Hirsch,** Arzt in Bad Kudowa.

Der 29. Balneologische Kongreß. Der Balneologen-Kongreß tagte zum 29. Male vom 5. bis 9. März, und zwar dieses Mal in Breslau, weil mit dem Kongreß die Enthüllung des von der Balneologischen Gesellschaft gestifteten Denkmals für Hermann Brehmer verbunden war. Das Denkmal, welches in Ueberlebensgröße aus Muschelkalk auf einem hohen Sockel aus gleichem Material von Herrn Bildhauer Becher in Berlin, dem Sohne des unlängst verschiedenen Vorsitzenden der Berliner Aerztekammer, Geheimrat Dr. Becher, hergestellt wurde und von dem neugewählten ersten Vorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Brieger-Berlin, der Stadt Breslau übergeben wurde, fand seinen Platz vor dem Wenzel-Hanckeschen Krankenhaus in Breslau, das auch in Zukunft vornehmlich der Behandlung der Lungenkrankheiten dienen soll.

Der wissenschaftliche Teil des Kongresses umfaßte das große Programm von 32 Vorträgen mit daran anschließenden, oft regen Diskussionen.

v. Strümpell-Breslau sprach über Anwendung der Glühlichtbäder bei Bronchialerkrankungen und hob besonders ihren Wert bei der chronischen Bronchitis sowie bei dem Asthma bronchiale hervor. Als besonderes Charakteristikum der Glühlichtbäder rühmte er ihre schweißtreibende Wirkung, die aber den Organismus nicht so belästige wie die anderen schweißerregenden

Prozeduren. Trotzdem empfiehlt Vortragender die größte Vorsicht in der Anwendung der Glühlichtbäder bei Herz- und Gefäßerkrankungen besonders älterer Leute, zumal sich hinter dem Bilde einer frischen Bronchitis nicht zu selten Aneurysmen der Aorta und Koronarsklerosen verstecken. Während der Behandlung mit Glühlichtbädern empfiehlt Vortragender möglichste Ruhe und günstige hygienische Verhältnisse, so daß die Kur am besten in Sanatorien oder Badeorten vorgenommen werden soll. In der Diskussion empfiehlt Winternitz-Wien zu dem Glühlichtbade erregende Prozeduren hinzuzufügen und Rothschild-Soden die Schillingsche Röntgenbehandlung, vor der jedoch Kraft-Görbersdorf direkt warnt. Brieger-Berlin betont die Wichtigkeit der Kombination des Kältereizes mit dem Wärmereiz, wie bei jeder therapeutischen Prozedur, besonders beim Asthma.

Determann-St. Blasien bespricht die Beeinflussung der menschlichen Blutviskosität durch das Höhenklima. Er untersuchte dieselben Personen in Freiburg (280 m) und in St. Moritz (1840 m) und fand eine durchschnittliche Erhöhung der Viskosität um 17,4% innerhalb drei bis elf Tagen. Bei zwei Personen konnte er durch sehr häufig vorgenommene Untersuchungen den Verlauf der Kurve, das An- und Absteigen der Viskosität verfolgen. Diese Resultate entsprechen auch den Forschungen über die Blutveränderungen im Hochgebirge, wonach die Zahl der roten Blutkörperchen zunimmt. Die Eiweißuntersuchungen, die Vortragender im Blut vornahm, sind noch nicht abgeschlossen. Es scheint aber, daß die Globuline für die Viskosität von größter Bedeutung seien.

Ziegler-Breslau sprach zur Behandlung der Anämie. Er betont, daß die Prinzipien jeder Therapie nach krankheitsätiologischen Gesichtspunkten für die verschiedenen Formen der Anämie nur in beschränktem Maße durchführbar seien, d. h. soweit sie eben durch bekannte Schädigungen herbeigeführt sind. Sie sind nicht möglich bei den sogenannten primären Anämien, besonders der Chlorose und der progressiven perniziösen Anämie. Die Wirkung der symptomatischen Mittel zur Verbesserung der Blutbildung ist eine indirekte, bedingt durch die reparatorischen Wachstumsäußerungen auf vorhergehende Schädigungen. Dies gilt für das Eisen und das Arsen, wohl auch für die Bluttransfusion. Die Vermehrung der roten Blutkörperchen in der Höhenluft scheint, nach Vortragendem zu urteilen, eine scheinbare zu sein durch Wasserverlust des Blutes, zum Teil vielleicht auch durch raschere Reifung der roten Blutkörperchen bedingt. Röntgenbestrahlung hält er zur Behandlung für ungeeignet. Zur Kontrolle der therapeutischen Beeinflussung ist nicht nur die quantitative, sondern auch die qualitative funktionelle Untersuchung des Blutes nötig. Diagnostisch wichtig und prognostisch günstig ist das Auftreten der Normoblasten und polychromatophilen Erythrozyten. An diesen Vortrag schloß sich eine sehr große Diskussion an, in der besonders die Bemerkung von Kraft-Görbersdorf hervorgehoben sei, daß Arsen in kleinen Dosen eine gute Wirkung hätte, in großen Dosen dagegen eine schlechte. Ziegler hält dagegen die Wirkung des Arsens für ähnlich derjenigen kleinster Aderlässe, indem es die Blutkörperchen zerstört beziehungsweise vermindert und dann zur Neubildung energischer anregt, wobei aber mehr Blutkörperchen neu gebildet werden als zerstört wurden.

Küstner-Breslau behandelte Grenzgebiete der orthopädischen und operativen Therapie in der Gynäkologie. Bei den Retroflektionen des Uterus müsse man recht früh die orthopädische Behandlung in Anwendung bringen, und zwar die Aufrichtung und Festhaltung mit dem Pessar, solange der Uterus noch beweglich ist. Sowie er fixiert ist, kommen stumpfe Trennung der Adhäsionen sowie Massage in Frage. Von operativen Fixationen empfiehlt er diejenigen, welche nach der Laparotomie gemacht sind, da nach vaginalen Operationen sich zuviel Komplikationen einstellen. Diese Behandlungsmethoden sind aber nur dann anzuwenden, wenn keine akuten Entzündungsprozesse mehr bestehen. Zum Schluß betont Vortragender den Wert des Turnens und Sports bei Frauen und Mädchen, die Notwendigkeit einer Reformierung der weiblichen Kleidung sowie eine sorgfältige Wochenbettsdiätetik, die darin gipfelt, die Wöchnerinnen nicht zu lange im Bett liegen zu lassen.

F. Kisch jun.-Marienbad bespricht die spastische Obstipation. Nach eingehender Schilderung der Literatur über diesen Gegenstand teilt er seine eigenen Erfahrungen mit und empfiehlt Ruhekuren mit systematischer Darreichung von Atropin und Belladonna, daneben Wärmeanwendung und geeignete Ernährung. Von diesen Prozeduren hat er Dauererfolge beobachten können. In der Diskussion hebt v. Chlapowski-Kissingen den Wert der Magenausspülung in solchen Fällen hervor, deren Wirkung zwar nicht erklärt ist, aber doch nicht abgeleugnet werden darf. Jacob-Kudowa empfiehlt in solchen Fällen große Eingießungen, weil die spastische Obstipation oft ihre Ursache in inneren Darmeinklemmungen hat. Determann-St. Blasien empfiehlt seitliche warme Duschen.

Rosenfeld-Breslau sprach zur Behandlung der Uratsteindiathese und empfiehlt, die Darreichung der Fleischmengen zu vermindern. Er betont, daß auch das Fischfleisch sorgfältig dosiert werden müsse. Zucker und Alkohol sind ebenfalls zu vermeiden. Zur Behandlung empfiehlt er die innere Darreichung von Harnstoff, welches die Harnsäure löst, sowie Glyzerin in größeren Mengen gegen die Schmerzen.

Hahn-Nauheim sprach über das Thema Aderlaß und Kreislaufstörungen. Er ist der Ansicht, daß der Aderlaß sich sehr gut dazu eigne, das Gefäßsystem zu entlasten, besonders wenn der Lungenkreislauf überlastet ist. Dabei findet auch eine Abnahme der Viskosität des Blutes statt und eine Verminderung des Widerstandes in den Gefäßbahnen. In der Diskussion empfiehlt Selig-Franzensbad den Aderlaß bei Arteriosklerose sowie Jacob-Kudowa bei Lungenödem.

Gmelin-Wyk erörterte die Indikationen des Nordseeklimas, das vom Höhenklima sehr verschieden ist und für die Prophylaxe der Tuberkulose eine große Bedeutung hat. Auch bei Skrofulose, manchen Formen von Anämie und vielen Nervösen ist das Seeklima zu empfehlen.

Uhthoff-Breslau demonstrierte einen 15 jährigen Patienten mit abnormer Fettentwicklung und temporaler Hemianopsie, die ihre Ursache in einer Vergrößerung der Hypophysis haben.

Partsch-Breslau bespricht die Schwellung der Halslymphdrüsen, die auf dem Wege der Lymphbahnen Infektionskeime in sich aufnehmen. Die Zahnkaries ist schon bald nach dem Schwund des Schmelzes imstande, Tuberkelbazillen in die Lymphdrüsen hineinwandern zu lassen. Die einzelnen Zähne stehen mit ganz bestimmten Drüsen, namentlich mit den submaxillaren und submentalen in Verbindung. Für die Therapie der Drüsenschwellung empfiehlt er die Anwendung von Wärme.

Jacob-Kudowa sprach über nervöse Herzkrankheiten, bei denen er drei Arten unterscheidet, je nachdem die Ernährung des Herzens mangelhaft ist, oder chronische Entzündungen bestehen oder der Nervus vagus gereizt war. Therapeutisch empfiehlt er Morphium und Brom in den akuten Anfällen, für die chronischen Stadien Wasserkuren, kohlensaure Bäder und rationelle Gymnastik.

Fisch-Franzensbad erörterte die Balneotherapie der durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen, unter denen Diabetes, Gicht, Fettsucht und Unterernährung eine große Rolle spielen. Die Balneotherapie, im Verein mit physikalischen und diätetischen Behandlungsmethoden, kann, wie Vortragender an einer Reihe von Fällen nachweist, gute Erfolge herbeiführen.

Selig-Franzensbad sprach über Sport und Herz. So sehr auch vom ärztlichen Standpunkte aus die unbedingten Vorzüge des vernünftig betriebenen Sportes anerkannt werden müssen, ebenso kann nicht eindringlich genug vor Rekordleistungen gewarnt werden, welche ein Attentat gegen die Gesundheit, speziell gegen das Herz bedeuten. An erster Stelle steht da das Radfahren, dessen Uebertreibung in den letzten Jahren der deutschen Armee eine Viertelmillion Wehrpflichtiger entzogen hat. Die Schädigungen des Herzens bestehen in Myokarditis, Dilatation, Hypertrophie und nervösem Herzklopfen. Letzteres zeigt sich besonders nach Tennisspiel bei blassen Mädchen in der Entwicklungsperiode, die zu Herzklopfen besonders disponiert sind.

Nenadovics-Franzensbad besprach die Trinkkur bei Herzkranken. In der Diskussion über die vier das Herz angehenden Vorträge war das Hauptinteresse dem Seligschen Vortrage zugewandt. Besonders betonte Partsch-Breslau die Schäden der Einseitigkeit im Sport und empfiehlt, das Turnen mehr in den

Vordergrund zu stellen. Ihm schließen sich Determann-St. Blasien sowie Kraft-Görbersdorf an.

Siebelt-Flinsberg teilt seine Erfahrungen mit Vibrationsmassage mit, die er in den letzten zehn Jahren bei zahlreichen Kranken zur Anwendung gebracht hat. Er sah namentlich gute Erfolge bei Herzkranken. Die von anderen Beobachtern mitgeteilten Verkleinerungen der linken Kammern, an dem durch einen wirklichen Herzfehler vergrößerten Herzen konnte er zwar nicht bestätigen; jedoch stimmte er mit anderen darin überein, daß die Beschwerden, soweit sie in Pulsbeschleunigung, Kurzatmigkeit usw. bestehen, außerordentlich günstig beeinflußt werden. Das gleiche ist von dem Heere der nervösen Herzbeschwerden zu berichten. Gutes leistete die Methode auch bei manchen Neurosen wie Migräne, indem namentlich die Kopfschmerzen zum Schwinden gebracht werden.

Diesing-Berlin bespricht die Indikationen des Thiopinolbades. Nach kurzen Angaben über die Geschichte der Verwendung des Schwefels als Heilmittel gibt Diesing eine neue Theorie der Schwefelwirkung auf Grund seiner Untersuchungen über schwefelhaltige Hautpigmente, Serumfarbstoff und Hämoglobin. Er plädiert für die Bildung des Blutfarbstoffes aus den Hautpigmenten. Praktische Versuche haben die Wirksamkeit des Thiopinols, einer eigenartigen Schwefel-Terpen-Verbindung, bei Syphilis, Gicht, Rheumatismus, Gonorrhöe und Frauenkrankheiten ergeben. In der Diskussion betont Laqueur-Berlin, daß Schwefelsäure im Thiopinolbade resorbiert würde, wobei aber Brieger-Berlin hervorhebt, daß es sich nur um ganz geringe Mengen dabei handeln könne.

Fuerstenberg-Berlin spricht zur hydriatischen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen und empfiehlt den Winternitzschen Longuettenverband, den Brieger modifiziert hat und der eine wertvolle Bereicherung des physikalischen Heilschatzes bedeutet. An einer Reihe von Krankengeschichten gibt Vortragender einen klaren Ueberblick über den Wert der Longuetten und anderen hydriatischen Behandlungsmethoden, welche die Salizyltherapie oft überflüssig machen.

Goebel-Breslau sprach über Rektumstrikturen und ihre Behandlung.

Tobias-Berlin teilt seine Erfahrungen mit dem Vierzellenbad mit und warnt vor ubertriebenen Hoffnungen. Dagegen hat er mit dem Vierzellenbad doch bei richtiger Anwendung gute Erfahrungen gemacht. Von Wichtigkeit ist eine präzise Indikationsstellung, ferner die Anwendung nicht zu starker Ströme. Endlich ist es unbedingt erforderlich, daß der Arzt selbst und nicht etwa das Wärterpersonal die Applikation leitet. Zu empfehlen ist das Verfahren für Nervenleidende (chronische Neuralgien, allgemein nervöse Zustände, Lähmungen usw.) und für Herzkranke, aber nur solche, welche an Herzmuskelstörungen, rechtsseitiger Dilatation und nervösen Herzleiden erkrankt sind. Dem Einwurf der ausschließlich suggestiven Beeinflussung tritt Vortr. entschieden entgegen.

Zikel-Berlin bespricht eine Reihe wirksamer Badekuren.

Muller-Berlin teilte die ersten Brehmerschen Prinzipien in der Behandlung der Lungentuberkulose mit und wies auf die große Bedeutung hin, die Brehmer in der Behandlung der Lungentuberkulose hat. Brehmer war der erste, der den Satz aussprach, daß die Lungentuberkulose heilbar sei, wenn nur die hygienischen Bedingungen gut wären, unter denen der Kranke leben müsse. Aus diesem Grunde empfahl er den Aufenthalt in der guten Gebirgsluft, gute Ernährung, eine Reihe von hydrotherapeutischen Maßnahmen und schließlich eine geeignete bezügliche Behandlung.

Tietze-Breslau, der die letzten Lebensstunden Brehmers als sein behandelnder Arzt zu beobachten Gelegenheit hatte und eine ergreifende Schilderung des Lebensabschlusses dieses großen Wohltäters der Menschheit brachte, erörterte die chirurgische Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter, die durch die Arbeiten von Brehmer sowie durch Mikuliczs Jodoforminjektionen einen konservativen Charakter annahm. Aus dem Vortrage ergab sich die Notwendigkeit, besondere Kinderheilstätten für Tuberkulöse zu errichten.

Kraft-Görbersdorf behandelte die Röntgendiagnostik bei Lungenerkrankungen und wies auf die großen Schwierigkeiten hin sowie auf die Fehlerquellen, die der Röntgendiagnostik anhafteten. Besonders wichtig erschien Vortragendem die Röntgendiagnostik in der Beurteilung der Tuberkulose der Bronchialdrüsen.

Stabsarzt Riedel-Berlin machte das aktuelle Thema von der künstlichen Radiumemanation zum Gegenstand seines Vortrages. Er geht in kritischer Weise auf die verschiedenen Fehlerquellen ein, die den Meßmethoden anhafteten und die sich dadurch, daß man dabei noch viel umrechnen müßte, wesentlich vervielfachten. Von den einzelnen Präparaten gibt er dem Radiogen den Vorzug vor Emanosal. Besonders wichtig war in dem Vortrag die scharfe Kritik der vorhergehenden Arbeiten auf diesem Gebiete, bei denen mitunter die Voreingenommenheit oft ein anderes Bild ergab. Vortragender konnte die von vielen Seiten angegebene Ausscheidung von Emanation im Harn nicht bestätigen und auch in der Behandlung nicht die von verschiedenen Seiten angegebenen Erfolge bestätigt, trotzdem er an über 100 Patienten sehr sorgfältige Beobachtungen machte. In der Diskussion betonte Wick-Gastein die Radioaktivität der Gasteiner Quellen. Laqueur-Berlin verteidigte das Emanosal, während Winternitz-Wien vor den übereilten Schlüssen bei dieser diffizilen Materie streng warnte.

Loewenthal-Braunschweig sprach über den sogenannten Brunnenrausch, der in der älteren balneologischen Literatur eine große Rolle spielte, jetzt aber weniger bekannt sei. Er hält den Brunnenrausch für eine nervöse Störung, die durch die Kohlensäure und anderen gasartigen Stoffe veranlaßt werde, zumal die Kohlensäurevergiftung ein ähnliches Bild gebe wie der Brunnenrausch. Die Aufforderung des Vortragenden, an den geeigneten Plätzen die Frage des Brunnenrausches eingehender zu studieren, dürfte wohl auf fruchtbaren Boden fallen, zumal die dazu notwendigen Apparate nicht gerade kompliziert genannt werden können.

Hinsberg-Breslau berichtete über Fälle von Kehlkopftuberkulose, bei denen eine Heilung dadurch eintrat, daß der Kehlkopf durch Tracheotomie vollständig ruhiggestellt wurde. Er betont aber, daß man durch diesen Eingriff nicht in jedem Falle bestimmt auf Erfolg rechnen dürfe, sondern daß man die Fälle sorgfältig auswählen müsse. In der Diskussion sprachen Rothschild-Soden sowie Joel-Görbersdorf über den Wert der Allgemeinbehandlung der Tuberkulose, auch wenn sie den Kehlkopf nur lokal befallen hat.

Brieger-Breslau behandelte das Thema von dem Verhältnis der Balneologie zur Ohrenheilkunde und hob hervor, daß bei den Ohrenkrankheiten die lokale Behandlung die balneotherapeutische in den Hintergrund drängte. Jedoch empfiehlt er, die rezidivierenden akuten Mittelohrentzündungen des Kindesalters durch klimatische Kuren an der See oder im Hochgebirge zu behandeln, dagegen weniger in den Solbädern. Die Wirkung aber wird dadurch sicherer, daß vorher die prädisponierenden Zustände im Nasenrachenraum beseitigt werden. Besonders erfolgreich sind solche Kuren bei der latenten Tuberkulose des Mittelohrs. Jodhaltige Solbäder zeigten einen besonderen Erfolg bei Kranken, bei denen die Mittelohreiterungen sich an atrophierende Prozesse in den oberen Luftwegen entwickeln.

Guhr-Tatra-Szeplak teilt seine Erfahrungen über die Basedowsche Krankheit im Hochgebirge mit, auf die Stiller im Jahre 1888 hingewiesen hat. Interessant ist die Beobachtung, daß die Größe der Schilddrüse den Beschwerden nicht parallel geht. Vortragender warnt vor Entfettungskuren, wenn sich bei Basedowscher Krankheit Fettsucht als Komplikation einstellt, und empfiehlt außer der Höhenluft Ruhe, Liegekuren und Diätkuren, Lanzische Milch, kohlensaure Bäder Galvanisation Massage und Vibration. In der Diskussion spricht Jacob-Kudowa für Arsen, während Hirsch-Kudowa darauf aufmerksam macht, daß man doch mit verschiedenen Formen von Basedowscher Krankheit rechnen müsse, von denen die eine auf Höhenluft, die andere auf Arsen, wieder andere auf Jod reagierten. Für die letzteren Formen empfiehlt er die Frankenhäusersche Jontophorese mit den von demselben Autor eingeführten, improvisierten lokalen Elektroden.

Zum Schlusse teilte Hirsch-Kudowa die Erfahrungen mit, welche in der hydrotherapeutischen Anstalt der Berliner Universität mit der diätetischen und physikalischen Behandlung der Gicht gemacht wurden. In der Ernährung empfiehlt er, nicht so rigoros vorzugehen, wie es mitunter geübt wird, wenn man auch Fleisch, Alkohol und Zucker bei Gichtikern einschränken soll. Zur Entfernung der Harnsäure aus dem Körper empfiehlt er eine reichliche Flüssigkeitsaufnahme, um eine vermehrte Harnabsonderung zu erzielen. Für die Beseitigung der gichtischen Disposition empfehlen sich Schwitzprozeduren, Bewegung und namentlich Sport. Gegen den akuten Gichtanfall bewähren sich am besten erregende Umschläge und Longuettenverbände, besonders in der Briegerschen Modifikation. Die chronischen Gelenkveränderungen sind am besten mit Massage, Gymnastik und warmen Prozeduren wie Moorbädern, Heißluftbädern und vor allem dem Dampfstrahl zu behandeln.

Von den Demonstrationen, die gelegentlich des Kongresses stattfanden, erfreuten sich eines großen Beifalls vor allem die zahlreichen interessanten Fälle, die durch Herrn Geheimrat Prof. v. Strümpell in seiner Klinik vorgestellt wurden und die mitunter durch ihre scharfsinnige Diagnose und glücklich gewählte Therapie frappierten. Viel Interesse erregte auch das Städtische Wasserwerk, das mit großen Naturschwierigkeiten zu kämpfen hatte, und schließlich die Milchküche, die vorbildlich wirken dürfte. Den Schluß des Kongresses bildete ein Ausflug nach Görbersdorf, wo des genialen Brehmer wunderbare Schöpfung durch die sachkundige Führung von Herrn Prof. Kraft, dem Chefarzt der Brehmerschen Heilanstalten, das Interesse des Restes der Kongreßteilnehmer aufs höchste fesselte. Die Aufnahme in Breslau war eine außerordentlich entgegenkommende, so daß auch dieser Kongreß seinen Teilnehmern in steter angenehmer Erinnerung bleiben dürfte.

Infolge der schweren Erkrankung ihres bisherigen ersten Vorsitzenden, des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Liebreich, der zum Ehrenvorsitzenden ernannt wurde, trat durch fast einstimmige Wahl an seine Stelle Herr Geheimrat Prof. Dr. Brieger, Leiter der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. Stellvertretende Vorsitzende wurden die Herren Hofrat Prof. Dr. Winternitz-Wien, Geheimrat Dr. Schliep-Baden-Baden, Geheimrat Dr. Thilenius-Soden, Geheimrat Dr. Weizsäcker-Wildbad und Prof. Dr. Kisch-Marienbad. Zum Generalsekretär wurde Herr Geheimrat Dr. Brock-Berlin, einer der wenigen noch lebenden Mitbegründer der Balneologischen Gesellschaft wieder gewählt, zu dessen Unterstützung Herr Dr. Hirsch-Kudowa zum Sekretär ernannt wurde.

Innere Medizin.

Ausländische Literatur.

Referent: Dr. med. **Alois Pollak**, Prag-Weinberge.

1. **Aetiologie der Tuberkulose.** Americ. Medic., 1908, I.
2. **Allgemeine Therapie der Tuberkulose.** Ibidem, 1907, XI.
3. **Behandlung der Tuberkulose mit Phosphotal.** Ibidem.
4. **Behandlung der Arteriosklerose und der sklerotischen Kardiopathie.** Von Huchard. (Internat. Kongreß f. physikal. Therapie.) Annali di Eletricita medica e terapia fisica, 1907, X.
5. **Inhalationstherapie und Pneumatotherapie.** Von Lazarus. (Internat. Kongreß f. physikal. Therapie.) Annali di Eletricita medica e terapia fisica, 1907, XI.
6. **Radioaktivität der Mineralquellen.** Von Strauß. Ibid.
7. **Dietetica e cure fisiche.** Von Ascoli. Ibidem, X.

1. Der Streit über die Wege, welche der Bazillus der Tuberkulose am häufigsten benutzt, um in das Innere des Menschen einzudringen und sein unheilvolles Werk zu beginnen, wird auch in Amerika lebhaft geführt; die beiden entgegengesetzten Meinungen (Inhalationstuberkulose und Nahrungstuberkulose) finden auch hier ihre Vertreter. Theobald Smith (Boston Med. and Surg. Journ., 1907, Sept.) sagt: Keineswegs ist der Verdauungskanal der einzige oder der wichtigste Weg, auf welchem die Infektion stattfindet. Sehr viele Fälle verdanken ihre Entstehung der Inhalation oder Aspiration. J. V. White (N. York med. Journ., 1907, XI) hebt die Häufigkeit der Infektion durch die Nahrung hervor. Smith hebt auch die Wichtigkeit der Bekämpfung der Rindertuberkulose hervor.

2. Im Gegensatze zu der bei uns viel angewendeten Lichtbehandlung der Tuberkulose und auch zu der Behandlung der Tuberkulose in warmen Gegenden macht sich in Amerika vielfach das Bestreben geltend, Tuberkulöse in rauhe, kalte und wolkige Gegenden zu schicken und dort zu behandeln. Auch Höhenkurorte werden so gewählt, daß sie nicht oberhalb sondern unterhalb der Wolken liegen. Die Hauptvertreter dieser Richtung (Knopf, New York med. Journ., 1907, May, White Arch. of Physiolog. Journ., 1906, Oktob.) verlangen geradezu Schutz vor Wärme und vor Sonnenlicht, Aufenthalt im Freien bei Tag und bei Nacht, auch im Winter, indem sie darauf aufmerksam machen, daß die Kälte — augenscheinlich als Reaktion — alle Lebensfunktionen steigere und kräftige. Für den Sommer wird dunkle Kleidung verlangt. Die herbstliche Flucht der Patienten in südliche Gegenden wird als ein Unglück bezeichnet (the mortality among these migrants is a scandal. Die Sterblichkeit unter diesen Reisenden ist ein Skandal); sie sollen lieber in die schattigen wolkigen Berge des Nordens geschickt werden. Dabei wird allerdings von einer Seite bemerkt, daß sich eine solche Behandlungsmethode vielleicht nur für Weiße, an rauhes Klima gewöhnte, eigne, für Schwarze aber (und für im Süden wohnende Weiße? Ref.) nicht.

(Ref. möchte natürlich vor jeder Uebertragung dieser „amerikanischen“, für ausgesuchte Fälle vielleicht passenden Methode in unsere Verhältnisse warnen.)

Nicht nur an Lungentuberkulose leidende Patienten, sondern auch solche, die mit Tuberkulose der Knochen und Gelenke behaftet sind, werden sogar fiebernd und bettlägerig nach diesen Grundsätzen behandelt (Carling, New York med. Journ., 1907, June). Höchstens finden noch die an der See gelegenen alten Sanatorien Gnade vor den Augen der Reformatoren.

3. Unter dem Namen Phosphotal wird von Clin ein Medikament eingeführt, welches als Gemisch von kohlenphosphorigsauren Estern des Kreosots bezeichnet wird; es ist eine rötlichgelbe zähe Flüssigkeit von abgeschwächtem Kreosotgeruch und enthält angeblich 9,5% phosphorige Säure und 90% Kreosot.

Nachgerühmt werden ihm folgende Eigenschaften: Es soll sehr gut vertragen werden, sehr wenig giftig sein und angeblich keine kumulierende Wirkung haben. Insbesondere wird seine ausgezeichnete Wirkung bei Mischinfektion hervorgehoben.

Die mitgeteilten Krankengeschichten (Beobachtungen von Ballard, Vedel, Fonzes-Diacon, Lorot, Gorgou, Laumonnier und Bernstein) lauten sehr günstig. Die Temperaturen beweisen eine ausgesprochene, aber nicht nachwirkende Herabsetzung der Fiebertemperaturen; die tabellarische Zusammenstellung von 97 Fällen, in welche auch die schlecht verlaufenen aufgenommen erscheinen, macht einen sehr günstigen Eindruck.

Dosierung: Ansteigen von 0,4 bis 2 g pro die in Kapseln à 0,2 oder in Emulsion, welche zu 0,5 : 5 (10%) fertig zu haben ist (auch als Klysma), mit Milch gegeben wird, oder subkutan in sterilisierten Tuben, 0,1 : 10, drei Spritzen pro die. Literaturverzeichnis von neun franz. Publikationen (Autoren wie oben).

4. H. verwirft in Konsequenz seiner Ansicht, daß die Arteriosklerose auf Intoxikation zurückzuführen sei, den Mißbrauch von Medikamenten (ganz besonders die allgemeine Verwendung von Jod) und verlangt strenge Regelung der Diät (Pflanzenkost und Anwendung der physikal. Agentien).

5. L. unterscheidet aktive und passive Pneumatotherapie. Erstere wird unter aktiver Beteiligung des Patienten am Apparat vorgenommen, letztere besteht im Aufenthalt in der pneumatischen Kammer. Die erstere (Druckdifferenz in maximo $^{1}/_{40}$ Atmosph.) erscheint angezeigt bei Volumen pulmon. auctum, Asthma bronchiale, chron. Luftröhrenkatarrh, pleuritischen Verwachsungen und bei paralytischem Thorax, Gegenanzeigen insbesondere Herzleiden.

6. Es ist nachgewiesen, daß sich radioaktive Substanzen in den meisten Mineralwässern vorfinden, allerdings in verschiedenen Mengen; ebenso ist nachgewiesen, daß weder in der Exspirationsluft von Personen, die sich in Räumen, welche Radiumemanation enthalten, aufhielten, noch im Urin von Personen, welche Gasteiner Wasser getrunken haben, Radiumemanation vorkommt. Als Wir-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

kung der radioaktiven Substanzen ergeben sich: Beeinflussung der Bakterien, der Gewebe und fermentativer Prozesse. In derselben Weise äußert sich mit Hervorhebung italienischer Quellen (S. Giuliano-Pisa) Barduzzi-Siena.

7. Ascoli hebt die Notwendigkeit hervor, bei der Behandlung aller Stoffwechselkrankheiten und aller Krankheiten, welche mit Ernährungsanomalien irgendwelcher Art verbunden sind, die entsprechende Regelung der Diät zu kombinieren mit der zweckmäßigen und dem Einzelfalle angemessenen Anwendung der physikalischen Therapie, da es sich sonst nur um einseitige und daher minderwertige Maßnahmen handle.

Varia.

1. **Ertrinkungsgefahr und Schwimmkunst.** Von Dr. Revenstorf. Umschau, 1908, Nr. 5.

2. **Die Muttersubstanz des Radiums.** Von Dr. Otto Hahn. Umschau, 1908, Nr. 5.

3. **Ultrafiltration.** Von Dr. Bechhold. Umschau, 1908, Nr. 3.

4. **Nahrung, Kleidung, Liebe und die Rechte der Natur.** Von Fr. Erhard. „März“, 1908, Heft 4.

5. **Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen.** Von Dr. Th. Landau. Berl. klin. Woch., 1908, Nr. 1.

1. Revenstorf, der im Hamburger Hafenkrankenhause reichliche Gelegenheit zu Erfahrungen gehabt hat, erklärt die bekannte Gefahr des Schwimmens bei vollem Magen durch die Hinaufdrängung des Zwerchfells, die der Druck des Wassers auf die gasgefüllten Därme und den unnachgiebigen Magen bewirkt. Da die Atmung beim Schwimmen ohnehin bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit angestrengt und die Zirkulation des Blutes durch Kälte und Wasserdruck erschwert ist, genügt ein weiteres Atmungshindernis, um Ohnmacht und die rätselhaften Todesfälle selbst guter Schwimmer zu erklären. Die erleichterte Atmung beim Rückenschwimmen erklärt sich dadurch, daß hier die Aufwärtsdrängung der Gedärme nach dem Zwerchfell zu wegfällt.

F. von den Velden.

2. Als Ursubstanz des Radiums wird das Uran angesehen, doch müssen ein oder mehrere Zwischenglieder zwischen beiden angenommen werden. Ein solches ist das von Boltwood benannte Jonium, welches Hahn selbständig auf anderem Wege gefunden hat. Es befindet sich in Begleitung des Aktinium und zeigt die chemischen Eigenschaften des Thoriums, entsteht jedoch nicht aus diesem.

Diese interessante Entdeckung ist zwar ohne direktes medizinisches, aber von um so größerem allgemeinen Interesse, weil sie eine Bestätigung für die lange geleugnete Veränderlichkeit der Elemente bringt. F. von den Velden.

3. Bechhold ist es gelungen, durch Imprägnierung von Papier und Geweben mit Gallerten Filter herzustellen, deren Poren viel kleiner sind als die der Berkefeldfilter und Chamberlandkerzen. Seine Filter mittlerer Dichte haben Poren von etwa $^1/_{50000}$ mm und halten Blutfarbstoff und Serumalbumin aus Lösungen zurück. Da sich aus dem Druck, der nötig ist, um Lösungen durch die Filter zu pressen, deren Dichtigkeit bestimmen läßt, so ist dadurch ein Mittel gegeben, um die Größe der korpuskulären Elemente, die im Ultramikroskop nicht deutlich zu erkennen sind, zu bestimmen. Die dichtesten Ultrafilter haben Poren, die feiner sind als die kleinsten ultramikroskopisch sichtbaren Körper. Bechhold glaubt deshalb, daß es mit ihrer Hilfe gelingen werde, Krankheitserreger zu konstatieren, die jenseits der Grenze der Sichtbarkeit sind. (Nur wird da stets der Zweifel übrig bleiben, ob diese Krankheitserreger wirklich körperlicher Natur sind, und die krankmachende Beschaffenheit der Lösung nicht vielmehr chemischen oder anderen Eigenschaften, die durch die Filtration modifiziert werden, zu verdanken ist. Ref.)

Eine für die Medizin interessante Anwendung der Ultrafiltration ist bereits geglückt. Manche in wässriger Lösung wirksame Desinfizientia sind im Körper unwirksam und ebenso in Serumlösungen. Beim Filtrieren nun ergab sich, daß das Serum zusammen mit dem Desinfiziens zurückgehalten wurde.

Bechhold ist der Ansicht, daß es mit dem Ultramikroskop gelinge, die gröberen Moleküle direkt zu sehen, a fortiori also auch durch die Ultrafiltration ihre Anwesenheit zu konstatieren. Hier möchte Ref. ein Fragezeichen setzen: Die Moleküle sind eine Hypothese für den praktischen Gebrauch, eine Art Rechenpfennige, nur haben wir durch den alltäglichen Gebrauch diese ihre fiktionäre Natur vergessen. Gegen ihre tatsächliche Existenz ist schon so viel vorgebracht worden wie für sie. Und selbst wenn sie existieren, so ist nicht gerade wahrscheinlich, daß unsere für das Grobsichtbare geschaffenen Augen je imstande sein werden, das kleinste Existierende zu erblicken. F. von den Velden.

4. Der unter dem Pseudonym Erhard schreibende Kollege hat bereits in mehreren Arbeiten, unter denen vor allem die „Ketzerischen Betrachtungen eines Arztes“ (München 1906, Gmelin) zu nennen sind, Autoritätsglauben, Modetorheiten und ähnliche Menschlichkeiten, die leider auch in der Medizin ausschlaggebend sind, in treffender, humoristischer Weise gegeißelt.

Aus seinem obigen, mehr populär gehaltenen Aufsatz sei hier einiges angeführt, was unsern biologisch denkenden Lesern aus der Seele gesprochen sein wird.

„. . . Als das Getreide anfing, die vorherrschende Nahrung zu werden, hatte man den ersten bedeutungsvollen Schritt zur Abweichung von der angestammten Nahrung getan. Von Gemüsen und Früchten bekommt niemand die Fettleibigkeit, die auch schon Krankheit ist, wohl aber von Brei und Brot.

Die Not der nördlichen Gegenden zwang die Menschen, sich fast lediglich von Jagd und Fischfang zu ernähren, und nun zeigte sich, daß man dort fast ausschließlich von Fleisch und tierischem Fett leben kann, ohne die Gesundheit zu schädigen, vorausgesetzt, daß durch Kälte, harte Arbeit und den Mangel, der öfters ungebeten eintritt, der Stoffwechsel auf einem hohen Grad der Lebhaftigkeit unterhalten wird. Die vorherrschende Fleischdiät (zu der später der Alkohol hinzutrat) wurde aber denen, die sie befolgten, zu dauernder Gewohnheit und auch beibehalten, als an die Stelle von Krieg und Jagd eine ruhigere Lebensweise trat; daher stammen die Gallen- und Leberbeschwerden, die ewigen Magenkatarrhe und Gemütsverstimmungen, die besonders den Angelsachsen das Leben schwer machen.

Als durch Viehzucht die Möglichkeit geschaffen war, sich vorwiegend von Eiern und Milch, d. h. von Stoffen zu ernähren, die für Embryonen und junge Tiere mit schwachen Verdauungsorganen bestimmt sind, wurde den Eingeweiden ihre Arbeit mehr und mehr abgenommen. Sie schränkten daher ihre Leistungsfähigkeit auf das notdürftigste ein. Waren sie früher nur imstande, ihre Funktionen zu erfüllen, wenn ihnen kräftige Arbeit und reichliche frische Luft zu Hilfe kam, so konnten sie jetzt mit Hilfe der neuen Nahrungsmittel allerdings auch einen Stubenhocker vor Abmagerung schützen, aber auf Kosten der Gesundheit und Widerstandsfähigkeit, des Behagens und der guten Stimmung. War in früheren Zeiten die Hungersnot die hauptsächliche Krankheit, so nahmen jetzt die Krankheiten an Häufigkeit und Verschiedenheit rasch zu.

Ganz neuerdings ist man nun mit raschen Schritten auf demselben Wege weitergegangen und glaubt, dem Körper Gutes zu tun, wenn man ihm die Nahrung möglichst in anverdautem Zustande reicht. Das Pepton ist vorverdautes Eiweiß, das Mehl führt man in Malz über, man zerlegt die Nährmittel in ihre Bestandteile und leimt sie nach einem neuen Plane wieder zusammen, wobei man bald diesen, bald jenen für den wichtigsten erklärt. So kommen die schönen Nahrungs- und Stärkungsmittel, die „nervenstärkenden“ Ernährungen usw. mit ihren phantastischen Namen zustande, die die Annoncenblätter füllen und viel Geld in Bewegung halten.

Je mehr man aber den Verdauungsorganen ihre Arbeit abnimmt, desto schwächer und einseitiger werden sie, und da man auf diesem Wege nicht unbegrenzt weitergehen kann, so hilft nichts als Umkehr. Nicht etwa bis zum Anfang, wie die meinen, die sich nun bloß noch von rohen Wurzeln, Kräutern etc. ernähren wollen, sondern nur eine gewisse Strecke. Wir brauchen noch lange keine Vegetarianer zu werden, wir brauchen aber auch keine ausgeklügelten Speisezettel, keine Berechnung der Nahrung auf Kalorien, denn wir sind keine Oefen. . . .“

„Wie die ursprüngliche Nahrung den Menschen schwer zu verdauen war, so waren ihnen auch Hitze und Kälte, Wind, Regen und körperliche Anstrengungen zu viel, und sie suchten sich ihnen mehr und mehr zu entziehen. Sie wußten nicht, daß die Luft- und Temperatureinflüsse zur Gesundheit nötig sind und daß man sie nicht ohne Schaden über ein gewisses Maß hinaus beseitigt. Ratlos standen sie später vor ihrer Empfindlichkeit, ihrer geringen Körper- und Verdauungskraft und ihren neuen Krankheiten und begriffen nicht, woher sie kämen, da sie doch wohlgenährt und gegen Hitze und Kälte geschützt wären.

Findige Leute kamen allmählich dahinter, daß man dieser Erschlaffung bis zu einem gewissen Grade dadurch abhelfen kann, daß man sich massieren läßt, sich von allerlei Seiten mit kaltem Wasser begießt, sich in Salz- und anderen ungewöhnlichen Wassern badet, „Luftbäder“ nimmt etc. Sie machten aus dieser Erfindung ein gutes Geschäft und protestierten laut gegen die Behauptung, daß das alles nur teuere und mangelhafte Surrogate seien für die Einflüsse von Luft und Licht, Kälte, Wärme und körperlicher Arbeit, die den, der sich nicht gegen sie verschließt, ganz von selbst gesund und leistungsfähig halten.

Auch in diesen Dingen können und brauchen wir nicht auf die ersten Zeiten der Menschen zurückzugehen, brauchen uns nicht der Kleidung zeitweise ganz zu entledigen und verwickelte Regeln aufzustellen, wie und womit man sich kleiden solle. Da uns der Haarpelz verloren gegangen ist, so müssen wir ihn durch Kleidung ersetzen und im Winter das Feuer als Wärmequelle gebrauchen; das beste Erwärmungsmittel aber bleibt immer die Bewegung und der durch sie in lebhaftem Gang erhaltene Stoffwechsel. Auch der Sommerhitze brauchen wir uns so wenig schutzlos auszusetzen, wie die frei lebenden Tiere es tun, aber je mehr Sonne und Licht wir auf uns einwirken lassen innerhalb der Grenzen, die unsere Organisation uns setzt, desto besser ist es für Gesundheit und Wohlbefinden. Es bleibt ein Notbehelf, wenn wir elf Monate ungesund leben und von einem Absolution für unsere Sünden erwarten.

Da ist noch ein anderes Gebiet, in dem das Suchen von Bequemlichkeit und Genuß über das von der Natur gegebene Maß hinaus sich bitter rächt. Der primitive Mensch ist in sexueller Beziehung im allgemeinen so kühl, daß er besondere Veranstaltungen braucht, um sich zeitweise aus dieser Kälte herauszureißen. Je mehr er zu einer körperlich mühelosen Tätigkeit und zu reichlicher, besonders Fleischernährung übergeht, desto regsamer wird er in besagter Hinsicht, aber auf Kosten seiner Kraft und Gesundheit. Daß hier ein enger Zusammenhang besteht, erhellt aus der Enthaltsamkeit, die von alters her mit Recht denen vorgeschrieben wurde, die sich für starke körperliche Leistungen vorbereiten. . . . .“

„Ueberall sehen wir dasselbe Bild: wir möchten mit unserem Körper verfahren, wie es uns beliebt und Vergnügen macht und glauben, ihn an alles gewöhnen zu können. Die Natur aber sagt: Ihr sollt bei der Lebensweise bleiben, unter der ihr zu Menschen geworden seid.

Wohl paßt sich der Körper für den Augenblick an und bricht nicht gleich zusammen, aber allmählich verliert er an Widerstandskraft, Leistungsfähigkeit und Behagen. Dann müssen wir froh sein, wenn wir noch den Weg zurückfinden, wenn er nicht verloren gegangen ist durch generationenlanges Fortschreiten in der falschen Richtung. Können wir dann nicht auf das Natürliche zurückgehen, so müssen wir uns mit Surrogaten behelfen, aber danach streben, daß wir der Natur nicht mehr abdringen, als sie uns allenfalls zugibt: sonst rächt sie sich schwer an uns und den Nachkommenden für die Beeinträchtigung ihrer Rechte.“ Esch.

5. Im Gegensatz zu den in der Zeit der „chirurgischen“ Geburtshilfe allzusehr beliebten und zu oft angewandten Inzisionsverfahren und sehr differenten Betäubungsmethoden wie die Skopolamin-Morphiumnarkose empfiehlt Landau das alte, aber vergessene Verfahren der digitalen Dehnung des Zervixkanals, nicht nur bei Eklampsie, Plazenta praevia etc., sondern auch zur Abkürzung normaler Geburten, event. auch zur Förderung der Bedingung zur Zangenapplikation (vollkommenes Verstrichensein des Muttermundes).

Der Versuch soll nur bei im Becken fixiertem Kopf während einer Wehe und nur mit aller Vorsicht, ohne brüske Gewaltanwendung gemacht werden. Zur Vermeidung von Infektion empfiehlt Landau Gummihandschuhe.

Die so herbeigeführten Wehen führt Verf. auf Reizung der in der Zervikalwand gelegenen automatischen Nervenzentren zurück. Esch.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Zur Salipyrintherapie.** Von Dr. Berliner.
2. **Kresolseife.** Von Apotheker Bruhn, und **Kresolseife.** Von Dr. Linke. Therapeutische Neuheiten, Januar 1908.
3. **Mesotan.** Von Apotheker Bruhn. Ibidem.
4. **Orudon.** Von Dr. Linke. Ibidem.
5. **Thigenol.** Von Dr. Boshouwers. Ibidem.
6. **Die Gefahren der Skopolaminanwendung und deren Verhütung.** Von Prof. Kionka. Therapie d. Gegenw., Jan. 1908.
7. **Ueber Thiosinamin.** Von Dr. Pollak. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 7.
8. **Zur Kenntnis der bakteriziden Eigenschaft der Pyozyanase.** Von Dr. Raubitschek und Dr. Ruß. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 8.
9. **Ueber die Wirkung subkutaner Pyozyanase-Injektionen.** Von Dr. Kren. Ibidem.
10. **Ein Fall von tödlicher Phenazetinvergiftung.** Von K. E. Russow. Petersburger med. Wochenschr., 1908, Nr. 4.

1. B. berichtet über eine eigentümliche Nebenwirkung des Salipyrins, die sich bei einer 42jähr. Patientin nach Einnahme von 1,0 Pyrazol. phenyldimethyl. salizyl. einstellte und sich in beängstigenden Träumen, Somnambulie, Tobsuchtsanfällen, völliger Verwirrtheit und großer Schlafsucht äußerte. Nur mit Mühe konnte die Patientin erweckt und bei Bewußtsein erhalten werden; nachher fühlte sie sich sehr elend. Die Kranke hat früher niemals solche Anfälle gehabt und sie auch später nicht bekommen. Auch das untersuchte Pulver war das nach Vorschrift des Deutschen Arzneibuches hergestellte Pyrazolon. phenyldimethyl. salizyl. Trotzdem ist B. geneigt, jenen Zustand auf Rechnung des Präparates zu setzen.

2. Kresolseife soll jetzt laut Verfügung des Ministers von den preußischen Apothekern nach bestimmter Vorschrift hauptsächlich zum Gebrauch der Hebammen hergestellt werden, und zwar sollen 60 T. Leinöl im Wasserbade in einem geräumigen, lose verschlossenen Glaskolben erwärmt und dann unter Umschütteln mit einer Lösung von 12 T. Kaliumhydroxyd in 30 T. Wasser und 6 T. Weingeist versetzt werden. Die erhaltene Mischung wird bis zur vollständigen Verseifung weiter erwärmt, worauf 100 T. eines Kresols vom Siedepunkt 199 bis 204° hinzugefügt werden. Dadurch erhält man eine klare, gelbbraune Flüssigkeit von bekanntem Lysolgeruch, die mit Wasser eine stark schäumende gelblich-trübe Flüssigkeit ergibt. Bruhn glaubt, daß diese neue Kresolseife dem Liquor Cresoli saponat. und dem Lysol wesentlich überlegen sei, weil der Gehalt an Kaliseife ein größerer und ein bestimmtes Kresol vorgeschrieben ist. Der Preis würde der des Liquor Cresoli saponat. sein. Es fragt sich nun, welchen Namen man zum Unterschied vom Liquor der neuen Kresolseife geben soll. Bruhn schlägt vor: „Lysolersatz“ oder „Hebammen-Kresolseife“, Linke dagegen, der am gleichen Ort dasselbe Thema behandelt, „Neolysolum“. Uebrigens kommt die Lysolfirma dem allgemeinen Bedürfnis entgegen und liefert „Kresolseife Schülke & Mayr“, genau den ministeriellen Vorschriften entsprechend, in Blechkannen zu 4 und 10 kg Inhalt, zum Preise von 1,25 M. pro kg ab Hamburg. Das amtlich erforderte Material kann kaum billiger geliefert werden.

3. Das Mesotan der Firma Bayer & Co. in Elberfeld stellt eine klare, ölartige, aromatische Flüssigkeit dar, die in Wasser unlöslich ist, dagegen fette und ätherische Oele in jedem Verhältnis löst und mit Aether, Chloroform und Alkohol mischbar ist. Beim Erhitzen über 100° zerfällt es in Salizylsäure, Formaldehyd, Methylalkohol und Salizylsäuremethylester. In seiner leichten Spaltbarkeit unter Abgabe von Salizylsäure und in seiner schnellen Resorptionsfähigkeit liegt der Wert des Mesotans, das daher bei allen rheumatischen Affektionen akuten und chronischen Charakters angewendet wird; ferner bei schmerzenden Affektionen der Gelenke, Sehnen und Bänder, auch bei Pleuritis sicca und chronischer Gicht. Kropil hat Erfolge bei Nachtschweißen der Phthisiker und bei Fußschweiß gesehen. Unangenehme Nachwirkungen (Dermatitis) können auftreten, wenn Mesotan eingerieben wird. Daher empfehlen sich Gemische mit Ol. Olivar. oder Ol. Ricini. zu gleichen Teilen, die nur aufgepinselt werden. Rezeptformeln für Mesotan nach Meißner sind:

Rp. Mesotan,
Ol. Olivar. ana 15,0.
S. Aeußerlich. Dreimal tägl. ein Teelöffel voll aufzustreichen.

Rp. Mesotan 10,0,
Vaselin. flav. 20,0.
Mf. unguent. S. Zum Einreiben.

Rp. Mesotan 15,0,
Ichthyol. 5,0,
Chloroform 10,0,
Ol. Olivar. 20,0.
S. Einreibung.

Rp. Mesotan 15,0
Vasogen. 25,0.
S. Aeußerlich.

Als Geruchskorrigens empfiehlt sich der Zusatz einiger Tropfen Ol. Lavendulae.

4. L. hat Versuche mit zwei neuen Gichtmitteln gemacht, von denen er sagt, daß sie „die Bestimmung haben, die vielen, Deutschland jährlich um hunderttausende von Mark anzapfenden ausländischen Gicht- und Rheumatismusmedizinen zu verdrängen". Es sind dies zwei von der Firma: Königl. Hofapotheke Elbing, Bes. Otto Witt, appr. Apotheker, in den Handel gebrachte Medikamente, eine Essenz und ein Salz, die beide den Namen Orudon tragen. Die Essenz besteht aus Ammonium jodat. salicyl. sol. 50%, Diaethylendiamin 5%, Extr. aromat.. 5%, Spirit. e vino 40%; das Salz aus Urea. citric. bas., Diuretin 10%, dazu Natr., Magnes., Lith. carbon, gesättigt mit Acid. citric. 55%, Natr. sulfur. 15% und Extr. amar. 2%. Daraus ist leicht zu erkennen, daß die beiden Zusammenstellungen auf Grund der bisherigen wissenschaftlichen Anschauungen über Gelenkrheumatismus und Gicht aufgebaut sind. Bei Anwendung des „Orudon" hat L. keine physiologischen oder pathologischen Nebenwirkungen gesehen. Die Taschensalzflasche, die man bequem in der Rocktasche bei sich tragen kann, kostet 5,50 M. In dem Schraubenverschlußdeckel befindet sich ein Maß; man nimmt drei- bis viermal täglich ein solches Maß Salz, in Wasser gelöst. Die Essenzflasche kostet 6 M. — Ueber die Essenz wagt L. noch kein persönliches Urteil; das Salz dagegen, das er schon viel an sich selbst ausprobiert hat, empfiehlt er auf das angelegentlichste.

5. Das Thigenol empfiehlt B. neuerdings gegen alte Drüsenschwellungen. Es ist ein Ersatzmittel des Ichthyol, das nicht dessen unangenehmen Geruch besitzt. Es wird auch gegen Pelveoperitonitis und parametritische Exsudate angewendet; Scheidentampons, getränkt mit Thigenolglyzerin. Die alten Drüsenschwellungen werden derart behandelt, daß sie jeden Abend mit einer 20%igen Thigenolvaselinsalbe eingerieben werden. Darüber kommt ein Tuchverband.

6. Die Skopolamin-Morphium-Narkose ist zur Zeit aktuelles Thema. Die Ansichten über ihren therapeutischen Wert sind recht geteilte, und die mit der Methode erzielten Resultate sind recht ungleiche. Daran mögen z. T. Mängel in der Technik schuld sein; z. T. gewinnt man aber den Eindruck, als läge die Schuld an dem benutzten Skopolaminpräparat. Um nun zu prüfen, ob die Verschiedenheit der Wirkung auf Unreinheit oder Veränderlichkeit der Präparate oder auf eine verschiedene chemische oder physikalische Beschaffenheit der verwandten Skopolamine zurückzuführen sei, hat es K. unternommen, Versuche an Fröschen, Kaninchen und Hunden anzustellen, aus denen hervorgeht, daß Verschiedenheit im physikalischen Verhalten von Skopolamin nicht verschiedene Wirksamkeit bedingt, und daß andererseits diesem Alkaloid gegenüber eine sehr große Verschiedenheit der Reaktion bei den einzelnen Individuen besteht. Es handelt sich beim Skopolamin um Wirkungen auf das Zentralnervensystem, und je höher entwickelt das Tier ist, um so mehr treten Verschiedenheiten im individuellen Verhalten ein. Da nun die chemische und physikalische Verschiedenheit der Präparate die verschiedene Wirkung nicht hervorruft, so müssen wir annehmen, daß die Art und Weise, wie das Mittel im Körper festgelegt wird, die Wirkung bedingt. Die Ursachen für die Unterschiede in der Wirkung der Skopolaminpräparate sind also nicht in diesen selbst, sondern in den mit diesem behandelten Individuen zu suchen, und da die Verschiedenheit der Wirkung je nach der Entwicklung des Zentralnervensystems der betreffenden Tierspezies verschieden ist, so wird die individuelle Empfindlichkeit dem Mittel gegenüber beim Menschen besonders different sein.. K. hält das Skopolamin für ein verhältnismäßig wenig gefährliches Gift; jedenfalls ist es kein Herzgift. Es erscheint aber empfehlenswert, ein Präparat zu wählen, das sich nicht verändern kann: Das ist das optisch inaktive Skopolamin. Nun aber kann in diesem Präparat Apoatropin, ein schweres Krampfgift, vorkommen. Um dessen Abwesenheit jedoch nachzuweisen, bedarf es nur eines einfachen Reagenzglasversuchs: Setzt man nämlich einer dünnen Skopolaminlösung einen Tropfen Kaliumpermanganatlösung zu, so tritt keine Veränderung ein. Die Lösung wird aber braun bei Anwesenheit von Apoatropin (noch in Verdünnung von 1 — 20000). Es ist selbstverständlich, daß zur Injektion keine Lösungen mit Bodensatz oder Trübung verwandt werden. Uebrigens tritt bei Anwesenheit von Morphin und Kodein die obige Reaktion mit Kaliumpermanganat auch auf. Schon aus diesem Grunde ist die Anwendung der neuerdings in gemeinsamer Lösung in den Handel gebrachten Skopolamin-Morphinpräparate zu widerraten. Außerdem hat sich herausgestellt, daß man Skopolamin in viel größerer Dosis anwenden kann, als in der jedesmaligen Einzeldosis dieser Präparate vorgesehen ist.

7. Da in letzter Zeit als Ersatzmittel für Thiosinamin wegen der Schmerzhaftigkeit der Injektionen mit diesem Mittel das Fibrolysin in den Arzneischatz eingeführt wurde, weist P. darauf hin, daß man auch Thiosinamin schmerzlos oder nahezu schmerzlos einspritzen kann, wenn man folgendes Rezept anwendet: Thiosinamin. 1,0, Glyzerin., Aq. dest. ana 5,0. Diese Einspritzungen werden nicht schmerzhafter als eine Morphiuminjektion empfunden. Man spritzt zwar kleinere Mengen des Mittels ein, kann dafür aber die Einspritzungen ohne jeden Uebelstand fünf- bis sechsmal in der Woche machen.

8. Durch entsprechende Behandlung gelingt es, aus tierischen Organen Flüssigkeiten zu gewinnen, die eine hohe bakterizide Wirkung entfalten, die auf das Vorhandensein von Lipoiden zurückzuführen ist. Diese stellen fettartige Körper dar. Nun konnten Landsteiner und Raubitschek zeigen, daß aus den Kulturfiltraten des Bazillus pyozyan. durch Alkohol und Aether ein Blutkörperchen lösendes Lipoid gewonnen werden kann, das die Ursache des koktostabilen Hämolysins des genannten Bazillus ist. Es lag daher der Gedanke nahe, ob nicht dieses Pyozyaneuslipoid das Wesen der bakteriziden Eigenschaft der Pyozyanase in befriedigenderer Weise lösen könne, als die Erklärungsversuche von Emmerich und Loew, welche das Vorhandensein eines Enzyms annehmen. Die beiden Verfasser haben nun Untersuchungen mit Pyozyanase angestellt, aus denen hervorgeht, daß nach entsprechender Behandlung der Pyozyanase ein Lipoid zu gewinnen ist, das sich durch hohe bakterizide Kraft auszeichnet. Die Verfasser halten es für sicher, daß auf der Anwesenheit dieses Lipoids die bakterientötende Wirkung der Pyozyanase zurückzuführen sei. Ueber die Versuchsanordnung muß das Original nachgelesen werden.

9. K. berichtet über Versuche mit Pyozyanase an der Riehlschen Hautklinik in Wien; und zwar wurde das Mittel injiziert, teils pur, teils in Verdünnungen mit physiologischer Kochsalzlösung. Dabei wurden Allgemeinerscheinungen nie beobachtet; dagegen trat Schmerzhaftigkeit an den Injektionsstellen auf, hier und da auch leichte Temperaturerscheinungen. Die Reaktionen verliefen stets gleichmäßig in Form einer progredienten, erysipelartigen

Dermatitis, die regelmäßig über weite Hautstrecken sich ausbreitete, während das Zentrum in den meisten Fällen abblaßte und die teigige Schwellung nach einigen Tagen verschwand. Diese Pyozyanase-Dermatitis erinnert an ähnliche, nicht durch Bakterien, sondern durch chemisch-toxischwirkende Körper hervorgerufene, progrediente Entzündungsprozesse, z. B. Xeroform- oder Quecksilber-Erytheme.

10. Ueber einen Fall von Phenazetinvergiftung mit tödlichem Ausgange berichtet R. Die klinische Untersuchung ergab die Zeichen einer schweren Hämoglobinurie und parenchymatöser Nephritis. Die Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. Gleichzeitig erwähnt R. als Toxikationserscheinung bei verschiedenen Antipyretizis den Symptomenkomplex: Herzklopfen, Atemnot, Schwindel, Zyanose oder Rötung des Gesichts. Nach Erfahrungen an sich glaubt R., daß diese Erscheinungen am leichtesten auftreten, wenn vor dem Einnehmen des Antipyretikums Alkohol genossen wurde.

Technische Neuerscheinungen.

Eine zu Infusionen gebrauchsfertige Glasbombe mit physiologischer Kochsalzlösung für die Praxis.

Von Dr. **M. Brenner** in Heidelberg.

Die aseptische Ausführung von Kochsalzinfusionen kann in der Praxis, namentlich in Notfällen und wie so oft unter ungünstigen äußeren Verhältnissen, mit geradezu unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden sein. Diese liegen einmal schon in der Herstellung der erforderlichen Lösung, zum anderen in der nicht immer einwandfreien Sterilisierbarkeit der nötigen Hilfsapparate.

Ist auch durch den Gebrauch der dosierten Kochsalztabletten in ersterer Hinsicht ein Fortschritt erzielt worden, so verlangt doch das Kochen des nötigen Wassers und sein Abkühlen auf Körpertemperatur viel Zeit, die man nicht immer zur Verfügung hat und deren Verlust verhängnisvoll werden kann, wenn weder Kochgas noch Spiritusbrenner vorhanden ist oder gar erst im Ofen oder Herd Feuer angefacht werden muß.

Um diese Unzuträglichkeiten aufs Minimum zu beschränken, habe ich (vergl. Münch. Med. Wochenschr. 1908, Nr. 9) eine größere Glasbombe herstellen lassen, die mit 350—400 ccm physiolog. Kochsalzlösung gefüllt und zugeschmolzen ist.

Das zylindrische Gefäß ist beiderseits in eine Spitze ausgezogen, deren eine eine olivenförmige Auftreibung zeigt.

Bei Ausführung der Infusion hat man nur die Bombe in warmem Wasser auf Körpertemperatur zu erwärmen, dann wird die Spitze mit der Auftreibung nach oben gekehrt, jenseits dieser angefeilt und abgebrochen und der mit den Nadeln armierte Schlauch darübergezogen. Hierauf wird die andere Spitze nach oben gekehrt, geritzt und abgebrochen, die Nadeln appliziert und die Infusion begonnen, indem man die Bombe wie einen Irrigator hochhält.

Mit dieser Bombe ist vor allem erreicht, daß dem Arzt jederzeit eine fertige, dauernd sterile Kochsalzlösung zur Verfügung steht, ferner ist die Anwendung von Hilfsapparaten aufs äußerste beschränkt, da die Aufbewahrungsflasche gleichzeitig als Infusionsinstrument verwendet wird.

Der Zeitverbrauch für die Vorbereitung einer Infusion ist ebenfalls erheblich eingeschränkt, da die Erwärmung der Bombe und das Auskochen von Schlauch und Nadeln in wenig Wasser in kürzester Zeit zu bewerkstelligen ist.

Die Temperatur der Lösung kann durch ein eigens dazu konstruiertes Thermometer gemessen werden, das mit Alkohol abgerieben und durch die obere Oeffnung in die Bombe eingelassen wird.

Die Größe des Glasgefäßes ist derart festgesetzt, daß sie in einem Mantel von Wellpappe im Irrigator der Opitzschen Tasche gerade Platz und Schutz findet. Die Spitzen, die nicht angeritzt sind, um sie vor unfreiwilligem Abbrechen zu schützen, sind in Holzwolle eingepackt. Eine Glasfeile wird mitgeliefert, da die Ritzung erst unmittelbar vor Gebrauch der Bombe angebracht werden soll.

Die Herstellung der Kochsalzbombe hat Herr H. Paravicini, Apotheker in Staufen i. B., übernommen. Der Preis beträgt 2 M., ohne Thermometer.

Dampfbademantel von Schlichting.

Der Dampfbademantel ist ähnlich den gewöhnlichen Dampfbademänteln, nur besitzt er einige Abänderungen, die ihn brauchbarer machen sollen. Die Oberdecke schließt dampfdicht ab, mit dem oberen Ringe verbunden sind zwei auf die Schultern zu legende gepolsterte Tragstäbe nebst Führung, wodurch ermöglicht wird, daß man den Mantel nicht am Stuhl oder sonstwo befestigen muß, man braucht den Mantel nur über die Schultern zu werfen und die Tragstäbe einzustellen, dann setzt man die Oberdecke dicht auf. Dieselbe besitzt einen Schlitz und links von diesem eine kleine Tasche. Man kann mit der Hand durch den Schlitz fassen, um den Schweiß vom Gesicht zu wischen oder ein Glas Wasser zu nehmen und zu trinken. In die Tasche kann man ein Taschentuch stecken. Der Schlitz kann fest geschlossen werden. Man kann denselben Mantel zu Dampfbädern für den ganzen Körper oder für einzelne Teile verwenden, so kann man Dampfbäder für die Füße, den Unterleib, Arm oder Schulter, und den Kopf etc. damit leicht einrichten. Der Erfinder gibt auch den Mantel zur Sterilisation von Kleidern an. Man soll dann den Mantel durch seine Stützen passend aufhängen und in denselben die Kleider hängen oder Betten auf einen Stuhl legen und dann Dampf oder Karbolwasserdämpfe aus einem Topf unter den Mantel leiten. Daß damit eine Sterilisation erreicht werden kann von Kleidern, Betten etc., ist ausgeschlossen, denn um Bakterien zu töten, braucht man Dampf von mindestens 102 °, welcher dann eine Stunde einwirken muß. So heißen Dampf kann aber unter dem Mantel der Kochtopf nicht liefern und die Karboldämpfe nützen da auch nichts. Man könnte da nur Formalin verwenden, doch auch dies kann da nicht sicher sterilisieren. Man kann eben diesen Mantel nur zu Dampfbädern verwenden, aber nicht zur Dampfsterilisation, denn zu letzterer ist er ganz unbrauchbar. Für Dampfbäder ist dieser Mantel aber recht praktisch und kann wohl empfohlen werden. Der Mantel ist von W. Schlichting, Schwerin i. M., Rostockerstr. 24, angegeben.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Ueber die bisher vorliegenden Ergebnisse der therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlen. Von H. E. Schmidt. Berliner Klinik, Heft 229. Verlag Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld), Berlin.

Die kleine zusammenfassende Darstellung von Schmidt gibt eine kurze Uebersicht über die Indikationen der Röntgenbehandlung bei den einzelnen Hautkrankheiten, bei Drüsentuberkulose, malignen Tumoren, Struma, venerischen Bubonen, Prostatahypertrophie, Leukämie, Basedow und einigen anderen Affektionen. Die günstigen Erfolge, die besonders in der Dermatologie und bei Kankroiden erzielt wurden, sowie der mindestens palliative Erfolg bei Leukämie, lassen die Röntgenbehandlung als eine unentbehrliche Bereicherung der Therapie erscheinen. Die kurze Zusammenfassung, die natürlich über die speziellen Indikationen und die Dosierung sich nicht verbreiten konnte, gibt für den praktischen Arzt eine gute Anleitung für die Auswahl der Fälle, die der Röntgenbehandlung in der Hand eines Röntgotherapeuten zugänglich zu sein versprechen.

F. Nagelschmidt-Berlin.

KORRESPONDENZ.

Bernstadt Sa., den 23. März 1908.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Nachdem Sie unter „Korrespondenz“ eine Zuschrift des Herrn Geheimen Sanitätsrat Dr. Wattenberg abgedruckt haben, wäre es mir lieb, wenn Sie auch von mir zu diesem Thema eine kurze Mitteilung unter gleicher Rubrik bringen würden.

Diese lautet:

„Die bakteriologische Anschauung läßt bei der Prophylaxe und Therapie der Appendizitis völlig im Stich. Ueber die Schädigungen einer vorwiegenden Fleischkost, ja der Fleischnahrung überhaupt, habe ich in meinen Schriften: „Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus“, Verlag O. Gmelin, München, und „Blinddarmentzündung“, gl. Verlag, ausführlich in den Jahren 1904 und 1907 geschrieben, wobei ich bezüglich der Appendizitis auf die besonders prädisponierenden Verhältnisse der anatomischen Struktur der Drüsen sowie des Endothels hinwies.

Zur Verhütung der Obstipation rede ich weniger peristaltikerregenden Mitteln, als wässrigen Salzlösungen, besonders in der Form des wohlschmeckenden Sanosals, das Wort und habe gefunden, daß hierbei nicht nur eine subjektiv wohltätige, völlig unschädliche Darmauswaschung eintritt, sondern daß auch eine rückläufige Lymphströmung zu beobachten ist, die sich von besonders günstiger Einwirkung auch auf andere Zustände — namentlich kollämische Zustände im Gehirn — zeigt.“

Mit kollegialischer Empfehlung Ihr ergebener

M. Meyer.

An die Redaktion der „Therapeutischen Rundschau“.

Unter Dank für die Zusendung von Nr. 11 Ihrer Zeitschrift, die das „Referat“ des Herrn Privatdozent Dr. J. Ibrahim, München, über meinen Beitrag zur Keuchhustenbehandlung enthält, übersende ich Ihnen mit der Bitte um Aufnahme die Entgegnung auf die Bemänglung und die sich als nötig erweisenden Richtigstellungen, wenn meine Aeußerungen über die herausgegriffenen Punkte wiedergegeben werden sollen.

Nach einem einleitenden ersten Satz schreibt der Herr Referent im zweiten Satz: „Referent scheint die Anwendung eines derart differenten Mittels bei Kindern doch äußerst bedenklich zu sein, zumal die Dosierung sich offenbar ganz nach subjektiven Eindrücken der Angehörigen des Kindes richten muß.“

Meines Wissens ist die Differenz eines Mittels kein Hindernis für die Anwendung, zumal wenn ein anderes sicher wirkendes Mittel nicht vorhanden ist. — Bezüglich der Dosierung habe ich gesagt:

Ich ließ nur so viel Dampf aus der Flasche austreten, als ich ohne jede Beschwerde vertrug.

Da ich für Aerzte geschrieben habe, so habe ich im Streben nach Kürze jede Wiederholung vermieden, auch nicht beabsichtigt, eine ausführliche Gebrauchsanweisung zu geben, wie sie der Laie bedarf. Zuviel Bromdampf zu verwenden, ist einfach unmöglich, die Reizung der Schleimhäute verhindert sofort den Aufenthalt darin.

Dritter Satz: „Ob das vom Verfasser hergestellte Mittel Bromotussin eine genauere Dosierung zuläßt, und die Gefahr einer Schädigung durch das Mittel geringer ist wie bei Anwendung von reinem Brom, ist aus der Mitteilung nicht ersichtlich.“

Davon ist gar nicht die Rede. Ich habe gesagt:

Das Streben dabei war gerichtet auf schnelle Verdunstung bezüglich möglichst gleichmäßiger Verteilung des Bromdampfes und Ungefährlichkeit in der Handhabung, auch beim Transport.

Vierter und letzter Satz: „Die drei angeführten Krankengeschichten sind zudem wenig beweisend: so daß Verf. selbst zum Schluß kommt, daß er durchaus nicht glaube, seine Leser von der Wirksamkeit seiner Behandlung überzeugt zu haben.“

Hierin kann ich weder eine Widerlegung meiner Worte: Die zwei ersten Fälle werden Sie hoffentlich als im Stadium incrementi bei Eintritt in die Behandlung befindlich anerkennen, finden, noch eine Wiedergabe des Schlusses:

Daß ich Sie mit meiner Mitteilung von der Wirksamkeit der bis jetzt meines Wissens noch nicht von anderer Seite angewendeten Behandlung überzeugt habe, glaube ich durchaus nicht. Dafür sind viel zu viel Mittel empfohlen worden, die sich schließlich doch nicht bewährt haben. Ich hoffe aber, daß sich ein oder der andere von Ihnen dazu entschließt, den angegebenen Weg mangels eines besseren einzuschlagen. Ich kann Ihnen nur versichern, daß mir jetzt die Keuchhustenbehandlung ebenso viel Freude macht, als früher Qual.

Dresden, den 20. März 1908.

Hochachtungsvoll

Dr. Schottin.

ALLGEMEINES.

Der **Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus** zu Berlin veranstaltet auch in diesem Jahre wissenschaftliche Vorlesungen zum Studium des Alkoholismus. Dieselben werden vom 21. bis 25. April im Landeshause, Berlin W., Matthäikirchstraße 20, stattfinden. Die moderne Alkoholfrage ist ja weit hinausgegangen über die alte Trunksuchtsfrage; es handelt sich heute nicht allein darum, wie behandeln wir den Trinker, sondern wie beugen wir dem Alkoholismus als individuellem und sozialem Uebel vor. Die Alkoholfrage im modernen Sinne ist ungemein reich verzweigt und aufs engste mit allen brennenden Fragen der Gegenwart verbunden. Die Alkoholfrage ist eine medizinisch-hygienische, sie ist aber auch untrennbar von den nationalökonomischen Fragen, wie sie auf das innigste auch mit den sittlichen Problemen zusammenhängt. Die wissenschaftlichen Vorlesungen des Zentralverbandes werden die verschiedenen Seiten der Alkoholfrage zur Erörterung bringen. Für den Arzt sind aber diesmal zwei Themata von ganz besonderer Bedeutung. Professor Kassowitz wird über den theoretischen Nährwert des Alkohols und Dr. Wolf über „Alkohol und Geschlechtskrankheiten“ sprechen. Während wir alle darin einig sind, daß der Alkohol in praktischer, also in volkswirtschaftlicher Hinsicht als Nahrungsmittel völlig außer Betracht kommt, gehen die Meinungen noch auseinander, ob er in rein theoretischer Hinsicht noch ein Nahrungsstoff genannt werden darf. Es wird daher sehr interessant sein, gerade Kassowitz zu hören, der auf Grund seiner Studien dem Alkohol auch jede theoretische Bedeutung als Nahrungsmittel bestreitet. Auch auf die Vorlesungen von Gruber-München über Volkswirtschaft und Alkohol machen wir noch besonders aufmerksam.

Die Eintrittskarte für den 18stündigen Kursus wird nur 5 M. kosten, für die Einzelstunde 50 Pf., für die Doppelstunde 75 Pf. Anfragen, Bestellungen etc. sind an die Geschäftsstelle des Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus (Berlin) z. H. von Frau Gerken-Leitgebel, Friedenau bei Berlin, Rubensstr. 37 zu richten.

Robert Koch-Medaille. Die für die mediko-historische Abteilung der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel hergestellte Medaille kann von dem Hofmedailleur Max von Kawaczynski, Berlin S.W., Belle-Alliancestr. 58, bezogen werden. Da der genannte Künstler, der die Medaille geschaffen hat, die Herstellung aller weiteren Exemplare selbst überwacht, so ist die Gewähr für ihre vollkommene Uebereinstimmung mit dem Original und für eine sorgfältige Ausführung gegeben.

In einer Sitzung des „Klubs der Wiener Kinderärzte“ am 6. März 1906 berichtete Dr. J. Guttmann eingehend über seine in der Kinderabteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik (Vorstand Professor Dr. Monti) mit Fucol erzielten günstigen Resultate. Die sehr wertvolle Abhandlung steht allen Interessenten gern zur Verfügung. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 12. April 1908. Nr. 15.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

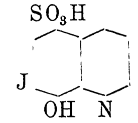
Aus dem Institut für Pharmakologie und physiolog. Chemie der Universität Rostock (Direktor: Prof. Dr. Kobert).

Betrachtungen und Versuche über das frühere und das heutige Griserin.

Von **Karl Kobert**, Assistent am Institut.

I. Loretinhaltiges Griserin.

Von Prof. A. Claus in Freiburg ist 1893 die m-Jod-o-oxy-Chinolin-ana-sulfosäure, gleich 7-Jod-8-oxy-chinolin-5-sulfosäure,



dargestellt und mit dem Namen Loretin bezeichnet worden*). Das Deutsche Reichs-Patent 72 924 zur Darstellung desselben, das anfangs die Höchster Farbwerke in den Händen hatten, ist später in die Hände der Firma Theodor Schuchardt in Görlitz übergegangen. Das durch Patent geschützte Verfahren besteht in folgendem: Aus äquivalenten Mengen o-Oxychinolinsulfosäure, Kaliumkarbonat und Jodkalium wird durch Kochen mit Wasser und Chlorkalk ein Gemenge hergestellt und dieses mit HCl versetzt. Das aus dieser Umsetzung hervorgehende Ca-salz der Jodoxychinolinsulfosäure bildet ein orangerotes Pulver, das durch Zersetzung mit HCl die freie Säure liefert. Die so erhaltene Säure bildet nach der Reinigung gelbliche Säulen oder Blättchen. Die Löslichkeit der Säure in kaltem Wasser ist gering, etwa 1 : 500, in kochendem 3 : 500. Auch in Alkohol löst sie sich nur wenig, noch weniger in Aether und fetten Oelen, dagegen leicht in Alkalien. Die wässrige Lösung ist gelb gefärbt und reagiert sauer. Auf Zusatz von NaOH wird sie blaßgelb, fast farblos; Säuren stellen alsdann die gesättigte Färbung nicht wieder her. Das Präparat zeigt keinen scharfen Schmelzpunkt; gegen 260—270° C zersetzt es sich unter Verkohlung und Aufblähen, während zugleich Joddämpfe entweichen; gegen 280° schmilzt es unter totaler Zersetzung. Durch Eisenchlorid wird die wässrige Lösung intensiv grün gefärbt (eine Reaktion auf Eisenoxyd, die noch schärfer ist als mit Rhodanverbindungen). Durch Zusatz von Silbernitrat*) entsteht ein gelbes Ag-salz, durch Zusatz von Pb-acetat**) ein gelbes Pb-salz. In konz. warmer Schwefelsäure löst sich das Loretin zu einer gelben Flüssigkeit auf; gießt man diese Lösung in Wasser, so scheidet sich die Substanz in Kristallen wieder aus. Beim Behandeln mit konz. Salpetersäure erfolgt Rotfärbung, Entwicklung von Joddämpfen und schließlich Abscheidung von Jodkristallen. Zugleich wird auch die Sulfogruppe aus dem Molekül verdrängt, und es entsteht m-ana-Dinitro-o-oxychinolin, das beim Eintragen der Reaktionsmasse in kaltes Wasser als schön gelbe kristallinische Substanz vom Schmelzpunkt 276° ausfällt, während in der wässrigen Flüssigkeit Schwefelsäure nachweisbar ist. Das Loretin enthält 36,2% Jod und ist 1893 von Professor Schinzinger***) als Jodoformersatz in die Therapie eingeführt worden, hat jedoch bei den Chirurgen keinen Anklang gefunden. Auch die Salze des Loretins, die in Wasser leicht löslich sind, konnten sich nicht einbürgern. Ich nenne von denselben als damals zu ärztlichen Zwecken empfohlen das Natrium- und Wismutsalz.

Im Herbst 1904 tauchte das Loretin mit einem Male von neuem unter dem Namen Griserin wieder auf, und zwar anfangs als freie Säure, dann mit einem Zusatz von 6% $NaHCO_3$*). Das Griserin ist, wie Zernik†) im pharmazeutischen Institut der Universität Berlin unter Thoms nachwies, ein mechanisches Gemenge dieser beiden Körper. Eine 1906 von Geh. Sanit.-Rat Dr. Konrad Küster geschriebene Schrift äußert sich darüber folgendermaßen††):

„Angeregt durch vergleichende Tabellen, die an der Universität Freiburg ausgearbeitet waren und die ergaben, daß eine 2%ige Loretinlösung von bakterientötender Kraft einer 3%igen Karbollösung gleichwertig sei, entschloß sich Herr Rich. Griese in Berlin, an sich selbst festzustellen, ob das Loretin, innerlich genommen, giftfrei sei. Derselbe nahm bis zu 5 Gramm auf einmal und kam zu folgenden Ergebnissen:

Das Loretin ist für den menschlichen Organismus durchaus giftfrei. In Dosen von 3—5 Gramm hat es nach etwa 20 Minuten eine ziemlich heftig abführende Wirkung mit darauf kräftig sich steigerndem Hungergefühl. In etwa zwölf Stunden ist dasselbe im Harn nachweisbar. Für die Krankenbehandlung erscheinen Dosen von 0,2—0,3—0,5 als die geeignetsten.

---

*) Archiv der Pharmazie, Band 231, 1893, Seite 704—715.

*) Hagers Handbuch der pharmazeutischen Praxis, 2. Band, 1905.

**) Vortrag auf der Naturforscher-Versammlung zu Nürnberg 1893 (auch als Separatabdruck erschienen).

***) Real-Enzyklopädie der ges. Pharmazie, Bd. 8, 1907, Seite 325.

†) Apothekerzeitung, 1904, Nr. 92, S. 908.

††) Das Griserin und seine Widersacher. Berlin 1906, Hugo Steinitz Verlag, Seite 44 ff.

Da das Loretin rein genommen werden kann und 2%ige Lösungen schon bakterientötend sind, da sein Erscheinen im Urin nach zwölf Stunden beweist, daß es den Körper unzersetzt durchläuft, so lag die Annahme nahe, daß es auf diesem Wege die schädlichen Bazillen im Körper abzutöten imstande sei. Herr Rich. Griese veranlaßte daher zunächst schwindsüchtige Bekannte, die trotz sorgsamster ärztlicher Behandlung, trotz Aufenthalt in den Heilstätten ohne Besserung geblieben waren, das Mittel wochen- und monatelang zu nehmen. Nachdem bei diesen eine auffallende Besserung eingetreten, stellten sie sich wieder ihren Aerzten vor und ließen den Lungenbefund feststellen. Die Aerzte waren stets über die auffallende Besserung erstaunt. Eine Reihe solcher Feststellungen und andere ähnliche Erfolge bei Scharlach und Diphtherie veranlaßten Herrn Rich. Griese, diese Heilwirkungen in einer Broschüre: „Die absolute Heilung der Tuberkulose auf dem internen Desinfektionswege“ (Mediz. Verlag Max Richter, Berlin SO.) der Oeffentlichkeit zu übergeben. Weil von einem Laien stammend, blieb dieselbe, wie zu erwarten war, ohne jede Berücksichtigung. Nunmehr betrat Herr Rich. Griese den allein richtigen Weg: er suchte Aerzte für die Prüfung des Mittels zu gewinnen, das inzwischen durch Zusatz von Alkalien, ohne daß es den Charakter der Säure verlor, leichter löslich und für den inneren Gebrauch geeigneter gemacht und unter dem Namen Griserin geschützt worden war. Herr Rich. Griese klopfte vielfach vergeblich an. Herr Oberstabsarzt a. D. Dr. Mahner-Mons in Finneck bei Rastenberg i. Th., Herr Sanitätsrat und Hofarzt Dr. Dörschlag in Berlin und ich selbst (also Küster) waren dagegen sofort bereit, das Mittel zu prüfen. Das beigebrachte Material war ein so bedeutendes und überraschendes, daß wir es für ein Verbrechen gehalten hätten, diese Prüfung von der Hand zu weisen. Auch daß ein Laie diese Forschungen angestellt hatte, berechtigte nicht, wie es einige Professoren getan, ohne Prüfung die Sache als Schwindel zu bezeichnen. Der forschende Arzt soll alles prüfen, was zur Heilung der menschlichen Krankheiten und Gebrechen irgendwie beitragen kann, möge es kommen, woher es will.“

„Die Wirkung des Griserins ist eine sehr gleichmäßige und nie ausbleibende. Das Mittel wird ohne Widerwillen und leicht genommen. Bei einer Dosis von 0,5 stellt sich, besonders wenn es morgens nüchtern genommen wird, für gewöhnlich eine abführende Wirkung ein. die bei empfindlichen Personen sogar heftig werden kann, ohne daß aber eine auffallende Schwäche eintritt. Es ist daher ratsam, anfänglich mit kleineren Gaben zu beginnen. Eine Dosis von 0,3, morgens und abends gegeben, befördert meist den Stuhlgang in angenehmer Weise, während noch kleinere Dosen von 0,2 zuweilen eher Verstopfung herbeiführen. Dementsprechend sind die Gaben zu regeln. Der Appetit beginnt sehr bald rege zu werden. Abnorme Gärungen des Magens und des Darms werden in vorteilhaftester Weise beeinflußt Der Urin nimmt meist sehr bald eine schwach rötlich gelbe Färbung an. Ein Apotheker, der den Urin eines mit Griserin behandelten Kranken zu untersuchen hatte, erklärte. der Kranke müsse nach der Farbe des Urins leberkrank sein. Die Stuhlgänge sind schwach rotlich-gelb gefärbt. Das Griserin nimmt in alkalischen Flüssigkeiten, wie z. B. im Speichel, eine schwach rötliche Farbung an. Ein Kranker machte mich darauf aufmerksam, daß beim Abreiben seines Körpers am Morgen das Laken einen gelblichen Schimmer annehme. Es ist sicher. daß das Griserin nicht nur durch den Urin, sondern auch durch die Haut ausgeschieden wird. Letzterer Umstand ist sehr wichtig und wird uns später als Erklärung für die überraschende Wirkung bei einer Reihe Hautkrankheiten dienen. Unangenehme Nebenwirkungen sind bei normalen Präparaten bis auf die zuweilen heftigen Durchfälle, die aber leicht mit einer Gabe Tannalbin von 0,50—0,75, im Notfalle zusammen mit etwas Doverschen Pulver, beseitigt werden können. in keinerlei Weise vorhanden, so daß Griserin nach dieser Richtung hin geradezu als Idealmittel angesehen werden kann. was eben daher zu erklären, daß es vollständig giftfrei ist. Nach Feststellung dieser Eigenschaften konnten wir ohne Bedenken an die Behandlung Schwerkranker herantreten.“

Von Krankheiten, welche mit dem Mittel erfolgreich behandelt worden sind, nennt Küster vor allem die Schwindsucht in vorgerückten Stadien, allerdings nur, wenn gleichzeitig die übliche Heilstättenbehandlung hinzukommt. Die zweite Krankheit, bei der das Mittel versucht worden ist, ist der Krebs. Nach Küster wurden von mehreren Aerzten damit Fälle behandelt und günstig beeinflußt. Weiter will er überraschende Erfolge bei Diphtherie und Scharlach erzielt haben, sowie bei einer Reihe anderer Krankheiten, deren Aufzählung man im Original nachlesen mag. Unter diesen finden sich auch viele Fälle von Hautkrankheiten und zwar namentlich Ekzem, Psoriasis und Furunkulose. Als Gesamtresultat schließt Küster: „Es kann nicht zweifelhaft sein, daß wir im Griserin ein stark bazillentötendes Mittel besitzen, das ungiftig ist und bei seinen unzersetzten Ausscheidungen durch Darm, Nieren, Lungen, Schleimhäute die vielseitigsten günstigsten Wirkungen ausübt, sobald Bazillen die Ursache der Erkrankungen sind.“

Durch monatelanges, dauerndes Einwirken des Griserins auf Bakterien soll nach Küster ein allmähliches Abtöten der Bakterien im Körper zu erzielen sein.

Außer dem optimistischen Urteil von Küster möchte ich noch eine der vielen ungünstigen Kritiken über den Wert des Griserins als Heilmittel anführen. Sie stammt aus dem Allgemeinen Krankenhause St. Georg, Hamburg, von Direktor Dr. Th. Deneke*). Seine Versuche bezogen sich auf 13 Fälle von Lungentuberkulose. Durch die Beobachtungen an diesen Kranken kam Deneke zu dem Resultat, daß das angebliche innere Desinfektionsmittel Griserin bei den 13 Patienten, die das Mittel bis zu 45 Tagen gebrauchten, keinerlei erkennbare Wirkung auf den tuberkulösen Prozeß ausgeübt hat. Abgesehen von der ungünstigen Beeinflussung des Auswurfs war die einzige Wirkung des Griserins die eines Abführmittels, und zwar eines sehr unzuverlässigen.“ Lewin**) hat dann auf die einer inneren Desinfektion entgegenstehenden prinzipiellen Schwierigkeiten nochmals hingewiesen, und Petruschky***) hat an Tierexperimenten gezeigt, daß eine Verhütung des Milzbrandes bei Mäusen nicht gelingt, selbst wenn man den Tieren vor der Impfung Mengen von Griserin einspritzt, die der tödlichen Dosis nahekommen.

Die Wirkung des Griserins auf Reinkulturen von Bakterien ist ebenfalls von Prof. Dr. Petruschky in der hygienischen Untersuchungsanstalt der Stadt Danzig untersucht worden. Die Resultate Petruschkys***) sind folgende: Griserin wirkt

auf	wachstumhemmend	abtötend
Diphtherie-B.	1 : 10400	1 : 4000
Streptokokken	1 : 10400	1 : 4000
Milzbrand	1 : 10000—8000	—
Fäc. alkaligenes	1 : 10400	—
Pneumokokken	—	1 : 10400
Diplok. katarrh.	—	1 : 10400
Soor	1 : 10400	1 : 4000
Typhus	1 : 1000—800	stärkere Lösung als 1 : 800 ist nötig.

Petruschky prüfte auch die bakterienhemmende Wirkung des Loretins; das Griserin fand er 5mal so wirksam als das Loretin. Er verneint aber die Frage, ob durch Griserin eine innere Desinfektion des lebenden Körpers erreicht werden könne, während nach Küsters Beobachtungen eine solche stattfindet. Darauf gründet sich die Bezeichnung des Griserins als inneres Desinfektionsmittel. Infolge mancher unangenehmen Eigenschaften und besonders infolge ungeschickter Empfehlung geriet das Griserin stark in Mißkredit.

Von dem alten Griserin ist das heutige Griserin zu unterscheiden.

---

*) Ueber das angebliche „innere Desinfektionsmittel Griserin“. Münchener mediz. Wochenschrift, Nr. 3, 1905.

**) Lewin: D. med. Wochenschrift, 1904, Nr. 44, S. 1601.

***) Petruschky: Berl. klin. Wochenschrift, 1904, Nr. 50, S. 1296.

II. Das heutige Griserin.

Das Griserin, auf das sich die sämtlichen vorhergehenden Angaben beziehen, ist also eine Substanz, die zum größten Teile aus Loretin neben einigen Prozenten $NaHCO_3$ bestand.

Dies alte Loretin-haltige Griserin wird nach den Angaben der Griserin-Werke heute nicht mehr dargestellt.

An seiner Stelle wird von denselben Griserin-Werken jetzt unter dem gleichen Namen ein Produkt in den Handel gebracht, das kein Loretin enthalten soll, das leichter löslich sein soll als das frühere Griserin und leicht Jod abspalten soll. Das neue Präparat soll ein Produkt sein, das die unangenehmen Eigenschaften des alten Griserins nicht besitzt, wohl aber denselben Wert als Heilmittel haben soll wie das frühere Griserin. An das neue Griserin werden als Heilmittel auch von Herrn Griese nicht die übertriebenen Erwartungen geknüpft wie an das frühere Präparat, was sich schon darin ausspricht, daß von den Griserin-Werken selbst das Griserin nicht mehr als inneres Desinfektionsmittel bezeichnet wird, sondern nur behauptet wird, es töte gewisse pathogene Bakterien und sei dabei für den Organismus ebenso wie das frühere Griserin ungiftig. Ob diese Behauptungen auf Richtigkeit beruhen, soll im folgenden nachgewiesen werden.

I. Chemisches.

Die Darstellung des heutigen Griserins ist Geschäftsgeheimnis. Es ist wissenschaftlich nicht nachgewiesen, ob die zur Darstellung verwendete Jodoxychinolinsulfosäure wirklich ein Isomeres des Loretins ist oder ob bei deren Darstellung Loretin selbst entsteht. Die Fabrikanten nehmen heute jedenfalls keine Identität zwischen dem Loretin und der jetzt zum Griserin verwendeten Jodoxychinolinsulfosäure an. Nach ihren Angaben soll das Jod eine andere, unbekannte Stellung im Ringsystem der 8-Oxychinolin-5-sulfosäure haben; demnach wäre diese Säure keine in der 7-Stellung, sondern eine in 2-, 3-, 4- oder 6-Stellung jodierte. Das heutige Griserin soll 29% Jod enthalten. Eine sichere Entscheidung der Frage über die Konstitution der zur Griserindarstellung verwendeten Jodoxychinolinsulfosäure wird erst dann möglich sein, wenn man Einblick gewonnen hat in die bisher geheimgehaltene Darstellungsmethode derselben. Allerdings gibt auch ein Vergleich zwischen den Eigenschaften des heutigen Griserins und des Loretins einen Aufschluß, ob die beiden Substanzen identisch sein können oder nicht.

Das Griserin ist jetzt ein Gemisch der in Rede stehenden Jodoxychinolinsulfosäure mit 20% $NaHCO_3$. Das Natriumbikarbonat wird deshalb zugesetzt, um die Löslichkeit der freien Säure zu erhöhen. Die von Griese dargestellte freie Jodoxychinolinsulfosäure bildet schöne gelbe Kristalle und macht einen einheitlichen Eindruck; sie reagiert sauer.

Das als Griserin bezeichnete Präparat ist ebenfalls ein gelbes Produkt und ist im Gegensatz zu dem früheren hellgrauen amorphen Griserin ein kristallinisches Pulver. Es ist aber ebenso wie das frühere Griserin kein einheitlicher Körper, sondern ein mechanisches Gemenge von Säure-Kristallen mit Kristallen von $NaHCO_3$, wie ich mikroskopisch unzweifelhaft feststellte. Das heutige Griserin besitzt ebenso wie das frühere keinen festen Schmelzpunkt, ebenso auch nicht die verwendete reine Jodsubstanz und das reine Loretin. Für die freie Jodoxychinolinsulfosäure gibt Herr Griese den Schmelzpunkt 239° an. Für frisch dargestellte Substanz fand ich bei langsamem Erhitzen denselben Schmelzpunkt. Bei längerer Aufbewahrung scheint jedoch die Säure eine Veränderung zu erfahren. Denn mit älterem Präparat bekam ich ganz andere Zahlen: Bei 250° trat Zersetzung ein, zwischen 260° und 270° entwickelten sich Joddämpfe, bei 267° war der Schmelzpunkt erreicht. Der Schmelzpunkt der heute verwandten Jodoxychinolinsulfosäure und des Loretins liegt also um etwa 40° auseinander. Aus den verschiedenen Schmelzpunkten kann man schließen, daß in dem heutigen Griserin kein Loretin, sondern ein Isomeres enthalten ist.

Das heutige Griserin löst sich wie das frühere in H_2O und verd. Alkohol mit gelber bis gelbroter Farbe. Es ist unlöslich in Alkohol absolutus, desgl. in Aether und in Chloroform. Beim Erhitzen mit konz. H_2SO_4 erhält man eine rote Lösung; dabei entweichen Joddämpfe. Das Verhalten gegen verdünnte Säuren und Alkalien ist das gleiche, wie für das alte Griserin angegeben ist. Beim schwachen Erwärmen mit konz. Salpetersäure verhält sich die verwendete Jodoxychinolinsulfosäure entsprechend dem Loretin. Zuerst färbt sich die Flüssigkeit rot, dann entweichen Joddämpfe, schließlich scheidet sich das ganze Jod in kristallinischer Form aus. Nach der Entfernung des Jods schied sich beim Eingießen der Flüssigkeit in H_2O ein gelbrotes Pulver ab; dies wurde abfiltriert und getrocknet; sein Schmelzpunkt stimmte mit dem des bei der gleichen Behandlungsweise aus dem Loretin entstehenden 5-7-Dinitro-8-oxychinolins nicht überein; er war bei 240°; in dem Filtrat konnte mit $BaCl_2$ Schwefelsäure nachgewiesen werden. Hieraus ergibt sich, daß die beiden Säuren wohl nicht identisch sein werden. Das Löslichkeitsverhältnis des früheren Präparates soll 1 : 500, das des jetzigen 1 : 10 in siedendem H_2O sein; nach dem Erkalten kristallisiert es teilweise wieder aus. Ich fand es löslich etwa 1 : 20 in kaltem H_2O und benutzte für meine Versuche diese 5%ige oder eine 1%ige wässrige Lösung des Griserins; die in ihm enthaltene freie Säure ist viel weniger löslich, sicher nicht über 1 : 200.

Die für das Loretin angegebenen Reaktionen mit Eisenchlorid, Silbernitrat und Bleiazetat gelten auch für das Griserin. Die empfindlichste Reaktion ist die mit Eisenchlorid; es gibt eine intensiv grüne Färbung, die bei genügender Konzentration ein Absorptionsspektrum zeigt; dies ist allerdings wenig charakteristisch, da nur das Ende des Violett und des Rot ausgelöscht sind. Silbernitrat und Bleiazetat geben gelblichen Niederschlag, der mit Silbernitrat wird allmählich dunkler. Außerdem machte ich mit dem Griserin folgende Reaktionen: Mit $CuSO_4$ bekam ich einen grünen Niederschlag, Millonsches Reagens gab gelben Niederschlag, der dunkler wird. Beim Erhitzen mit Bromwasser wird Jod frei; ein Stärkepapier wird gebläut. Beim Erhitzen der trocknen Substanz für sich entweicht ebenfalls Jod. Aus der Jodabspaltung nach Zusatz von Bromwasser, von konz. H_2SO_4, von konz. HNO_3 oder beim Erwärmen der Substanz für sich darf natürlich nicht geschlossen werden, daß das Griserin auch im Organismus leicht Jod abspaltet.

2. Physiologisch-Chemisches.

Für das frühere Griserin gibt Küster an, daß es nach innerlichem Einnehmen unzersetzt ausgeschieden wird. Für das jetzige Griserin habe ich die Ausscheidung nur durch die Niere geprüft. Ich konnte diese bei jedem Versuche bestätigen und zwar sowohl für Frösche als für Warmblüter. Die Ausscheidung erfolgt sehr rasch. Der Harn kann so reich daran sein, daß jeder Tropfen mit Eisenchlorid die Grünfärbung gibt. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß der Löwenanteil des Mittels auf diesem Wege den Körper verläßt, wenigstens falls dasselbe unter die Haut eingespritzt worden war. Die Ausscheidung geht sehr rasch zu Ende; denn ich konnte 20 Stunden nach Einspritzung einer sehr bedeutenden Menge in dem geschlachteten Kaninchen weder im Blut, noch in der Leber, noch in der Niere, noch im Darmkanal etwas vom Mittel nachweisen, während ich beim Frosch im Darmlumen auf der Höhe der Ausscheidung das Mittel nach subkutaner Einspritzung fand. Eine Verankerung des Griserins im Sinne Ehrlichs findet also im Organismus nicht statt; man kann schon daraus schließen, daß eine Hauptwirkung sich nur auf die Applikationsstelle und die Ausscheidungsorgane erstrecken wird. In keinem der Versuche gelang es mir, abgespaltenes Jod nachzuweisen, und zwar weder im Harn noch in den Organen der oben genannten, mit großen Dosen behandelten Tiere. Da das Griserin eine im Kern jodierte aromatische Substanz ist, durfte nach einer Regel über die antiseptische Wirkung organischer Jodverbindungen durch die Sekrete des tierischen Organismus gar kein Jod abgespalten werden. Diese Regel*) lautet: Aliphatische Jodverbindungen sowie aromatische mit Jod in der Seitenkette können vermöge ihres Jodgehaltes bakterizid wirken, da aus ihnen durch die alkalischen Sekrete Jod abgespalten werden kann. Dies ist aber nicht der Fall für aromatische Verbindungen, die im Kern jodiert sind, das Jod also fest gebunden enthalten. Diese verdanken ihre antiseptische Eigenschaft nicht dem Jod, sondern ihrer Konstitution.

---

*) Vergl.: Johann Feigl, Beiträge zur Kenntnis der sekretionsbefördernden Wirkung des Jods. Biochemische Zeitschrift, Bd. 8, S. 167. 1908

3. Bakteriologisches.

Nach dieser Regel muß man also annehmen, daß das Griserin, falls es antiseptisch wirkt, die antiseptische Wirkung seiner Konstitution und nicht abgespaltenem Jod verdankt. Eine Methode, die erlaubt, nach Feststellung der antiseptischen Wirkung auch auf Jodabspaltung zu prüfen, ist die aus unserem Laboratorium stammende Milch-Schwefelmethode[*]. Diese diente wiederholt zum Vergleiche der antiseptischen Wirkung von chemischen Substanzen. Sie gründet sich auf folgende Tatsache:

Wie manche anderen Bakterien sind auch die sogenannten normalen Milchbakterien, die sich in jeder käuflichen Milch finden, imstande, fein verteilten, der Milch zugesetzten Schwefel in Schwefelwasserstoff umzuwandeln, der mittels Bleipapier nachweisbar ist. Durch Zusatz eines Antiseptikums wird die Schwefelwasserstoffbildung gehemmt, weil dadurch die Ausübung dieser Funktion der Bakterien gleich Null wird. Bei Zusatz der genügenden Menge des Antiseptikums können die Bakterien auch abgetötet werden. Das Pb-papier wird in diesen beiden Fällen dann nicht geschwärzt. Benutzt man nun immer dieselbe Menge Milch, etwa 10 ccm, und setzt dazu immer die gleiche Menge Schwefel, etwa 0,2—0,3 g, so sind von den einzelnen Antiseptizis bei der gleichen Temperatur je nach der Stärke ihrer Wirkung verschiedene Mengen oder Tropfen nötig, um die Bakterien in ihrer Funktion gerade auf etwa 24 Stunden zu hemmen, d. h. die H_2S-bildung zu verhindern. Aus der Menge der Milch und des Antiseptikums ergibt sich dann dessen Konzentration. Beim Sublimat z. B. ergibt sich so eine hemmende Wirkung auf die Bakterien bei einer Verdünnung noch von 1 : 20000, beim Senföl 1 : 2300, beim Menthol 1 : 220. So bestimmte ich für das Griserin das Verhältnis 1 : 600.

Die Versuchsanordnung war wie immer bei dieser Methode die folgende:

Reagensgläser mit je 10 ccm frischer Kuhmilch und einer Messerspitze voll Sulfur praezipitatum wurden mit steigenden Mengen der 1%igen wässerigen Griserinlösung versetzt, nämlich mit je 1, 2, 4, 8, 16 Tropfen oder mit 1 oder 2 ccm. In die Oeffnung der Reagensgläser wurde mittels Wattepfropfens ein Bleizuckerpapier geklemmt. Dann wurden sämtliche Gläser in ein Wasserbad von 36—40° C gestellt und sich überlassen. Nach 24 Stunden ergab sich, daß nur das Bleipapier in dem Glase mit 2 ccm der Griserinlösung nicht geschwärzt war. In allen anderen Gläsern, sowie in einem Kontrollglase ohne Griserinlösung hatte der entwickelte H_2S das Bleipapier geschwärzt durch Bildung von PbS. Durch Umrechnung ergab sich für das Griserin eine bakterienhemmende Wirkung bei einer Verdünnung von 1 : 600.

Nach 24 Stunden wurden dann die sämtlichen Gläschen mit etwas verdünnter Essigsäure versetzt und bis zur vollständigen Koagulation des Eiweißes erhitzt. Im Filtrat war mittels Stärke kein abgespaltenes Jod nachweisbar. Die Reaktion war bei Zusatz von 2 ccm nach 24 Stunden neutral, bis 1 Tropfen abwärts nahm die saure Reaktion (durch Milchsäurebildung) immer mehr zu. Die Gerinnung der Milch war nach 24 Stunden bei Zusatz von 1 Tropfen nur etwas, bei 2 ccm vollkommen eingetreten.

Die Wirkung des heutigen Griserins auf Reinkulturen von Bakterien ist ebenfalls schon untersucht worden, und zwar von Dr. Aufrecht, Berlin[**], und von Dr. Hueck, Charlottenburg[**]). Aufrecht stellte seine Versuche in folgender Weise an:

„Als Testobjekte dienten folgende Reinkulturen: 1. Streptokokkus pyogenes, 2. Staphylokokkus aureus, 3. Diphtheriebazillen, 4. Tuberkelbazillen. Das Anlegen der Kulturen wurde stets in Petrischalen vorgenommen, welche vor jedesmaligem Gebrauch bei 130° C sterilisiert worden waren. Die Aufschwemmungen wurden in der Weise bereitet, daß die ganze Oberflächenkultur mittels eines Platinspatels abgeschabt und mit Bouillon zu einer gleichmäßigen Suspension innig verrührt wurde. Die auf diese Weise hergestellten Aufschwemmungen wurden behufs Beseitigung gröberer Partikelchen durch steriles Filterpapier filtriert. Von diesen Aufschwemmungen wurden je 5 ccm in sterile Reagensgläser abgefüllt und dazu die gleiche Menge der auf eine bestimmte Konzentration gebrachten Lösungen der betreffenden Präparate abgegossen. In bestimmten Zwischenräumen wurde den Flüssigkeiten ein Tropfen entnommen, in verflüssigte Nährgelatine bezw. Nähragar gebracht und durch längeres Schütteln gleichmäßig verteilt, worauf die desinfizierten Nährmedien in Petrischalen gegossen wurden. An dem Sterilbleiben der Platten bezw. an den ausgewachsenen Bakterienkolonien wurde festgestellt, ob die Bakterien noch lebensfähig oder abgetötet waren.“ Das Ergebnis der Versuche steht in nachfolgender Tabelle: Aufrecht hatte 2 Präparate erhalten: Griserin β und Präparat α. Das Griserin β ist zum innerlichen, das Griserin α zum äußerlichen Gebrauche bestimmt.

Griserin β.

		Konzentration des Griserins β			
		1:1000	1:500	1:100	3:100
Streptokokkus pyog.	hemmend	—	nach 30 Min.	nach 20 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	—	—	nach 20 Min.
Staphylokokkus aureus	hemmend	—	nach 30 Min.	nach 20 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	—	—	nach 20 Min.
Diphtherie-Bazillen	hemmend	nach 10 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	nach 20 Min.	nach 10 Min.	nach 1 Min.
Tuberkel-Bazillen	hemmend	nach 10 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	nach 5 Min.	nach 5 Min.	nach 3 Min.

Präparat α.

		Konzentration des Präparates α.			
		1:1000	1:500	1:100	3:100
Streptokokkus pyog.	hemmend	—	nach 30 Min.	nach 15 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	—	—	nach 20 Min.
Staphylokokkus aureus	hemmend	—	nach 30 Min.	nach 10 Min.	nach 1 Min.
	abtötend	—	—	—	nach 15 Min.
Diphtherie-Bazillen	hemmend	nach 5 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.	—
	abtötend	—	nach 15 Min.	nach 5 Min.	nach 1 Min.
Tuberkel-Bazillen	hemmend	nach 5 Min.	nach 1 Min.	nach 1 Min.	—
	abtötend	—	nach 10 Min.	nach 3 Min.	nach 1 Min.

Aus der Untersuchung Aufrechts ergibt sich, daß das mit α bezeichnete Präparat Diphtheriebazillen in 0,5% Lösung nach 15 Minuten, Tuberkelbazillen nach 10 Minuten langer Einwirkung abtötet. Das mit β bezeichnete Griserin übt bei gleicher Konzentration die gleiche Wirkung erst nach 20 bezw. 15 Minuten aus, ist somit etwas schwächer wie das mit A bezeichnete Präparat; in 1% Lösung von Präparat α

---

[*] Brüning, Ueber das Verhalten des Schwefels zu Milch (und Milchpräparaten) sowie zur Schleimhaut des Magendarmkanales. Zeitschr. für experiment. Pathologie und Therapie. 3. Band. 1906.

[**] Briefliche Mitteilung.

werden Diphtherie-Bazillen nach 5, Tuberkelbazillen bereits nach 3 Minuten sicher abgetötet, während das mit Griserin β bezeichnete Präparat erst nach 10 Minuten bezw. 5 Minuten dieselbe Wirkung äußert. Die als äußerst widerstandsfähig bekannten Eiterkokken (Streptokokken und Staphylokokken) werden erst in stärkerer Konzentration vernichtet, und zwar verhalten sich die beiden Präparate gegenüber Reinkulturen von Streptokokken vollkommen gleich, während sich den Staphylokokken gegenüber wiederum das mit α bezeichnete Präparat ein wenig wirksamer zeigt.

Dr. Hueck, Charlottenburg, stellte auf Veranlassung von Prof. Kobert mit dem heutigen Griserin ebenfalls Versuche mit Reinkulturen an.

Hueck stellte drei etwas modifizierte Versuchsreihen an.

I. Es wurden abgemessene Mengen einer Griserin-Lösung zu einer bestimmten Anzahl ccm Bouillon gesetzt, so daß die bestimmten Verdünnungen entstanden. Diese Reagensgläser wurden $^1/_2$ Stunde durch Erhitzen auf 100° sterilisiert, sodann mit einer Oese einer 24stündigen Agar-Kultur von Typhus, Paratyphus B, Coli, Staphylokokken geimpft. Die Röhrchen kamen sodann in den Brutschrank, nach drei bis vier Stunden wurde aus jedem Röhrchen eine Normalöse Bouillon entnommen und auf einer Agarplatte ausgestrichen. Dasselbe geschah nach 24 Stunden. Die Agarplatten kamen ebenfalls 24 Stunden in den Brutschrank, dann wurde die Keimzahl bestimmt. — Die Einwirkung auf Diphtheriebazillen wurde in der Weise angestellt, daß abgemessene Mengen der gleichen Griserin-Lösungen mit bestimmten Mengen von Hammelblutserum versetzt wurden und dieses dann bei 70° erstarrte. Diese Platten wurden mit einer Reinkultur von Diphtheriebazillen bestrichen; nach drei bis vier Stunden und nach 24 Stunden wurde das Wachstum beobachtet.

	Versuchs-anordnung	Beob.-Zeit	1 : 100	1 : 200	1 : 300	Kontrolle ohne Griserin
Typhus. (Stamm „I" — seit 14 Tagen aus einer Typhus-Leiche gezüchtet).	I	nach 3 Std.	c 1600 Keime	c 5000 Keime	übersät	übersät
		nach 24 Std.	—			
	II	nach 3 Std.	c 5000 Keime	übersät		
		nach 24 Std.	50 Keime			
Paratyphus B. Stamm „G. K." — im September 1907 aus Paratyphus B. Blut gezüchtet. Bakt. Coli.	I	nach 3 Std.	c 3000 Keime	übersät	übersät	
		nach 24 Std.	c 150 Keime	5—6000 K.		
	II	nach 3 Std.	5000 Keime	übersät		
		nach 24 Std.	100			
Staphylokokken. Stamm „B. t". — sehr empfindlicher Stamm.	I	nach 3 Std.	2 Keime	65 Keime	übersät	
		nach 24 Std.	—	280 Keime		
	II	nach 3 Std.	—	140		
		nach 24 Std.	—	15		
	III	nach 3 Std.	560	c 600		
		nach 24 Std.	4	50		
Diphtherie. Stamm „Gc" — frisch gezüchtet, sehr empfindlich.	I	nach 3 Std.	—	geringes Wachst.	übersät	
		nach 24 Std	—			
	II	nach 3 Std.	—	Wachst. gering		
		nach 24 Std.	—			

II unterscheidet sich dadurch von I, daß von vornherein nur mit sterilen Lösungen gearbeitet wurde (nur beim Abwägen des Griserins mußte auf völlige Sterilität verzichtet werden; die Kulturen bewiesen aber, daß keine Keime künstlich eingeschleppt waren); das Griserin wurde also in dieser Versuchsreihe nicht erhitzt. Im übrigen war die Anordnung genau dieselbe wie bei I.

III. Mit dem sehr empfindlichen Staphylokokken-Stamm wurde der Versuch dann noch in der Weise modifiziert, daß 24stündige Bouillonkulturen dieses Stammes mit den Griserin-Verdünnungen versetzt und dann nach drei und 24 Stunden Ausstriche auf Agar vorgenommen wurden.

Die Ergebnisse der Hueckschen Versuche stehen in obiger Tabelle. Das Resultat der Versuchsreihe von Aufrecht wie von Hueck spricht zugunsten des Griserins. Ein Vergleich der beiden Versuchsreihen kann infolge nicht übereinstimmender Anordnung nicht streng gezogen werden. Immerhin ergibt sich eine annähernde Gleichheit für die von beiden Herren untersuchten Diphtheriebazillen und Staphylokokken, wie folgende Tabelle zeigt.

Die bakteriologische Untersuchung des heutigen Griserins ergibt, daß es nicht die starke bakterienhemmende Wirkung besitzt, wie Petruschky für das alte Griserin gefunden hat. Eine gewisse Bakterienwirkung kommt dem heutigen Griserin indessen unzweifelhaft zu. Auf Grund der gefundenen Intensität der Wirkung des Griserins muß betont werden, daß die Griserin-Werke nicht berechtigt sind, für das heutige Griserin dieselben Wirkungszahlen anzugeben wie für das früher von ihnen gelieferte Präparat. Da die Bakterienwirkung des Griserins stärker ist als z. B. des Menthols, da das Griserin außerdem geschmacklos ist, ließe es sich z. B. statt des Menthols zu Zahnpulvern und Zahnseifen verwenden. Wie weit die Bakterienwirkung bei Krankheiten verwertbar ist, vermag ich natürlich nicht zu sagen, vielmehr muß dies durch Versuche am Krankenbett festgestellt werden.

	Aufrecht	Hueck
Diphtherie-Bazillen	hemmend 1 : 1000 nach 10 Min. **1 : 200** nach 1 Min abtötend 1 : 200 nach 20 Min. 1 : 100 nach 10 Min.	hemmend **1 : 200** nach 3 u. 24 Stunden abtötend 1 : 100 nach 3 u. 24 Stunden
Staphylokokken	hemmend **1 : 200** nach 30 Min. 1 : 100 nach 20 Min. abtötend 3 : 100 nach 20 Min.	hemmend **1 : 200** nach 3 u. 24 Stunden abtötend 1 : 100 nach 24 Stunden.

4. Physiologisches.

Küster hat für das frühere Griserin in seinem Buche mehrfach angegeben, daß es so gut wie keine toxischen Wirkungen bedingt. Festzustellen, ob diese Angabe auch für das heutige Griserin gilt, ist für die Verwertung desselben am Krankenbett von erheblicher Wichtigkeit. Meine Versuche ergaben, daß Frösche und Kaninchen Dosen von 0,3 g pro Kilo selbst bei Einspritzung unter die Haut vertrugen, ohne zu erkranken. Man kann daraus berechnen, daß ein erwachsener Mensch mehrere Gramm, sogar unter die Haut gespritzt, vertragen würde. Die von Küster für das frühere Griserin vorgeschlagenen Dosen sind viel kleiner; sie betragen nur 0,2 bis 0,5 g für den innerlichen Gebrauch. Man kann diese Zahlen auch für das heutige Griserin unter allen Umständen als auch für schwache Kranke ungefährlich bezeichnen.

III. Ergebnisse.

1. Man hat zu unterscheiden zwischen dem früheren, Loretin-haltigen Griserin und dem heutigen Griserin.

2. Im heutigen Griserin ist eine jodierte 8-oxy-chinolin-5-sulfosäure enthalten. Die Stellung des Jods im Ring ist unbekannt; die Frage über die Identität dieser Säure mit dem Loretin ist nicht entschieden. Um die Löslichkeit der freien Säure zu erhöhen, enthält das heutige Griserin 20% $NaHCO_3$ mechanisch beigemischt.

3. Die grüne Reaktion mit $FeCl_3$ ist die empfindlichste; man kann die Jod-8-oxychinolin-5-sulfosäuren als empfindliches Reagens auf Ferriionen benutzen.

4. Das Mittel besitzt gewisse bakterienhemmende Eigenschaften.

5. Da eine viel stärkere bakterienhemmende Wirkung durch Griserin als durch Menthol von uns nachgewiesen worden ist, ist die Möglichkeit vorhanden, daß das Mittel im Organismus antiseptisch wirkt. Da es geschmacklos ist, könnte es z. B. zu Zahnpulvern und Zahnseifen statt des Menthols benutzt werden. Da wir weiter nachgewiesen haben, daß eine Verankerung im Organismus nicht stattfindet, wird eine antiseptische Wirkung am ehesten an den Applikationsstellen und an der Hauptausscheidungsstelle, d. h. in der Niere und in den Harnwegen eintreten können.

6. Eine Abspaltung von Jod durch die Sekrete des tierischen Organismus ist von mir nicht nachgewiesen worden. Das Griserin verdankt also seine bakterienhemmende Eigenschaft wahrscheinlich nicht dem Jod, sondern seiner Konstitution.

7. Die von Küster für das frühere Griserin bei innerlicher Darreichung angegebenen Dosen von 0,2 bis 0,5 g gelten auch für das heutige Griserin; sie sind sicher ungiftige.

8. Das frühere Griserin war infolge zu hoch gesetzter Erwartungen und daran geknüpfter ungeschickter Empfehlung stark in Mißkredit geraten. Da das heutige Griserin ein anderes Mittel ist als dies alte, glaubten wir verpflichtet zu sein, es zu prüfen und auf das neue Präparat Griserin hinzuweisen. Mögen diese Zeilen zu weiteren wissenschaftlichen Arbeiten und zu umfassenden klinischen Untersuchungen anregen, damit endlich entschieden wird, ob das Griserin ein brauchbares Heilmittel ist oder nicht!

Ueber die Behandlung der Syphilis.

Erfahrungen und Ansichten eines Praktikers.

Von **Axel Winckler**, Dr. med. et phil., Sanitätsrat, Kgl. dirigierendem Brunnenarzt am Bade Nenndorf.

(Schluß.)

Das Jod, erst 1812 entdeckt, ist um 1830 von einem Dubliner Arzte namens Wallace in die Syphilistherapie eingeführt worden. Wallace gab eine Mixtura Hydrojodatis Potassae, eine Lösung von 8 g Jodkalium in 250 g Wasser, wovon Erwachsene viermal täglich einen Eßlöffel voll nehmen mußten, also ungefähr 2 g pro die. Trousseau stellte im Jahre 1835 Versuche damit an, aber erst Ricord fand Spezial-Indikationen dieses Mittels; er lehrte, daß es weniger im sekundären, mehr im tertiären Stadium der Krankheit, beim Gumma, bei Periostitis, Karies, Exostosen, nächtlichen Knochenschmerzen nützlich sei. Er gab höhere Dosen als Wallace, begann zwar mit 1 g, stieg aber bis 4 g Jodkalium pro die.

Leider ist das Jod nebst seinen Verbindungen kein eigentliches Heilmittel der Syphilis, kann daher das Quecksilber nicht ersetzen. Es leistet als Hülfsmittel neben dem Quecksilber oder nach dem Quecksilber gebraucht ausgezeichnete Dienste sowohl bei sekundären als auch namentlich bei tertiären Fällen, aber allein gebraucht wirkt es nur symptomatisch. Es unterdrückt und verwischt die Symptome der Krankheit auf einige Zeit, ist aber an und für sich außer Stande, eine Heilung zu bewirken. Die Einführung der Jodpräparate hat die bedauerliche Folge gehabt, daß quecksilberscheue Patienten die Rezidive ihrer Syphilis jahrelang nur damit behandeln lassen, bis die Krankheit unheilbar geworden ist.

Kombiniert mit der Schmierkur leistet das Jod immense Dienste. Diese Erkenntnis hat dazu geführt, da nun einmal die Schmierkur als unbequem gilt, chemische Verbindungen von Jod und Quecksilber innerlich zu geben. Man gibt das Quecksilberjodür (HgJ, Hydrargyrum jodatum flavum) und das Quecksilberjodid (HgJ_2, Hydrargyrum bijodatum rubrum). Jenes ist in den Ricordschen, dieses in den Magendieschen Pillen enthalten. Modernere Rezeptformeln habe ich in meinem „Therapeutischen Lexikon“ gegeben (Leipzig 1884, Verlag von F. C. W. Vogel, Seite 301). Ich bin aber kein Freund dieser Jodquecksilbermittel, obgleich sie z. B. in Frankreich sehr gebräuchlich sind. Meines Erachtens ist diese Medikation bei weitem nicht so wirksam wie eine Kombination der Schmierkur mit dem gleichzeitigen innerlichen Gebrauch von Jodkalium oder Jodnatrium.

Die neueste pathologische Theorie, der ich einstweilen noch etwas skeptisch gegenüberstehe, kann die eminente Wirksamkeit der mit Jod kombinierten Quecksilberkuren erklären. Nach dieser Theorie sterben im Verlaufe der Krankheit deren Erreger, die Spirochäten, sukzessive ab, wobei die an ihren Leibern haftenden Gifte, die sogenannten Syphilisendotoxine, frei werden und die Hyperämie, Rundzelleninfiltration, Gewebshypertrophie und Gewebsneubildung erzeugen. Man nimmt nun an, daß das Jod die entzündlichen Produkte der Syphilis und die Syphilisgifte zur Resorption und die Gifte zur Ausscheidung bringe. Mit der Vermehrung der Spirochäten gehe aber ein Zerfall einher, und es entstehen immer neue Endotoxine; deren Resorption allein nütze daher nichts, sondern es müssen auch die Spirochäten, wogegen Jod allein machtlos ist, abgetötet werden, und dies geschehe durch Quecksilber. Deshalb müssen Jod und Quecksilber gleichzeitig gebraucht werden. (Vergl. Münchener med. Wochenschr. 1907, Nr. 13, Seite 603.) Theorie und Praxis stimmen also trefflich überein.

Am wirksamsten fand ich die dreifach kombinierten Kuren, das heißt Schmierkur, Jodkur und Schwefelkur gleichzeitig angewendet, wobei man aber dafür sorgen muß, daß das Schwefelwasser nicht gleichzeitig mit der Jodmixtur in den Magen komme. Durch solche dreifache Kur habe ich überaus schwere tertiäre Fälle geheilt, unter anderen ein Gumma des Fersenbeins einer alten Russin, einen Fall, den v. Bergmann schon zur Operation bestimmt hatte.

Von Jodpräparaten wende ich nur das Jodnatrium an, sowohl zu kombinierten Kuren als auch zu Nachkuren. Ich verordne: Rp. Natrii jodati 10,0, Aq. destill. 150,0, Aq. Laurocerasi 1,0. M. D. S. 3 mal tägl. 1 bis 2 Teelöffel voll in ½ Glas Milch oder Wasser 1 Stunde vor dem Essen zu nehmen. Das bißchen Kirschlorbeerwasser ist ein gutes Geschmackskorrigens. Ist Jodismus zu befürchten, so gibt man die Medizin nur nach dem Essen, wodurch die Wirkung freilich geschwächt wird. Bei schwerer tertiärer Syphilis gibt man dreimal täglich einen ganzen Eßlöffel voll. Man kann das Jodnatrium auch in Pillen mit Extr. Gentianae und Pulv. Rad. Gentianae verordnen, doch wird die Mixtur besser resorbiert. Tritt Jodschnupfen, übermäßige Akne oder heftiger Kopfschmerz ein, so läßt man das Mittel aussetzen. Zu Nachkuren gibt man die Mixtur auf fünf Monate, aber in jedem Monat nur zehn Tage lang in steigenden Gaben, beispielsweise vom ersten bis vierten Tage des Monats dreimal täglich einen Teelöffel voll, dann bis zum siebenten jedesmal einen halben Eßlöffel und sodann bis zum zehnten des Monats dreimal täglich einen Eßlöffel voll; hierauf pausiert man drei Wochen lang und beginnt am ersten Tage des nächsten Monats die Medikation von neuem. Während dieser fünf Monate umfassenden Nachkur sollte der Patient behufs Anregung des Stoffwechsels zweimal wöchentlich ein gewöhnliches warmes Wannenbad und zweimal monatlich ein zwanzig Minuten dauerndes Kastendampfbad von höchstens 44 Grad C. nehmen. Bei der angegebenen Art, das Jodnatrium zu reichen, entsteht keine Gewöhnung an das Mittel; nach jeder Unterbrechung entfaltet es immer wieder seine volle Kraft. Ich habe diese probate Methode von meinem alten Lehrer v. Rinecker übernommen und die Wahl des Jodmittels von meinem Freunde Höfler in Tölz. Jodkalium schmeckt schlechter als Jodnatrium und macht leichter Jodschnupfen, Jodipin wird bald ranzig, Jodalbacid enthält sehr wenig Jod, und Sajodin und Jodglidine entfalten wenig Jodwirkung. Die chemischen Fabriken bringen immer neue Jodmittel auf den Markt, deren niemand bedarf, da das Jodnatrium seine Aufgabe in jeder Hinsicht erfüllt. Wer durchaus Abwechslung haben will, ersetze dieses Jodsalz durch die offizinelle Jodtinktur, in maximalen Dosen in Zuckerwasser zu nehmen. Dieses Mittel fand ich oft wirksam.

Soviel über die Allgemeinbehandlung der Syphilis mit Quecksilber und Jod. Von den Ersatzmitteln, beziehungsweise von den Kuren ohne Quecksilber wird später die Rede sein. Zunächst will ich die Behandlung der örtlichen Krankheitserscheinungen kurz besprechen.

Die beste Behandlung des Primäraffekts habe ich schon angegeben. Breite Kondylome bepinsele man zweimal täglich mit Kochsalzlösung (1:4) und streue dann Kalomel darauf; darüber wird eine dünne Schicht Watte gelegt. Sekundäre Ulzerationen verbinde ich mit Watte, die mit Kampferwein getränkt ist, dem zehn Prozent Opiumtinktur zugesetzt sind, oder bestreue sie mit Kalium sozojodolikum. Gegen Ulzerationen am After nützen Jodoformsuppositorien. Angina und Rachengeschwüre kann man mit schwacher Sublimatlösung pinseln, der etwas Glyzerin zugesetzt ist. Papeln im Munde werden mit adstringierenden Mundwässern behandelt. Erosionen der Wangenschleimhaut und der Zunge werden von Zeit zu Zeit sanft mit Höllenstein betupft und gleich darauf mit Jodtinktur bepinselt; dieses Verfahren ist auch gegen Plaques im Munde wirksam. Gummata kann man mit Jodtinktur bepinseln, exulzerierte Gummaknoten mit Jodlösungen verbinden. Infiltrate, Knoten, Onychien und Orchitis syphilitika behandelt man zweckmäßig mit Quecksilberpflaster, dem Seifenpflastermasse zugesetzt werden kann. Dolores osteokopi werden durch Einreibungen mit grauer Salbe und durch warme Bäder gelindert; ebenso kann man bei Periostitis verfahren und auch Narkotika anwenden. Wuchernde Papeln ätzt man mit einer spirituösen Sublimatlösung. Rhagaden am After kann man mit Jodoformsalbe oder mit Zinksalbe verbinden. Bei Ozäna läßt man desinfizierende Spülungen vornehmen. Bei spezifischer Iritis sind rechtzeitige Atropineinträufelungen vonnöten.

Rezeptformeln zu diesen verschiedenen Arten örtlicher Behandlung der Symptome findet man in meinem schon erwähnten therapeutischen Lexikon ausführlich angegeben. Ich mache jedoch darauf aufmerksam, daß es ratsam ist, die örtliche Therapie möglichst einzuschränken und desto energischer mit der Allgemeintherapie, also mit der Schmierkur und gleichzeitigem Jodgebrauch, vorzugehen, wodurch die örtlichen Eingriffe meistens rasch überflüssig werden. Eine Vielgeschäftigkeit, die jedes Symptom der Syphilis unverzüglich lokal behandeln möchte, ist vom Uebel. Denn durch bloße Unterdrückung der Symptome verliert man den Maßstab für die Intensität der Krankheit und für die Wirksamkeit der Allgemeinbehandlung. Ungeduldige Patienten verlangen freilich, daß man die Erscheinungen der Krankheit sogleich beseitige; sie mögen nicht warten, bis infolge der Allgemeinbehandlung die Symptome mit der Krankheit verschwinden. Tut man aber nach ihrem Willen, so läuft man Gefahr, daß die von den Krankheitserscheinungen befreiten Patienten die eigentliche Kur nicht mehr mit der nötigen Ausdauer zu Ende führen. Uebrigens leistet die Lokaltherapie an und für sich wenig, ja manchmal wird eine örtliche Affektion durch den wiederholten Reiz des Eingreifens noch verschlimmert! Ein Schauspieler, der Bad Nenndorf aufsuchte, nachdem er wegen syphilitischer Zungengeschwüre jahrelang in Amerika von vielen Aerzten mit Aetzungen, Brennen, Mundwässern, Pinselungen, kurz mit allen erdenklichen örtlichen Mitteln erfolglos behandelt worden war, genas unter meiner Behandlung in Nenndorf durch eine einzige energische kombinierte Allgemeinkur binnen 4 Wochen, wobei ich zum Erstaunen des Kranken die Zunge völlig in Ruhe ließ.

Gegen die Syphilis der Neugeborenen — sowohl gegen die kongenitale als auch gegen die kurz nach der Geburt auftretende — verordne ich 20 g van Swietenschen Liquor mit 50 g Mixtura gummosa verdünnt, hiervon täglich einen Teelöffel voll, vier Wochen lang, und außerdem Sublimatbäder: je 1 g Sublimat in 40 g Spiritus aufgelöst als Zusatz zu einem Kinderbade, in einer Holzwanne. Die zarte Haut des Kindes resorbiert reichlich aus der Badeflüssigkeit, das Bad ist deshalb nur zweimal wöchentlich zu geben und darf jedesmal nur zehn Minuten dauern. Vorsicht ist nötig, daß nichts von dem Badewasser in die Augen des Kindes komme. Aeltere Kinder können allenfalls Einreibungen mit grauer Salbe bekommen, die mit Fett oder Oel verdünnt ist, aber eine innerliche Kur mit van Swietenschem Liquor ist vorzuziehen.

Ob die schweren Nachkrankheiten der Syphilis mit Quecksilber und Jod zu behandeln seien, ist fraglich. Wenigstens Arteriosklerose und Dementia paralytika sind keine geeigneten Objekte für solche Therapie. Anders die Rückenmarksdarre. Da uns jetzt viele Tabiker zwecks Behandlung mit der kombinierten Kur oder einfachen Schmierkur zugeschickt werden, will ich meine bisherigen Erfahrungen mit solchen Patienten zusammenfassen.

Frische spezifische Tabes wird durch eine energische Quecksilberkur mit oder ohne Schwefelkur günstig beeinflußt; merkliche Besserung, jahrelange Remission, ja scheinbare Heilung kann das Resultat sein; nur Pupillendifferenz und Pupillenstarre sah ich niemals völlig verschwinden. Bei ausgeprägter Ataxie gibt die Quecksilberbehandlung unsichere Resultate; manchmal verschlimmert sie die motorischen Störungen rapid; in andern Fällen sind zwar die momentanen Ergebnisse ungünstig, aber die Nachwirkungen ausgezeichnet. Die Schwefelbäder allein wirken im allgemeinen günstiger; sie lindern die lanzinierenden Schmerzen und verbessern etwas die Koordination; jedenfalls beseitigt die Badekur die Störungen der Sensibilität leichter als die motorischen Störungen. Bei alten Tabesfällen leisten die bisher erwähnten Kuren nichts; hier ist nur von der Fränkelschen Uebungstherapie etwas Besserung zu hoffen.

Nach diesem Exkurs über die Behandlung der Tabes wende ich mich zurück zur Kur der sekundären und tertiären Syphilis, und zwar nun zu deren Behandlung ohne Quecksilber und Jod, zuerst zur Würdigung anderer Arzneimittel und sodann zur Kritik der arzneilosen, rein diätetischen Behandlung.

Wenn Quecksilber und Jod nicht mehr oder nicht mehr genügend wirken oder der Patient sie nicht mehr verträgt, sieht sich der Arzt genötigt. nach Ersatzmitteln umzuschauen. Als solche nenne ich zuerst die Holztränke, wovon ich manchmal deutlich Nutzen gesehen habe. Ich verordne: Rp. Spez. Lignor. 100,0, Rad. Sassaparill. 50,0. C. M. f. Spez. D. S. 2 Eßlöffel voll mit 1 Liter Wasser auf $^3/_4$ Liter eingekocht an einem Tage zu trinken. Man kann die Abkochung mit Honig versüßen und die eine Hälfte warm des Morgens. die andere kalt im Laufe des Tages trinken lassen. Die Kur dauert vier Wochen. Der wirksamste Bestandteil dieser Spezies ist das Guajakholz. Zwar verdient es nicht das übertriebene Lob, das ihm Ulrich von Hutten in seiner Schrift „De Guajaci medicina et morbo gallico“ (Mogunt. 1519) gespendet hat, doch ist ihm eine gewisse Heilkraft nicht abzusprechen. Um die Mitte des 16. Jahrhunderts stand es auf der Höhe seines Rufes. Auch andere Bestandteile der Holztränke, die Sassaparillwurzel, das Sassafrasholz und andere Wurzeln und Hölzer sind nicht zu verachten. Die Abkochungen hieraus bewirken vermutlich durch Diaphorese und Diurese eine gewisse Reinigung des Blutes, wiewohl ihre antisyphilitische Kraft nicht erwiesen ist. Als Aushilfsmittel sind die Holztränke jedenfalls brauchbar. Ich habe gefunden, daß sie namentlich bei jenen galoppierenden Formen der Syphilis, die schon nach wenigen Jahren in das tertiäre Stadium übergehen, nützen.

Unbrauchbar ist das zuerst von Azzastia empfohlene doppeltchromsaure Kalium (Kaliumdichromat, $K_2 Cr_2 O_7$). Sorgfältige Nachprüfungen haben ergeben, daß die Chromsäure und ihre Salze nicht die mindeste antisyphilitische Kraft besitzen.

Vom neuesten Surrogat des Quecksilbers, dem Atoxyl, das im vorigen Jahre von Dr. Salmon in Paris zu Injektionen bei der Syphilis empfohlen worden ist, kann ich wenig Gutes sagen. Ich habe es mehrmals genau in den von Salmon vorgeschriebenen Dosen angewendet und jedesmal ziemlich bedenkliche Vergiftungserscheinungen und keine sehr deutliche antisyphilitische Wirkung gesehen.

Daß Jod allein das Quecksilber nicht zu ersetzen vermag, sondern nur im Bunde mit ihm spezifisch wirkt, habe ich schon oben auseinandergesetzt. Wer da meint, durch Jodmittel die Quecksilberkuren entbehrlich machen zu können, irrt sich. Jedoch scheint die Kombination einer Jodkur mit der Schwefelkur wirksamer zu sein; damit hat ein Militärarzt namens Baizeau Versuche gemacht. (Baizeau, Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis. 1855.) Er behandelte zur Zeit der Besetzung des Kirchenstaats durch die Franzosen viele syphilitische Offiziere und Soldaten an den Schwefelthermen von Viterbo. Von diesem starken Schwefelwasser ließ er die Patienten täglich 2 bis 5 Gläser trinken, gab ihnen täglich ein Schwefelbad und außerdem täglich 1 bis 2, selten 3 g Jodkalium in Mixtur. Zehn Heilerfolge hat er veröffentlicht. Ich führe das an, ohne mir eine Kritik zu erlauben, doch scheint mir, daß Baizeau die betreffenden Patienten nicht lange genug im Auge behalten hat, um über die Dauerwirkungen seiner Kur urteilen zu können.

Daß man mit Schwefelwasser allein die Syphilis heilen könne, ist ein überwundener Irrtum, der nur noch in den Badeprospekten von Carratraca in Spanien paradiert.

Die größten Enttäuschungen harren derer, die die Syphilis arzneilos, zum Beispiel mit bloßen Diätkuren, behandeln wollen.

Einen Uebergang hierzu bildete die Methode von Desprès, der eine „physiologische Behandlung der Syphilis durch Stärkungsmittel und örtliche Mittel“ lehrte. (Bouchut et Desprès, Dictionnaire de médecine et de thérapeutique, 6. édition, Paris 1895, p. 1391—2.) Als Stärkungsmittel soll der Kranke reduziertes Eisen, pulverisierte Chinarinde und viel gebratenes Fleisch genießen, sowie Lebertran; auch soll er Solbäder, Seebäder oder Schwefelbäder gebrauchen; als örtliche Mittel sollen harmlose Verbandmittel, Waschungen und dergleichen dienen.

Radikaler gehen unsere Naturheilkundigen zu Werke. Sie behandeln die Syphilitiker, die sich ihnen anvertrauen, tatsächlich arzneilos, mit Luftbädern, Sonnenbädern, Trockendiät und ähnlichen Prozeduren. Damit werden die Kranken hingehalten, bis die Zeit zur Heilung unwiederbringlich versäumt ist und die Entwicklung grausiger Spätformen die Unglücklichen belehrt, daß sich die Syphilis durch solche Mätzchen nicht kurieren läßt. Einige Naturheilkundige sind gerichtlich bestraft worden, weil sie Krebskranke so lange hingehalten haben, bis die Zeit zur Operation versäumt war. Diejenigen, die Syphilitikern vorspiegeln, sie durch Licht, Luft, Schwitzen und Diät heilen zu können, und sie vom Quecksilbergebrauche abhalten, erscheinen mir noch weit strafwürdiger! Leider gibt es gelehrte Querköpfe, die durch Deklamationen gegen das Quecksilber und das Jod den Naturärzten Wasser auf ihre Mühlen liefern, so der emeritierte Wiener Primararzt Dr. Hermann, Verfasser des Buches: „Die Quecksilberkur, ein Verbrechen an der Menschheit“, und der Berliner Professor Rosenbach, Verfasser der Broschüre „Das Problem der Syphilis und die Legende von der spezifischen Wirkung des Quecksilbers und des Jods“.

Ein Sektierer war auch der Dr. Payan, der für die ‚arabische Kur“ schwärmte, die durch Tradition fortgepflanzt, noch in Marseille gebräuchlich sein soll. Sie besteht angeblich in der Hauptsache in einer vegetarischen Trockendiät, nämlich in der ausschließlichen Ernährung mit Brotkuchen, Nüssen, gedörrten Mandeln, Feigen und Rosinen! Aber daneben erhalten die Patienten das sogenannte „arabische Opiat“, bestehend aus Honig mit Sassaparill, Chinawurzel, ein wenig Gewürznelken und gedörrten Haselnußschalen; außerdem bekommen sie eine schweißtreibende Abkochung von Sassaparill und Chinawurzel — als einziges Getränk — und, — das scheint mir die Hauptsache bei dieser famosen Kur: — „arabische Pillen, die Sublimat und metallisches Quecksilber enthalten“. Darf man die Heilwirkungen einer solchen Kur der vegetarischen Trockendiät zuschreiben? Gewiß nicht!

Diese Betrachtung leitet uns zur Erörterung der Frage: Welche Diät sollen wir den Patienten während einer kunstgerechten Kur vorschreiben?

Obenan stehe das Verbot der alkoholhaltigen Getränke. Abstinenz verbessert die Prognose außerordentlich und ist für alle schweren Fälle die conditio sine qua non der Heilung. Der Patient soll fleißig Milch trinken, womöglich 1 bis $1\frac{1}{2}$ Liter täglich, wenn er irgend dazu imstande ist, sonst Kaffee mit Milch, Tee mit Milch, Obstsuppen, Limonaden, Wasser, aber den Genuß von Bier und Wein soll er aufs äußerste einschränken und stärkeren Spirituosen völlig entsagen. Wer diesen guten Rat mißachtet, möge ein klein wenig über folgende Erfahrung des Afrikareisenden Georg Kolb nachdenken. Dieser, der festgestellt hat, daß manche Negervölker gegen die Syphilis merkwürdig widerstandsfähig sind, schreibt in seinen „Beiträgen zu einer geographischen Pathologie Britisch-Ostafrikas“ (Gießen 1897): „Der äquatoriale Neger acquiriert fast nur die primäre Lues; ist das primäre Geschwür verheilt, so tritt bei den allermeisten nie eine weitere Erscheinung auf. Sieht man aber sekundäre oder tertiäre Symptome, so kann man sicher sein, daß der Patient ein Säufer ist, und man braucht nur den Alkohol zu entziehen, um baldige Heilung zu erzielen.“ Es ist sonnenklar, daß der Alkohol als Zellengift den menschlichen Organismus so schwächt, daß dieser mit dem Syphilisgift schwerer fertig wird. Meine schönsten Kurerfolge erzielte ich bei denjenigen Patienten, die während der ganzen Dauer der Kur auf den Alkoholgenuß vollständig verzichteten. Andererseits fand ich die schlimmsten Formen der Syphilis, namentlich Ekthyma, Lebersyphilis, Lungensyphilis, Gehirnsyphilis und zerfallende Gummata regelmäßig bei Alkoholisierten, so daß ich zu der Ueberzeugung gekommen bin, daß Alkoholgenuß die Syphilis bösartig macht und ihre Heilung erschwert. Bei trunksüchtigen Syphilitikern folgt ungeachtet der sorgfältigsten ärztlichen Behandlung ein Nachschub dem andern. Die Neurologen lehren, daß durch den Alkohol insbesondere den syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems der Boden vorbereitet werde. Tatsächlich sah ich bei Trinkern schon im zweiten Jahre nach der Infektion Gehirnsyphilis eintreten. Ceterum censeo: der Alkohol ist den Syphilitikern zu untersagen.

Was die Ernährung anbetrifft, so muß sie eine gute und reichliche sein. Der Patient soll von gemischter Kost gehörig essen und dabei körperlich und geistig ruhen, damit er in möglichst gutem Ernährungszustand bleibe. Ein gut ernährter Organismus überwindet das Syphilisgift wie andere Gifte leichter als ein durch Entbehrungen entkräfteter. Hungerkuren, Durstkuren, Entziehungskuren irgendwelcher Art erschweren und verzögern die Heilung, sind daher unbedingt verwerflich. Ich betone das, weil die Antimerkurialisten von Zeit zu Zeit immer wieder die „cura famis“ anpreisen. Schon zu Huttens Zeit gestattete mancher Arzt den Syphilitikern bloß Brot, Weintrauben und etwas Hühnerbrühe und vermehrte ihre Schwäche noch durch schweißtreibende Mittel. Astruc ließ seine Kranken erbarmungslos hungern. Zu Anfang des 19. Jahrhunderts veröffentlichte ein Altonaer Arzt, dessen Name mir entfallen ist, eine lange Abhandlung über den Nutzen der Hungerkur bei der Syphilis, und ungefähr um dieselbe Zeit (1811) behandelte Osbeck im St. Seraphinen-Spital in Stockholm hartnäckige veraltete Syphilis auf dieselbe Weise. Die jetzt von Kurpfuschern oft gegen Syphilis verordnete Schrothsche Kur ist eine Hungerkur und Durstkur zugleich, verbunden mit einer Schwitzkur. Schroth, der Erfinder dieser Roßkur, war ein Bauer und Fuhrmann zu Lindewiese in Schlesien. Er ließ die Patienten ganze Nächte hindurch in einer Ganzpackung schwitzen und ernährte sie dürftig mit trockenen Semmeln. Von Zeit zu Zeit gewährte er ihnen einen Trinktag; dann durften sie massenhaft Wein trinken. Diese Kur hat zahllose Kranke zu Grunde gerichtet, aber da sie von einem Kurpfuscher erfunden worden ist, wird sie von Kurpfuschern noch angewendet. Ich habe mehrere Syphilitiker gesehen, die einer solchen Kur entronnen waren und nicht den mindesten Erfolg davongetragen hatten. Ungenügende Ernährung, tagelange Verstopfung, periodische Alkoholexzesse, obendrein schwächende Schwitzprozeduren — eine unsinnigere Kurordnung ließe sich schwerlich ersinnen!

Diese Rundschau über die verschiedenen Kurmethoden wird meine Leser hoffentlich davon überzeugt haben, daß nur die kombinierten Quecksilber- und Jod-Kuren, rechtzeitig und einige Male wiederholt gebraucht, Vertrauen verdienen, und daß Jod zu den Nachkuren verwendet werden muß.

Wenn ein Patient durch solche kunstgerechte Behandlung bei guter und reichlicher Ernährung auskuriert worden ist, stellt er manchmal die Frage an den Arzt, ob er noch ansteckend sei und ob er heiraten dürfe?

Die Antwort muß lauten: Wenn ein Patient im Verlaufe von zwei oder drei Jahren drei reguläre Schmierkuren durchgemacht hat, und drei Jahre lang nach dem letzten Symptome der Krankheit kein neues Symptom aufgetreten ist, so ist der Betreffende nicht mehr ansteckend, darf sich für dauernd geheilt halten und unbedenklich eine Ehe eingehen, ohne besorgen zu müssen, daß er Frau und Kinder unglücklich machen oder selbst durch eine Nachkrankheit invalide werden könne. Zwar der Antimerkurialist Professor Rosenbach schätzt (auf Seite 71 seiner schon erwähnten Broschüre) den Zeitraum der Ansteckungsgefahr nach dem Ausbruch der Roseola auf ein Jahr und gestattet (auf Seite 72) die Verehelichung nach zwei Jahren. Ich hoffe aber, daß dieser in Paradoxen große Autor in praxi größere Vorsicht habe walten lassen. Denn ein Syphilitiker, der nach seinem Rat ohne Quecksilber behandelt wird und dann zwei Jahre nach der Roseola heiratet, infiziert die Frau unfehlbar, ganz abgesehen von dem Risiko der Spätsyphilis und der Nachkrankheiten. Jeder erfahrene Praktiker, der den durch zu früh geschlossene Ehen der Syphilitiker verursachten herzzerreißenden Familienjammer kennen gelernt hat, wird über Rosenbachs Lehren ebenso entrüstet sein wie ich.

Zum Schlusse gestatte ich mir einige Worte über die Prophylaxe der Syphilis. Allerhand Schutzmittel sind angepriesen worden, sind aber samt und sonders unsicher. Auch das Allerneueste auf diesem Gebiete, die von Metschnikoff empfohlene örtliche Einsalbung mit einer Calomelsalbe (aus 33 Teilen Calomel mit 67 Lanolin und 10 Vaselin) gewährt wohl keinen Schutz. Das Merkblatt der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nennt den Gebrauch solcher Mittel zweckmäßig, fügt aber richtig hinzu: „Wirklich sicher wirkende Schutzmittel gegen die Ansteckung mit venerischen Krankheiten gibt es nicht“. — Der alte Hufeland schrieb in seiner „Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“ (Jena 1797, Seite 445): „daß das einzige Präservativ bleibt, den außerehelichen Umgang mit dem andern Geschlecht ganz zu vermeiden“. Die Ehelosigkeit ist ein prädisponierendes Moment; es ist statistisch ermittelt worden, daß diejenigen Gesellschaftsklassen, worin am spätesten geheiratet wird — dazu gehören z. B. Offiziere und Studierende — von der Krankheit besonders heimgesucht werden. Aber die Ehe bietet keinen absoluten Schutz, denn Manche treten krank in die Ehe, und mancher ungetreue Gatte holt sich draußen die Syphilis; in beiden Fällen wird die tugendhafte Ehehälfte infiziert.

Viel kann eine strenge Gesundheitspolizei nützen, wenn sie die Dirnen kontrolliert und womöglich kaserniert. Nach der Statistik von Mauriac waren unter 1633 syphilitischen Männern 1414 von geheimen Prostituierten und nur 219 von kontrollierten Dirnen — darunter 139 von einzeln lebenden und 80 von Bordell-Dirnen — angesteckt worden. Derb, aber treffend sagt Fournier: „Wollte man syphilitische Dirnen auf der Straße frei umherlaufen und anlocken lassen, so wäre das gleichbedeutend, wie wenn man einen tollen Hund frei umherlaufen ließe“.

Die Gesellschaft hat das Recht und sogar die Pflicht, sich durch vorbeugende Maßregeln vor der Verbreitung der Seuche möglichst zu schützen. Zwar Polizeimaßregeln und ärztliche Belehrungen reichen dazu nicht aus; Moral und Religion müssen mithelfen. Nur wenn Behörden, Aerzte, Moralisten und Priester sich gemeinsam an dem sozialen Werke beteiligen, wird es gelingen, diese Flut entsetzlichen Krankheitselends wirksam einzudämmen.

Die Therapie der Metrorrhagien.

Von Dr. **Otfried O. Fellner**, Wien.

Das Wichtigste bei der Behandlung der Metrorrhagien ist die genaueste Aufnahme der Anamnese und des Status. Ganz abgesehen davon, daß durch das einfache Verordnen von Styptizis oder physikalischen Behandlungsmethoden der Zweck oft nicht erreicht wird, ja die Anwendung sogar gefährlich ist, wie die der Styptika bei Herzkrankheiten oder bei Arteriosklerose, oder die heißen Spülungen bei Herz- und Lungenkrankheiten, der kalten Spülungen bei Chlorose etc., so kann es sich um eine Gravidität, Klitoris-Hymenalblutung, schließlich um einen Polypen oder ein Karzinom handeln, und der Arzt, welcher einfach verschreibt, begeht in solchen Fällen geradezu ein Verbrechen. Niemals verordnen ohne genaue Anamnese oder Untersuchung! Folgender Fall möge zur Illustration dienen: Ein junges Mädchen kommt mit der Klage, daß sie dieses Mal sehr stark blute, und daß die Blutung nicht aufhören wolle. Die Anamnese ergibt nichts Besonderes, die Untersuchung wird zunächst verwehrt und erst auf eindringliches Zureden gestattet. Mir war schon aufgefallen, daß die Periode, die sonst von normaler Stärke war, nunmehr plötzlich so stark wurde. Bei der Untersuchung finde ich eine ganz junge Gravidität. Bei der Spiegeluntersuchung zeigt es sich, daß die Blutung aus einem Riß am Orifizium externum uteri stammt. Auf eindringliches Befragen erklärt die Patientin, daß ihr Bräutigam ihr mit dem Finger diese Verletzung gesetzt habe. (Wahrscheinlich in krimineller Absicht und mit einem Instrument.) Die Blutung war eine so starke, daß ich umstechen mußte; die Schwangerschaft ging ungestört weiter. Hätte man in diesem Fall die Zervix tamponiert oder ein Styptikum gegeben, hätte nicht allein die Blutung wahrscheinlich nicht gestanden, sondern es wäre vielleicht zum Abortus gekommen.

Anamnestisch ist zu erheben, wie die früheren Blutungen waren, ob nicht eine schwächer war oder ganz ausgeblieben ist, ob nicht außerhalb der Zeit auch Blutungen oder fleischwasserartiger Ausfluß aufgetreten sind. Alter der Patientin. Sonstige Krankheitsymptome. Bei der Untersuchung bestimme man zunächst den Ort der Blutung. Ein nicht zu seltener Fall ist folgender: Junge Frau, seit 14 Tagen verheiratet, klagt über sehr starke Periode, die verfrüht eingetreten ist. Sie verweigert aus Schamgefühl die Untersuchung, und auch der Mann meint, ich solle nur etwas aufschreiben. Ich beharre auf der Untersuchung und finde einen tiefen Hymenalriß, der bis in die Vulva reicht. Auf Naht steht die Blutung. Man besichtige daher die Klitorisgegend, das Hymen und den Muttermund. Bei Verdacht auf Karzinom Ausschabung oder Exzision eines Stückchens der Muttermundslippe.

I. Allgemeinerkrankungen: Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren-, Blutgefäßkrankheiten und Fettsucht können die Ursache sein und sind entsprechend zu behandeln. Bei Herzkrankheiten kann eine Digitalislösung die Blutung rasch zum Stehen bringen. Besteht Lungentuberkulose, so ist vor allem der Allgemeinzustand zu heben und ein Guajakol- oder Kreosotpräparat zu verabreichen. Hier umgehe man, wenn nur irgend möglich, jede Lokalbehandlung, vor allem die Auskratzung. Arteriosklerose ist nicht selten die Ursache der Blutung. Auch hier leistet die Auskratzung sehr wenig, und kommt es vor allem darauf an, der Arteriosklerose entgegenzuarbeiten; durch

Darreichung von Antisklerosintabletten oder Diabeteserin. Die Blutstillung für den Moment versuche man hier durch die unten angegebenen Spülungen (nur lau) und Tamponade zu erreichen. Von Styptizis kommt hier nur Hydrastis in schwachen Dosen (dreimal täglich 10 Tropfen), niemals Ergotin, am besten Hämostan (dreimal täglich zwei Tabletten) in Betracht. Selbstverständlich strenges Regime. Anämie und Chlorose sind zumeist nicht die Ursachen, sondern die Folgezustände, die letztere vor allem der Begleitzustand einer Veränderung der Ovarialsekretion. Es hat daher die Eisenbehandlung nur einen geringen Wert. Man hebe den Allgemeinzustand. Ein Schulbeispiel wäre folgender Fall: 22jährige Virgo klagt über rechtsseitigen Kopfschmerz, häufiges Erbrechen, etwas geminderte Gedächtniskraft. Die Periode setzte mit zwölf Jahren ein, ist sehr stark und dauert durch acht Tage. Zeichen einer mäßigen Hysterie. Der Uterus erweist sich eher etwas kleiner als normal. Starke Anämie. Styptizin war hin und wieder ohne Erfolg verwandt worden. Blaudsche Pillen in großer Menge vertilgt. Diagnose: Hypersekretion der Ovarien mit Metrorrhagien, konsekutive Anämie. Ich ließ bereits acht Tage vor Beginn der Menstruation Hydrastis nehmen, das aber erbrochen wurde. Hämostan wurde gut vertragen, dreimal täglich eine Tablette, drei Tage vor der Periode dreimal täglich zwei Tabletten, ab dritten Tag drei Tabletten täglich. Gleichzeitig wurde Eisensomatose genommen. Kräftige Ernährung. Die Dauer der Blutungen wurde kürzer, die nervösen Erscheinungen verloren sich völlig.

II. Chronische Vergiftungen mit Kaffee, Tee, Alkohol etc. Verbot dieser Genußmittel.

III. Sportliche Uebertreibungen, Koitus interruptus, Onanie, Verkehr mit impotentem Manne sind weitere Ursachen, denen nach Möglichkeit entgegengearbeitet werden muß.

IV. Ursachen am Genitale: Erkrankungen der Ovarien bezw. Alteration der ovariellen Sekretion. Hier ist unter Umständen, welche auch sonst die Exstirpation der Ovarien rechtfertigen, diese vorzunehmen, oder man verordne Schilddrüsentabletten. Bei vielen dieser Patienten ist die Veränderung der Ovarien keine solche, daß die Herausnahme derselben notwendig wäre. Man wird es also zunächst mit Schilddrüsentherapie, lokaler Therapie entsprechend der Erkrankung der Adnexe, und mit symptomatischer Therapie, also Hämostan oder Ergotin per Klysma (je nach der Schwere der Blutung) versuchen. Die Exstirpation ist das Ultimum refugium. Chronische Entzündungen der Ovarien gehen oft mit stärkerer Blutung einher. Styptika, insbesondere die oben erwähnte prophylaktische Darreichung von Hämostan hilft dann so lange, bis durch lokale Therapie: Heißluft-Tampontherapie und Massage, event. auch Balneotherapie, die Erscheinungen der chronischen Entzündung behoben sind. Myome sind bei stärkeren Blutungen zu enukleieren. Nahe dem Klimakterium sucht man durch Spülungen, Styptika, also wieder Hydrastis, Hämostan oder Ergotin per Klysma, über den Wechsel hinwegzukommen. Hier wird vielleicht die Röntgentherapie an den Ovarien Erfolge einheimsen.

Besteht Hyperplasia Endometrii, die freilich erst durch die Untersuchung der ausgekratzten Massen zu diagnostizieren und an und für sich viel seltener ist, als man derzeit annimmt, so hilft nur die Auskratzung mit entsprechender Nachbehandlung. Bei Blutungen unregelmäßiger Natur, insbesondere nahe, kurz vor und nach dem Klimakterium, bei fleischwasserartigem Ausfluß, Abmagerung denke man stets an Karzinom und nehme eine Auskratzung vor, um sich diesbezüglich Sicherheit zu verschaffen. Liegt ein Polyp vor, so ist dieser abzutragen und behufs Vermeidung der Bildung weiterer Polypen eine Auskratzung vorzunehmen. Differentialdiagnostisch achte man auf Gravidität.

Symptomatische Behandlung: innerlich gebe man Ergotin in Pulver oder Lösungen.

Rp. Ergotini 5,0,
Glyzerini 10,0,
Aquae dest. 85,0,
Azidi sal. 0,1,
S. 1 Eßlöffel mit 2 Löffel lauen Wassers mittels Ballons in den Mastdarm.

oder:
Tabl. Hämostani unam fiolam.
S. dreimal täglich zwei bis drei Tabletten.

Ergotin bringt die Blutung rasch zum Stillstand, hat aber den Nachteil, daß oft eine stärkere Blutung nachfolgt, daß daher die Einspritzung wiederholt werden muß, was auf die Dauer nicht geht. Von den innerlichen Styptizis bin ich immer wieder wie viele Gynäkologen reuig zur Hydrastis zurückgekehrt. Vor den anderen Mitteln hat es den Vorteil, daß es nicht zu oft sehr schmerzhaften Uteruskontraktionen führt. Auf diese Kontraktion folgt dann eine längere Erschlaffungspause, die mitunter zu stärkeren Blutungen Anlaß gibt. Ich mußte daher oft von diesen Mitteln zu Hydrastis bezw. Hämostan übergehen. Hydrastis hat den Nachteil des unangenehmen Geschmackes und daß es leicht schimmelt. Ich verordne daher in den letzten Jahren fast ausschließlich Hämostan mit recht gutem Erfolge. Es enthält nebst Hydrastis, Extr. gossypii spissi, das eine mäßig kontrahierende, aber nachhaltige Wirkung (Levin) hat, ferner Extr. Hamamel virg., das nach Trovati den Blutstrom in gleichem Maße verlangsamt wie Ergotin, schließlich Chinin, dessen wehenerregende Wirkung wir aus der Geburtshilfe kennen. Die Zusammensetzung muß daher als eine recht glückliche angesehen werden, und die Patienten klagten über keinerlei unangenehme Nachwirkungen. Besonders in der oben angegebenen Form der prophylaktischen Einnahme hat es mir bei allen Formen von Metrorrhagie gute Dienste geleistet, da es keine schmerzhaften Krämpfe erzeugte. Als Kontraindikation sehe ich nur Herzkrankheiten und Arteriosklerose an. Das gilt für alle Styptika. Nur bei letzterer kann man um die Styptika oft nicht herumkommen; doch würde ich auch hier die kaum wehenerregende Hydrastis resp. das Hämostan empfehlen.

Auch heiße Scheidenspülungen und rektale Eingießungen mit $^1/_2$ bis 1 l Milch (mehrmals in kurzer Zeit wiederholt) oder Eingießungen von 48° C heißen Wassers mit 2 g Chlorkalzium bringen die Blutung oft zum Stehen. Lagerung auf heiße Sandsäcke leistet auch Gutes. Wiederholt sich die Blutung oder kann die Blutung so nicht zum Stehen gebracht werden, dann lege man entweder einen sterilisierten Laminariastift ein und tamponiere hierauf mit 0,6 proz. Adrenalingaze, die man nach drei Minuten entfernt, oder schreite gleich zur Auskratzung. Die Anwendung innerer und lokaler Mittel oder die Auskratzung ist vorzuziehen, je nachdem eine Hyperplasie des Endometriums vermutet wird oder nicht. Hilft auch die Auskratzung nicht, dann empfehlen manche Autoren die Vaporisation, insbesondere die Kombination von Vaporisation nach einer einige Tage vorangegangenen Auskratzung, doch hat diese Methode viele Gegner. In solchen Fällen bleibt mitunter nichts anderes als die Exstirpation der Ovarien oder des Uterus übrig. Hier dürfte sich in kurzer Zeit die Röntgenbestrahlung der Ovarien einen hervorragenden Platz in der Therapie sichern. Ja sie dürfte sogar die Auskratzung verdrängen.

Beachtenswert ist die Metrorrhagie bei Retroflexio uteri. Wird man zur Blutung geholt, so sind vorerst heiße Spülungen, eventuelle Tamponade, Hämostan oder Ergotin angezeigt. Nach Beendigung der Blutung richte man den Uterus auf und lege ein Pessar ein. Oft ist aber noch eine Auskratzung notwendig, der man zweckentsprechenderweise die Vaginaefixation anschließt. Aber nicht jede Blutung bei Retroflexio ist durch diese bedingt, wie folgender Fall lehrt. Bei einer 21jährigen Virgo bestanden starke Metrorrhagien, weshalb bereits alle möglichen Styptika nutzlos verwandt wurden. Ich verordnete zunächst Hämostan und Milcheinläufe, worauf die Blutung zum Stehen kam. Zur von mir empfohlenen Operation konnte sich die Patientin wegen ihrer Virginität nicht entschließen. Sie gebrauchte fernerhin prophylaktisch Hämostan und nach einem halben Jahr konnte sie auch dieses entbehren. Ob es nicht auch atonische Uteri gibt, die erst durch methodischen Gebrauch von Styptika sich kontrahieren lernen, wie Darmparesen durch methodisch durchgeführte Einläufe dauernd beseitigt werden?

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

REFERATE.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau,** Berlin.

1. **Chirurgische Syphilis.** Eine poliklinische Studie aus dem jüdischen Krankenhaus in Berlin. Von F. Karewski. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

2. **Experimentelle Beiträge zur Erklärung der Wirkungsweise der Bierschen Stauung.** Von Erwin v. Graff. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

3. **Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Syphilisreaktion für die chirurgische Differentialdiagnose.** Von F. Karewski. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

4. **Einwirkung der Tropakokain-Lumbalanästhesie auf die Nieren.** Von Hartleib. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

5. **Bakterienbefund und klinisches Bild bei der akuten Wurmfortsatzentzündung.** Von M. Cohn. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, H. 3.

6. **Ueber den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde.** Von P. Frangenheim. Ibidem.

7. **Die Radikaloperation der Ueberhernien mit Hilfe systematischer Dehnung der Bauchdecken.** Von Johannes Hahn. Ibidem.

8. **Zur operativen Behandlung des perforierten Magengeschwürs.** Von v. Khautz jun. Ibidem.

9. **Ueber die experimentelle Pankreasnekrose und die Todesursache bei akuten Pankreaserkrankungen.** Von N. Guleke. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, H. 3.

10. **Die Behandlung von Knochenbrüchen.** Von A. Tietze. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 4.

11. **Ueber die Behandlung der chronischen Unterschenkelgeschwüre.** Von H. Hecker. Straßburger med. Zeitg., 1908, Heft 2.

12. **Anhaltender Schmerz als Indikation zur Freundschen Rippenknorpelresektion.** Von Carl Bayer. Prager med. Wochenschrift, 1908, Nr. 7.

13. **Ueber operative Behandlung der Ankylosis mandibulae vera.** Von M. Fabrikant. Russ. med. Rundschau, 1908, Nr. 1.

1. Syphilis liegt chirurgischen Erkrankungen viel häufiger zugrunde, als gewöhnlich angenommen und erkannt wird. Vorgeschichte und Heredität lassen sehr häufig im Stiche; mehr Anhaltspunkte gibt oft unerwarteter Weise die genaue Untersuchung des entkleideten Körpers; sie deckt vereinzelte Papeln („Pickel"), Rupiaflecke („Kratzwunden"), zerfallene Gummata („Blutgeschwüre"), Tophi, vor allem aber Narben von typischer Form, Farbe und typischem Sitz auf und erhebt damit den Verdacht zur Gewißheit. Ein wertvolles Hilfsmittel bei ganz zweifelhaften Fällen stellt die Wassermannsche Serodiagnostik der Lues dar, die bei positivem Ausfall für vorhandene oder überstandene Syphilis, nicht aber für Namen und Art des gerade vorliegenden Krankheitsbildes beweisend ist.

Häufig verkannt wird das luetische Ulkus kruris, das durch livide, unterminierte Ränder und speckigen Grund ausgezeichnet ist, sich aber besonders durch seine Multiplizität und seinen Sitz an der Hinterfläche des Unterschenkels, namentlich an der Wade, verrät. Eine spezifische Behandlung wirkt hier nach langen vergeblichen Heilversuchen oft Wunder. Neben den luetischen Affektionen des zweiten und dritten Stadiums an den Körperöffnungen, After, Scheide, Mund, an der Zunge und in der Mundhöhle sind es ganz besonders die Gummata in Muskeln und Knochen, die zu folgenschweren Verwechslungen Anlaß geben können, Wenn auch der Sitz, der frühe Durchbruch, die eigentümliche Infiltration und last not least das sehr oft entscheidende Röntgenbild sie bei sorgfältiger Beobachtung gut charakterisieren, wie K. an Hand einschlägiger Fälle und vorzüglich wiedergegebener Röntgenbilder ausführt, so bleiben genug Fälle übrig, wo die Aehnlichkeit mit Knochentumoren, mit Osteomyelitis, mit tuberkulöser Karies und Arthritis eine sehr große ist. Die chirurgische Syphilis hat aber nicht nur diagnostische Bedeutung; alle diese Leiden erfordern neben der Allgemeinbehandlung eine rationelle chirurgische Versorgung; wenn das von den Geschwüren, von den Gummen, besonders denen an Hoden und Nebenhoden gilt, die, wenn verkäst, exstirpiert werden müssen, so hat es die allergrößte Bedeutung bei der Knochen- und Gelenksyphilis, wo neben den entsprechenden Kuren alle Hilfsmittel chirurgischer Technik herangezogen werden müssen, um auch einen funktionell günstigen Erfolg zu erreichen. Das luetisch erkrankte Gelenk muß zur Verhütung paraartikulären Durchbruchs ruhiggestellt, der durch Gummi frakturierte Knochen in Gips gelegt, Sequester operativ entfernt werden. Denn zu solchen Knocheneiterungen können sich sonst septische Vorgänge gesellen, neben deren Schwere die ursprüngliche Erkrankung ganz zurücktritt. K. sah zwei Kranke an Pyaemie nach Oberkiefernekrose sterben. Handelt es sich um Tumorverdacht, so ist zunächst die Luesdiagnose ev. mit Hilfe der Komplementbindung sicherzustellen; bei der Kur darf nicht vergessen werden, daß Jod und Quecksilber manchmal versagen, wo Schwitzkuren helfen, und daß in anderen Fällen wieder Arsen am Platze ist; kann aber der lokale Prozeß durch eine nicht allzu verstümmelnde Operation beherrscht werden, so soll man den gleichzeitigen Eingriff nicht scheuen.

Der reiche Inhalt der in der Festschrift für J. Israel erschienenen glänzend geschriebenen Studie kann hier nur angedeutet werden; sie sei gerade dem praktischen Arzt, dem sie sein tägliches Material z. T. in neuer Beleuchtung zeigt, angelegentlich empfohlen!

2. Graffs Versuche zeigen, daß die Wirkung der Bierschen Stauung weder eine rein humoralbakterizide noch, wie Bier selbst annimmt, eine direkt entgiftende ist. Den bekannten Strychninversuch (eine sonst tödliche Dosis wird, in ein gestautes Glied eingespritzt, vertragen) hat Graff mit Tetanus- und Diphtherietoxin wiederholt; die Erscheinungen wurden durch die Stauung etwas hinausgeschoben, aber der Tod in keinem Falle verhindert. Die Stauung wirkt also hier lediglich als resorptionshemmendes Moment. Hingegen zeigte das „aktive Oedem" in ganz hervorragendem Maße die Eigenschaft, die Phagozytose zu befördern. — Sehr bemerkenswert ist es, daß auch in G.s Versuchen die Streptokokken der Stauungswirkung gegenüber viel widerstandsfähiger waren als Staphylokokken. Diese zuerst von Lexer hervorgehobene Tatsache ist jetzt von so vielen Seiten bestätigt worden, daß eine Behandlung nach Bier bei nachgewiesener Streptokokken-Erkrankung von vornherein nicht angezeigt erscheint.

3. In 28 chirurgischen Fällen mit teils sicherer, teils vermuteter Syphilis hat Karewski die Wassermannsche Reaktion zur Klärung der Diagnose herangezogen. Sie hat sich gerade bei schwerwiegenden Entscheidungen (Tumor oder Gummi und dergl.) in dem Sinne vollständig bewährt, als ihr positiver Ausfall schnell und unbedingt zuverlässig anzeigt, ob Syphilis vorhanden oder überstanden ist; negativer Ausfall ist zwar an sich nicht beweiskräftig, fordert aber bei zweifelhafter Entscheidung immer dazu auf, die verdächtige Erkrankung anders als mit Lues zu erklären. Es muß immer wieder betont werden, daß eine positive Reaktion nicht notwendig durch das gerade vorliegende Krankheitsbild bedingt zu sein braucht; sie zeigt eben nur an, daß Lues, vielleicht angeboren oder vor Jahrzehnten erworben, überhaupt einmal vorhanden war.

Von den 28 untersuchten Fällen waren 18 positiv; dieser Ausfall entschied bei Zungen- und Kreuzbeintumoren, bei allgemeinen und umschriebenen Knocheneiterungen, bei Knochengeschwülsten, die alle zweifelhaft waren, die Diagnose und ermöglichte rasches Heilen durch Jod- oder Quecksilberbehandlung. Man wird in der Tat in derartigen Fällen nicht mehr auf den Erfolg einer „diagnostischen“ Kur warten, sondern sofort zur Wassermannschen Reaktion seine Zuflucht nehmen; eine Methode, die bis heute freilich, wie K. angesichts der Versuche zur Vereinfachung der Methode nicht ohne Ursache hervorhebt, einwandfrei nur in Instituten mit allen Hilfsmitteln moderner Biologie angewendet werden kann.

4. Während laut einer Arbeit aus dem Moabiter Krankenhaus Berlin, die s. Z. viel Aufsehen erregte, nach Rückenmarks-Anästhesie mit Stovain-Adrenalin 78% der vorher ganz nierengesunden Operierten Nephritis bekamen, konnte H. bei einer Reihe von 20 Fallen mit Tropakokain nur einmal Erscheinungen von Nierenerkrankung feststellen, die 18 Tage nach dem Lumbalstich auftraten, um bald wieder zu verschwinden. Das Tropakokain, das allmählich die übrigen Mittel zu verdrängen scheint, ist also auch in dieser Hinsicht vorzuziehen. Man kann im Sinne neuerer Forschungen daran denken, daß das Fehlen von Adrenalin (die üblichen Phiolen enthalten nur Tropakokain) die unerwunschte Nebenwirkung fernhält.

5. Im Gegensatz zu früheren Arbeiten kommt Cohns Studie aus der Abteilung von Körte-Berlin zu dem Ergebnis, daß den einzelnen Bakterien als Erreger der Appendizitis durchaus keine verschiedenen klinisch bestimmbaren Krankheitsbilder entsprechen; besonders zeigt sich die sehr häufige Koli-Appendizitis gerade klinisch außerordentlich mannigfaltig. Ihre Prognose ist bei diffuser Peritonitis ungünstiger, als wenn es sich unter gleichen Umständen um Mischinfektion mit Koli-Bazillen und Streptokokken handelt. Reine Streptokokkenerkrankung scheint bei uns selten zu sein.

6. Frangenheim beobachtete bei einer Reihe von experimentell hervorgerufenen geschlossenen Abszessen bei Kaninchen, von denen je zwei entsprechende oder symmetrische mit und ohne Saugung behandelt wurden, eine im klinischen Sinne entschieden ungünstige Wirkung dieser Behandlung. „Auf der gesaugten Seite wuchsen die Abszesse fast ins Ungemessene, auf der ungesaugten verkleinerten sie sich sichtlich mit jedem Tage.“ In den gesaugten Abszessen waren die Bakterien der eingespritzten Kultur immer nachzuweisen, selbst in einem Falle, wo sechs Wochen gesaugt worden war; sie waren lebenskräftig und vollgiftig geblieben. — Die geschlossene Saugung, bei der keine mechanische Wegspülung von Eiter und Toxinen möglich ist, bewirkt nur ausgedehntere Gewebseinschmelzung; sie kann also bei beginnenden Entzündungen eine ortliche Verschlimmerung herbeiführen, die bei fruher Inzision, gleichgiltig ob man dann Saugung anschließt oder nach Bergmann von vornherein breit spaltet, nicht zu furchten ist.

7. Große irreponible Hernien haben auch nach operativ gelungener Reposition und sonst glattem Verlaufe eine sehr hohe Mortalität, die durch das Mißverhältnis der zurückgeschobenen Eingeweide zum Rauminhalt der Bauchhöhle bedingt ist; neben Darmlähmung und Herztod spielt dabei Atmungsbehinderung durch Hochdrängen des Zwerchfells die Hauptrolle. Hahn kommt dieser Gefahr dadurch zuvor, daß er der Radikaloperation solcher „Ueberhernien“ eine Vorbereitungszeit voranschickt, während deren durch planmäßige, zunächst teilweise, dann immer weiter getriebene Reposition den Eingeweiden „ihr verlorenes Heimatrecht in der Bauchhöhle wieder erobert wird“. Jede gewonnene Etappe wird durch feste Verbände, oft mit eingelegter Pelotte, für einige Tage festgelegt, während deren die Bauchhöhle, gegen allmähliche Erweiterung (Aszites!) sehr tolerant, sich dem neuen Inhalt anpaßt. Manchmal nötigt das zuerst eintretende Gefühl von Beengung und Atemnot dazu, den Verband zu fenstern oder früher zu entfernen, doch gelangt H. in der Regel zu dem Ziel, den ganzen Bruch ohne Beschwerden dauernd in der Bauchhöhle zurückzuhalten und so durch langsame systematische Dehnung die Bauchhöhle ihrem natürlichen Inhalt wieder anzupassen. Gelingt aber die Reposition von vornherein gar nicht, so legt H. folgerichtig den Bruchring frei, erweitert ihn durch Einschnitt, spaltet sogar, wenn nötig, selbst den verwachsenen Bruchsackhals, um ihn dann nach Lösung der Verwachsungen vorläufig wieder zu schließen. Genaue Hautnaht beendet diese kleine Voroperation, nach der die systematische Dehnung der Bauchdecken wieder aufgenommen wird und nun keinem Hindernis mehr begegnet. — Es unterliegt keinem Zweifel, wie auch die von H. mitgeteilten Fälle beweisen, daß diese Vorbehandlung die große Gefahr der postoperativen Atmungsbehinderung mit ihren verhängnisvollen Folgen auf einfachem Wege beseitigt.

8. Die elf Fälle von durchgebrochenem und operiertem Magengeschwür reden eine eindringliche Sprache zugunsten der Frühoperation: von den fünf in ersten zwölf Stunden Operierten starben drei (und zwar unter dem Einfluß von Lungenkomplikationen), geheilt wurden zwei. Auch ein nach 18 Stunden Operierter wurde geheilt; von fünf nach zwei Tagen Operierten starben dagegen alle. Der Versorgung des Geschwürs kann zur sofortigen besseren Ernährung die Jejunostomie angeschlossen werden, die kürzer und weniger eingreifend ist als die Gastroenterostomie. Am einfachsten ist es, nach Hochenegg, bei geeignetem Sitz des Geschwürs ein entsprechend dickes Drainrohr durch das Loch in den Magen und durch den Pylorus bis ins Duodenum zu schieben; das Drain tamponiert die Perforation und dient zugleich der Ernährung. — von Khautzens Ergebnisse sind um so beachtenswerter, als seine Kranken in der Mehrzahl über 50 Jahre, z. T. sehr gebrechlich waren und vor allem spät eingeliefert wurden; „verbessernd auf die Resultate einzuwirken, sind in erster Linie die praktischen Aerzte berufen.“

9. Bei der akuten Pankreaserkrankung mit ausgedehnter Nekrose ist es die massenhafte Toxinresorption, die den Tod herbeiführt und die auch durch breite Spaltung und Drainage der Drüse nicht verhindert werden kann. In den leichteren Fällen vermag der Organismus mit der geringen Menge von Toxinen fertig zu werden; aber auch bei ihnen kann Ableitung der toxinhaltigen Sekrete durch Spaltung und Tamponade angezeigt sein. Die Tamponade muß das Pankreas möglichst genau gegen die Bauchhöhle abschließen; bloße Inzision der Bauchhöhle und Ablassen des Exsudats ist meist zwecklos. Schwere und leichte Fälle sind klinisch nicht zu unterscheiden, der Kollaps ist eine Wirkung der Toxine; die Anzeige zur Operation ist also meist gegeben, und die Anzahl glücklich operierter Fälle wächst andauernd.

10. Die operative Behandlung von Knochenbrüchen hat sich über die Brüche von Patella, Olekranon und schwerere Gelenkbrüche im Ellbogengelenk hinaus noch keine weiteren Gebiete zu erobern vermocht. Auch die Behandlung mit Massage hat die früheren Verfahren nicht verdrängt; ihr Nachteil ist die allzu starke Kallusbildung, die namentlich in der Nähe von Gelenken stören kann. Für die Unterschenkelbrüche ist der alte Gipsverband noch immer das Beste; sonst gibt die Extensionsbehandlung die besten Ergebnisse. Sie macht freilich sehr oft, wenn auch nicht so häufig, wie Bardenheuer es will, Narkose, stete Röntgenkontrolle und damit Krankenhausaufenthalt erforderlich, leistet aber auch dem Praktiker, der sich in ihren Geist eingelebt hat, Vorzügliches. Die Bardenheuersche Bruchschiene kann, wie T. mit Recht hervorhebt, durch Improvisationen ersetzt werden, für den gebrochenen Humerus durch den Middeldorpfschen Triangel, für Unterarm-, Finger- und Handbrüche durch Heftpflaster-Schienen-Verbindungen, deren Erfindung sich dem einzelnen Fall anpassen muß. So wichtig die Röntgenaufnahme des Knochenbruchs vor und nach der Behandlung nicht nur für den Kranken, sondern in verschiedener Hinsicht auch für den Arzt ist, so muß doch betont werden, daß anatomische Heilung durchaus nicht gute Funktion garantiert und umgekehrt; eine bekannte Tatsache, die von der allergrößten praktischen Wichtigkeit ist und durch die neueren Untersuchungen (Fritz König) über spätere Veränderungen deform geheilter Brüche, namentlich bei Kindern, von neuem bestätigt wird. — Brüche an den Gesichtsknochen (Nase, Kiefer) erfordern manchmal besondere Apparate, um die zurechtgerückten Bruchstücke (Narkose bei schweren Fällen!) in ihrer Lage zu erhalten; die Hilfe eines geschickten Zahnarztes kann hier willkommen sein.

11. Hecker empfiehlt zur Behandlung aller Unterschenkelgeschwüre den von den Zehen bis zum Knie reichenden Zinkleimverband mit Bedeckung des Geschwürs selber mit Airolpulver. Ref. möchte unter Bestätigung der guten Ergebnisse des Verfahrens noch hervorheben, daß die umständliche Herstellung des Zinkleims (Glyzerini, Aquae ana 40,0, Gelatinae diss. 10, adde coquendo Zinc. oxyd. 10,0) durch Bezug des fertigen Materials in praktischen Blechdosen (Beiersdorf-Altona) wegfällt, und daß man die Stärkegazebinden, statt sie naß auf den zinkleimbepinselten Unterschenkel zu bringen, in der heißen Zinkleimdose selber sich voll Zinkleim saugen läßt und dann auf das trockene, an Zehenwurzel, Fußgelenk und unterer Kniegrenze mit Wattekranz geschützte Bein wickelt. Vorher muß das Bein abgeschwollen und gut gereinigt sein; der Verband wird im Liegen angelegt. Genaue Anlegung — H. verwendet zur Vermeidung von Falten doppelköpfige Binden — ist Voraussetzung des Gelingens; der Verband kann dann drei Wochen, nach Heilung des Geschwürs zur Schonung des Beins bis sechs Wochen liegen bleiben und wird vorzüglich vertragen.

12. Der erste Fall, in dem die Freund'sche Operation — Entfernung der Knorpel der ersten (hier 2.—4.) Rippen — nicht zur Mobilisation der Thorax bei Lungenerkrankung, sondern wegen Schmerzen in Arm- und Brustmuskeln vorgenommen wurde, die zugleich mit einer deutlichen Vorwölbung der rechten oberen vorderen Thoraxpartie bei einem sonst ganz gesunden jungen Mädchen auftraten. Schon bei der Operation erwies sich der Knorpel verändert, trüb, stellenweise zystisch, die mikroskopische Untersuchung zeigte überall zentrale Erweichung der Grundsubstanz bis zur Verflüssigung, gequollene Knorpelkapseln, Zellvermehrung. Der Eingriff hatte vollen Erfolg; Verbildung des Brustkorbes und Schmerzen waren beseitigt.

13. Die ideale Operation der wahren — knöchernen — Kiefer-Klemme, die Resektion des Gelenkköpfchens, ist oft mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden. Von den vielen vorgeschlagenen Verfahren ist das beste das Rochet-Schmidtsche: aus dem aufsteigenden Aste des Unterkiefers, möglichst nahe dem Gelenkköpfchen, wird ein zentimeterbreites Stück weggemeißelt und ein Muskellappen, gewöhnlich der Masseter, in die neugebildete Gelenkspalte hineingeschlagen, um ihre Verwachsung zu verhüten. Man opfert dabei von der Kaumuskulatur nur die Funktion des Pterygoideus externus und des Temporalis; den Masseter konnte Fabrikant in einem eigenen, sehr erfolgreich operierten Falle dadurch erhalten, daß er diesen Muskel in eine äußere und eine innere Platte teilte, von denen die innere zur Plastik verwandt wurde, während die äußere nach wie vor arbeiten konnte.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Die Behandlung der Rachitis.** Von F. Siegert. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 449.

2. **Untersuchungen über die Pepsinsekretion des gesunden und kranken Säuglings.** Von J. Rosenstern. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, S. 542.

3. **Zur Frage der Beurteilung und Therapie der chronischen Albuminurien im Kindesalter.** Von L. Langstein. Therap. Monatshefte, 1908, März.

1. Siegert stellt bekanntlich hereditäre Veranlagung als Ursache der Rachitis in den Vordergrund; als weitere ätiologische Faktoren betrachtet er nicht nur, wie kürzlich von Esser behauptet wurde, Ueberfütterung, sondern alle Erkrankungen, die zum Verlust der normalen Blutbildung, des normalen Hämoglobingehaltes, des normalen Gewebsdruckes führen, vor allem längerdauernde Störungen der Atmungsorgane, ferner ohne wesentliche Ernährungsstörung einhergehende Infektionen, sowie Tuberkulose und Syphilis. — Er unterscheidet eine hyperplastische leukozytotische Form mit mächtigem Rosenkranz und dicken Epiphysenauftreibungen (meist im Zusammenhang mit Ueberfütterung) und eine osteoporotische oft von Leukopenie begleitete Form, die ohne Auftreibung der Epiphysen, fast ohne Rosenkranz, dagegen mit Kraniotabes verläuft, bei Unterernährung und Atrophie vorkommt und oft nicht richtig gewürdigt wird. — Schlechte, an Sonne und Wärme, Luft und Licht arme Wohnungen erleichtern den genannten Ursachen ihre Wirkung.

Die Prophylaxe ist bei der Rachitis von besonderer Bedeutung, besonders wenn hereditäre Veranlagung bekannt ist. Luft, Licht, natürliche Ernährung, Vermeidung der Ueberfütterung bei der natürlichen wie bei der künstlichen Ernährung, frühzeitiger Uebergang zu gemischter Kost und Einschränkung der animalen Kost zugunsten der vegetabilischen, das sind die Leitlinien, nach denen zu verfahren ist. Wie das Regime im einzelnen gestaltet werden soll, wird in dem lehrreichen und vielseitigen Aufsatz des näheren erörtert. Es sei einiges genauer mitgeteilt. Bei der Ueberfütterung scheint speziell der Fettgehalt der Nahrung die Causa peccans zu sein. Es ist also neben der knappen Bemessung der künstlichen Nahrung, wo solche unvermeidlich ist (Energiequotient von 80 bis 90 Kal.), eventuell Abrahmung der Milch oder besser Verdünnung unter Zusatz nicht zu reichlichen Kohlehydrats (speziell Reis- oder Weizenmehls) anzuraten. Obstipation ist stets zu bekämpfen und zwar lediglich durch Diät und Bauchmassage. — Schon im achten Monat, auch gelegentlich früher, kann dünne Suppe gereicht und der Uebergang zur gemischten Kost bewerkstelligt werden (etwas Brei aus Kartoffel und Gemüse oder Kompott, Saft aus rohen Früchten: Aepfel, Birnen, Kirschen, Orangen, Trauben).

Die Behandlung der bestehenden Rachitis richtet sich nach den gleichen Grundsätzen. Besonders wichtig ist auch die Diätetik des zweiten Lebensjahres. Es muß unter allen Umständen die Milchflasche durch Becher oder Tasse ersetzt werden, damit die Mahlzeiten langsamer aufgenommen werden. Oft lehnen die Rachitiker jede feste, selbst breiige Nahrung ab. Siegert glaubt den Grund hierfür allein in der Hypertrophie der Tonsillen zu finden, die in solchen Fällen entfernt werden müssen. Ist dann die Ernährung mit gemischter Kost gewährleistet, so gilt beim älteren Rachitiker das Prinzip: Milch nicht über $^3/_4$ l, Eier nur, soweit sie zur Herstellung der Nahrung unentbehrlich sind, kein oder fast kein Fleisch, reichliches Gemüse in jeder Form (speziell Salat, in der Suppe gekocht oder als Gemüse, Spargel, Spinat), viel Obst in jeder Gestalt, aber ohne viel Zucker, mehr grob geschrotetes Brot als Weißbrot oder Brötchen, mehr Marmelade als Butter. Licht und Luft, Wärme und Sonnenschein unterstützen die diätetische Behandlung. Die Kleidung soll ja nicht zu warm sein, als Unterkleidung am besten ein weitmaschiges Netzjäckchen, das Lager muß hart sein, das Kopfkissen flach. Störungen der Atmungsorgane muß vorgebeugt werden, da sie beim Rachitiker oft verhängnisvoll werden. Der Hautpflege dienen aromatische oder Salzbäder. Eine besondere Beachtung verdient die Spasmophilie. Die Heilung liegt im Uebergang auf Brustnahrung event. in Beschränkung der Kuhmilch. Wo bereits Krämpfe aufgetreten sind, muß sofort eine Darmentleerung mit Kalomel oder Rizinusöl herbeigeführt werden, gefolgt von 24 Stunden Enthaltungsdiät (Tee, physiologischer Kochsalzlösung). Erst dann wird milchfreie Nahrung. Suppen aus Hafermehl, Gries, milchfreie Kindermehle, Mondamin verordnet, bei älteren Rachitikern Gemüsesuppen und Obstsäfte, etwa vier bis fünf Tage. Aber sofort am ersten Tage muß gleichzeitig mit dem Phosphorlebertran (0,01 : 100) begonnen werden. Die Rückkehr zur milchhaltigen Nahrung erfolgt teelöffelweise sehr vorsichtig. Im akuten Anfall kann man Chloralhydrat (0,5 als Klistier) oder Brom (0,2 bis 0,3), anfangs stündlich, etwa drei Dosen, dann zwei- bis dreistündlich, bei heftigen Glottiskrämpfen kalte Uebergießung des Nackens, event. künstliche Atmung nicht entbehren.

In der medikamentösen Behandlung der Rachitis behauptet nach wie vor der Phosphorlebertran (0,01 : 100, zweimal täglich 5 g) den ersten Rang. Besonderen Wert legt Siegert daneben auf die Verabreichung von Hämoglobinpräparaten, während Kalksalze in der Milch und der vegetabilischen Nahrung in durchaus genügenden Quantitäten vorhanden sind.

2. Rosenstern hat mit der Jakobyschen Methode quantitative Pepsinbestimmungen an Säuglingen ausgeführt. Als Probemahlzeit dienten 50 ccm mit Saccharin versüßten Tees nach vorhergehender neunstündiger Nahrungspause. Er kam zu folgenden Ergebnissen:

a) Die Pepsinmenge des gesunden, künstlich ernährten Säuglings steigt mit zunehmendem Alter etwa bis zum Ablauf des ersten Vierteljahres, um von da an eine etwa konstante Größe zu bilden.

b) Gesunde Brustkinder scheinen weniger Pepsin zu produzieren als gesunde gleichaltrige, künstlich genährte Säuglinge.

c) Die älteren untergewichtigen Säuglinge sondern die ihrem Alter entsprechende Pepsinmenge ab.

d) Ernährungsstörungen beeinflussen die Pepsinsekretion nicht wesentlich. Nur bei der Dekomposition scheint eine Verminderung der Pepsinmenge vorzukommen. Auf Grund unserer Untersuchungen können wir der Anschauung derjenigen Autoren, welche dem Fermentmangel eine erhebliche symptomatische Bedeutung oder gar eine ätiologische Rolle bei den Verdauungsstörungen zuschreiben, wenigstens bezüglich der Pepsinsekretion nicht beipflichten.

Aus diesen Untersuchungen würde für den Therapeuten die Konsequenz zu ziehen sein, daß eine medikamentöse Pepsinzufuhr bei Säuglingen überflüssig ist. In der Tat hat Ref. von einer solchen nur bei gleichzeitiger Salzsäuredarreichung Nutzen gesehen (z. B. mitunter von der salzsäurehaltigen Grüblerschen Pepsinlösung).

3. Die Darlegungen Langsteins, der sich wiederholt intensiv mit dem Studium der Albuminurien der Kinder beschäftigt hat, verdienen in besonderem Maße das Interesse der Praktiker.

Weniger vom therapeutischen als vom prognostischen Standpunkt aus ist die wichtigste Frage, wenn man bei Kindern eine Albuminurie entdeckt, die, ob chronische Nephritis oder eine harmlose orthostatische Albuminurie vorliegt, Zylinder, besonders granulierte und Epithelzylinder, die konsequent auch in den eiweißfreien Urinportionen gesucht werden sollen, müssen stets den Verdacht auf Nephritis rege erhalten. Als harmlos dagegen kann eine Albuminurie dann gelten, wenn die über ein Jahr fortgesetzte Beobachtung folgendes Verhalten erkennen läßt:

a) Der Nachturin muß beständig eiweißfrei sein.

b) Der Eiweißgehalt des Tagurins muß Schwankungen aufweisen; die absolute Größe der Eiweißausscheidung ist ohne Bedeutung.

c) Das Eiweiß muß in seinem überwiegenden Anteil dadurch charakterisiert sein, daß es durch Essigsäure in der Kälte ausfällbar ist. Man stellt die Probe in der Weise an, daß man zwei Reagenzgläser bis zur gleichen Höhe mit Harn füllt, zu jeder Probe einige Tropfen nicht zu stark verdünnter Essigsäure hinzufügt, einige Minuten durchschüttelt und beide Proben mit destilliertem Wasser auffüllt. Zu einer derselben werden dann wenige Tropfen einer verdünnten Ferrozyankaliumlösung hinzugefügt. Je geringer der Unterschied der Trübung in den beiden Gläsern, um so wahrscheinlicher ist das Vorliegen einer echten orthotischen Albuminurie.

Um die Diagnose sicher zu stellen, ist es notwendig, den Blutdruck zu messen und den Augenhintergrund zu untersuchen. Bei der harmlosen Albuminurie findet sich weder Blutdrucksteigerung noch Hypertrophie des linken Ventrikels noch Akzentuation des zweiten Aortentons.

Die Prognose der einfachen orthostatischen Albuminurie ist absolut günstig, die der chronischen Nephritis im Kindesalter dagegen höchst zweifelhaft.

Die orthotische Albuminurie weist aber oft einen Zusammenhang mit latenter Tuberkulose auf; um so wichtiger ist es, die Kinder nicht durch eine zwecklose eiweißarme Ernährung, Milchüberfütterung und langdauernde Bettruhe zu schädigen. Die letzteren beiden Gesichtspunkte kommen übrigens auch für die chronische Nephritis der Kinder in Betracht. „Kinder mit chronischen Albuminurien sollen nicht anders behandelt und ernährt werden wie gesunde Kinder derselben Altersstufen. Lediglich vor Erkältungen und Ueberanstrengungen müssen sie geschützt werden. Eine mäßige Gymnastik ist jedoch ebenso am Platze wie gemischte Ernährung. Medikamentöse Behandlung soll vermieden werden. Auch von einer Kur im heißen trockenen Klima wie in Aegypten darf man sich nicht zu viel versprechen."

Nach des Ref. Erfahrungen können klimatische Kuren in Aegypten auf chronische Nephritiden der Kinder sehr günstig wirken. Es sei im übrigen in Ergänzung der Langsteinschen Ausführungen auf die kürzlich an gleicher Stelle referierten Beobachtungen von Jehle über die Pathogenese der orthostatischen Albuminurien verwiesen.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Albuminurie bei Krätzekranken.** Von Nicolas et Jambon. Annales de Dermatologie, 1908, Februar.

2. **Bemerkungen über den verschiedenen Einfluß der Eltern bei der hereditären Syphilis.** Von Carle. Ibidem.

3. **Leichte und schnelle Methode des mikroskopischen Nachweises von Quecksilber im Urin.** Von Lombardo. Journal of cutaneous deseases, 1908, Januar.

4. **Die Heilung der Lepra.** Von K. Sakurane. Medizin. Klinik, 1908, Nr. 8.

5. **Beitrag zur Abortivbehandlung der Blennorrhoea urethrae.** Von Regenspurger. Ibidem.

6. **Erfolgreiche Abortivbehandlung der Gonorrhöe.** Von Polland. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

7. **Arhovin als internes Antigonorrhoikum bei der Gonorrhöe des Mannes.** Von Dreysel. Fortschr. d. Medizin, 1908, Nr. 6.

8. **Ueber eine neue Quecksilberinhalationskur bei Syphilis.** Von Kromayer. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 8.

9. **Atoxyl bei Syphilis.** Von Spiethoff. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

10. **Injektion Dr. Hirsch.** Von Hirsch. Therap. Neuheiten, 1908, Januar.

11. **Zur Therapie juckender Dermatosen.** Von Weiß. Therap. Ratgeber, Beilage z. ärztl. Zentralzeitg., 1908, 8. Febr.

12. **Zur Pyrogallolbehandlung des Lupus vulgaris.** Von F. Veiel. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

1. Bei Krätzekranken kommt unabhängig von etwa vorgenommenen therapeutischen Eingriffen eine echte Albuminurie vor, die anscheinend mit den Hautläsionen in Zusammenhang steht. Sie macht weiter keine Symptome und verschwindet gewöhnlich mit dem Verschwinden der Effloreszenzen. Manchmal kommt es allerdings zu einer wirklichen Nephritis, welche die Skabies überdauert. Ob es sich hierbei um toxische Ursachen oder um reflektorische Zirkulationsstörungen der Niere handelt, läßt sich nicht entscheiden.

2. Carle referiert über drei Fälle, in denen Männer mit frischer Syphilis geheiratet und die Frauen nicht infiziert haben. Sie haben 13, 18 und 9 Monate nach dem Auftreten des Schankers gesunde Kinder bekommen. Diese Beobachtungen sprechen für die Tatsache, daß bei der Vererbung der Syphilis der mütterliche Einfluß überwiegt.

3. Um leicht und schnell Quecksilber im Urin nachzuweisen, gießt man 5 ccm vorher filtrierten Urin in ein Zentrifugenglas; gibt dazu einen Tropfen Eiereiweiß, rührt um, fügt dazu 3 ccm 12%iges Zinnchlorid, filtriert und übersäuert mit 25%iger Salzsäure. Der Urin wird zuerst trüb, dann klar, schließlich opaleszierend durch die nachträgliche Eiweißgerinnung. Dann zentrifugiert man einige Minuten. Den Bodensatz untersucht man auf dem Objektträger mit 600facher Vergrößerung. Wenn Hg im Urin ist, dann finden sich kleine schwarze Kügelchen von metallischem Hg. Die Methode basiert darauf, daß Zinnchlorid Hg zu metallischem Hg reduziert.

4. Sakurane berichtet über einen geheilten Fall von Lepra. Der Patient bekam zwei Jahre lang täglich 1,5 bis 8,0 Chaulmoograöl. Nach zwei Jahren Heilung, die durch eine siebenjährige Beobachtung bestätigt wurde. Die Wirkung des Chaulmoograöls besonders auf die Knotenform der Lepra ist manchmal frappant, wenn auch die Dauerwirkung im allgemeinen schwer zu beurteilen ist.

5. Regenspurger bevorzugt zur Abortivbehandlung der Gonorrhöe Novargan, und zwar in Form der täglichen Einspritzung der 5- bis 15%igen Lösung in Glyzerin. In 52% der Fälle Heilung in 8 bis 20 Tagen.

6. Polland berichtet über zwei Fälle von abortiver Gonorrhöeheilung durch Injektion von 5%iger Protargollösung, die kalt und frisch zubereitet sein muß. Für die Abortivbehandlung geeignet hält P. Fälle, die erstmalig infiziert sind oder lange Zeit keine Gonorrhöe gehabt haben. Es sollen höchstens vier Tage nach der Infektion verstrichen sein. Die Injektion wird mit der gewöhnlichen Tripperspritze gemacht, am besten vom Arzt selbst, eventuell zur Sicherheit mehrere Tage hintereinander. Die Reizung ist hierbei sehr gering. Die Methode ist der Janetschen vorzuziehen.

7. Wenn Arhovin auch nicht als Spezifikum gegen die Gonokokken zu betrachten ist, sowenig wie die anderen internen Antigonorrhoika, und man mit Arhovin allein im allgemeinen keine Gonorrhöe heilen kann, so ist es doch ein gutes Adiuvans, das gut vertragen wird und neben der Lokalbehandlung frühzeitig angewandt Beschwerden lindert und das Auftreten von Komplikationen erschwert. Besonders günstig wirkt es bei Erkrankung der hinteren Harnwege.

8. Eine neue Quecksilberinhalationskur wird wieder von Kromayer inauguriert, mittels der Merkalatormaske, einer aus einem einfachen Drahtgestell bestehenden Gesichtsmaske, welche von einer doppelten Lage Mull überzogen ist, der mit Quecksilber in feinster Verdünnung imprägniert ist. Urinuntersuchungen ergaben eine starke Resorption. Auch die klinische Beobachtung ergab eine mindestens ebenso schnelle und starke Wirkung wie die gewöhnlichen Injektions- und Inunktionskuren. Die Kur hat den Vorteil der Sauberkeit; ferner wird bei eintretender Intoxikation durch Wegnahme der Maske die Hg-Resorption sofort unterbrochen. Nachteil der Methode ist mangelnde Dosierungsmöglichkeit, da die Maske während des Gebrauchs an Hg-Gehalt abnimmt. Man läßt die Maske im allgemeinen sieben bis acht Stunden, d. h. während der Nacht, tragen und wechselt dieselbe alle zehn Tage.

9. Atoxyl wirkt nach Spiethoff in größeren Dosen spezifisch auf den Lueserreger. Die von Lesser als Gesamtdosis für eine Kur angegebene Menge von 6,2 soll man nicht überschreiten. Indiziert ist Atoxyl 1. in Fällen, die sich nach reichlichem Hg-Gebrauch gegen weitere Hg-Anwendung refraktär erweisen; 2. bei Lues maligna, bei welcher unter Hg häufig Verschlimmerung auftritt, 3. bei Intoleranz gegen Hg, 4. bei Hg-Stomatitis, wenn noch bestehende Erscheinungen die Fortsetzung einer spezifischen Kur erfordern. Als unerfreuliche Nebenerscheinungen beobachtete Spiethoff unter anderen in zwei Fällen Albuminurie, einmal erhebliche Temperatursteigerungen, die als Intoxikationserscheinungen anzusehen waren, und einmal Hämatemesis.

10. Hirsch behauptet die Ueberlegenheit seiner nach einem besonderen Verfahren hergestellten, zur Injektionsbehandlung der Lues dienenden Lösung bezüglich der Schmerzlosigkeit gegenüber allen anderen Lösungen. Die Injektion Dr. Hirsch enthält Hg. oxycyanat 1,0, Acoin (Heyden) 0,4, Aq. dest. 100,0.

11. Zur Behandlung juckender Dermatosen empfiehlt Weiß Bromotan, ein bräunlich-gelbes, geruch- und geschmackloses, in Wasser leicht lösliches Pulver, welches Brom enthält. Es ist vollkommen reizlos und eignet sich zu allen möglichen Arten von Salben, Pudern und Lösungen, besonders indiziert ist es bei lokalem Pruritus. Wegen seiner Reizlosigkeit läßt es sich auch beim nässenden Ekzem in Form von Umschlägen verwenden.

12. Veiel behandelt den Lupus mit sehr gutem Erfolg — wovon sich Ref. selbst überzeugen konnte — mit Pyrogallussalbe. Zunächst verwendet er 10%ige Salbe zur Zerstörung des lupösen Gewebes, behandelt dann mit 2%iger Salbe nach, bis alles auf Lupus Verdächtige abgestoßen ist; schließlich immer schwächere Pyrogallussalben, so daß die Wunde unter Pyrogallusbehandlung abheilt. Es ist dies eine besonders für den praktischen Arzt sehr empfehlenswerte Methode.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Aphorismen zur Therapie der Chlorose.** Von Sanitätsrat Dr. Beerwald-Altheide und Berlin. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, März 1908.

2. **Praktische Vorschläge zur Hygiene der Frauenkleidung.** Von Dr. Grisson-Hamburg. Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 11, nach Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 43.

3. **Ueber Reaktions- und Provokationserscheinungen bei hydriatischen Kuren.** Von Dr. C. Kraus-Wien-Edlach. Med. Klinik, 1908, Nr. 11.

4. **Höhenklima und Seeklima.** Von Dr. W. Francken-Mentone. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, März 1908.

1. „Das Experiment und die Laboratoriumsarbeit", so führt Beerwald aus, „sind für uns so überwiegend maßgebend geworden, daß die Erfahrung kaum an zweiter Stelle Berücksichtigung findet." Da er aber die letztere mit Recht für ebenso wichtig hält wie die experimentelle Forschung, so bringt er im vorliegenden Aufsatz einiges von seinen Erfahrungen und Beobachtungen bei dem wichtigen Krankheitsbild der Chlorose zur allgemeinen Kenntnis.

Hinsichtlich der noch sehr unklaren Aetiologie des „Morbus virgineus" betont er, daß die verschiedenen pathologischen Befunde, besonders auch die Hämoglobinverarmung, die „plastische Adynamie der blutbildenden Organe" keine ausreichende Erklärung geben können. Da jedoch die „Energielosigkeit" des gesamten Körpers das Fundamentalsymptom der Chlorose darstelle, so müssen wir in den Körper Anregung, Energie hineintragen.

Als Hauptmittel in dieser Hinsicht empfiehlt Beerwald tägliche heiße Waschungen von 33 bis 35° R mit nachfolgender Frottierung, wochenlang fortgesetzt, ferner Massage, aktive körperliche Leistungen, letztere nach genauer Feststellung der individuellen Leistungsfähigkeit, Turnen, Gebirgstouren, vernunftgemaß betriebenen Sport. (B.s Empfehlung des Radfahrens kann Ref. nach eigenen Erfahrungen nicht beitreten, da es nicht in der nötigen Weise dosierbar ist.)

Neben Haut- und Muskeltätigkeit ist sodann die Verdauungsenergie zu heben, vor allem durch schmackhafte Kost. Das Verbot von sauren Speisen und Obst bei der Eisentherapie hält B. mit Recht für überflüssig und schädlich. Die letztere kann zeitlich genügend von der Nahrungsaufnahme getrennt werden. Speziell Gemüse und Obst haben einen eminenten Wert bei daniederliegender Verdauungstätigkeit, die, wie u. a. Nothnagel hervorhob, ihrerseits durch Zurückhaltung ungünstiger Stoffe zu Blutverschlechterung führt. Aus demselben Grunde möchte B. auch das Fleisch bei Chlorose nicht zu sehr empfehlen.

Vorsicht sollte auch bei der so beliebten Verordnung von Milch walten, die doch immer über 90% Wasser enthält. Hinsichtlich des Alkohols ist zu bedenken, daß jedes Zuviel eine Erschlaffung zur Folge hat.

Sehr mit Recht betont B. sodann den problematischen, mehr suggestiven Wert der modernen Nährpräparate.

Heiße Bäder zum Zweck künstlicher Schweißerregung (Dyes, Rosin) hält er für einen nicht unbedenklichen Eingriff bei geschwächten Individuen, betrachtet dagegen als sehr wertvoll einen Luftwechsel, speziell Land- und Gebirgsluft. Die See eignet sich nur für die leichteren Fälle. Wertvoll sind auch die Kohlensäurebäder. Bei Trinkkuren ist Vorsicht am Platze.

Hinsichtlich der Eisentherapie schließt B. sich auffallenderweise der modernen Skepsis an, spricht von Suggestivwirkung und läßt höchstens das Levicowasser gelten. Die neuerdings in den Vordergrund des Interesses getretenen katalytischen Wirkungen der Metallotherapie erwähnt er nicht.

2. Daß das Korsett einen Hohn auf die Gesundheit und Schönheit der Frau darstellt, darüber sind die Aerzte sich wohl mit wenigen Ausnahmen klar geworden. Der Reformtracht aber, die die bisherige Frauenkleidung ablösen sollte, haften mancherlei Nachteile an. An ihrer Stelle schlägt Grisson folgende von ihm erprobte Modifikation der jetzigen Tracht vor:

a) das gewöhnliche Hemd,

b) ein Trikotleibchen*), das bis über die Hüftbreite reicht und sich den Körperformen fest anschmiegt. Es besitzt Laschen für die Strumpfhalter und zweimal vier Knöpfe für Hose, kurzen (Flanell)-Unterrock und langen oberen Unterrock,

---

* Hartmann, Hamburg, Gr. Bleichen 56/58, liefert ein Leibchen „Juno" mit entfernbaren weichen Stangen für die Uebergangszeit. Bei sehr vollen Brüsten nehme man einen Brusthalter nach Art von Langes Münchener Leibchen.

c) die gewöhnliche weiße Hose, die an das Leibchen geknöpft wird, aber nicht in der Taillen-, sondern in der Hüftgegend,

d) die zwei Unterröcke, ebenfalls zum Anknöpfen,

e) der Kleiderrock; er ist mit einer Untertaille aus leichtem Futterstoff verbunden,

f) die Bluse mit losem Gürtel.

Die Vorzüge dieser, an instruktiven Abbildungen demonstrierten Tracht bestehen im Vermeiden großer Aenderungen der bisher gebrauchten Kleidungsstücke, im Wegfall der sackartigen, auffallenden Reformtracht, Ermöglichung jeglicher Machart und besserer Auswechselbarkeit der verschiedenen Kleidungsstücke.

3. Da die älteren Hydropathen gar nicht selten von „Krisen“ während der Wasserbehandlung sprechen, so schien es Kraus der Mühe wert, auf alle jene Momente zu achten, die im Verlauf einer hydriatischen Kur unter diesem Gesichtswinkel angesehen zu werden verdienen.

So beobachtete er recht häufig während einer hydriatischen Behandlung malariaartige Fieberanfälle. (Die Provenienz des Patienten aus verseuchten Gegenden und die Milzvergrößerung ließen zum mindesten vermuten, daß die oft mannigfaltigen Krankheitserscheinungen, die den Kranken in die Anstalt geführt hatten, auf der Basis einer latenten Malaria entstanden seien.) Kraus erklart diese provokatorische Wirkung der Wasserkur, dem Ideengange von Winternitz folgend, damit, daß ebenso wie in verschiedenen Kapillargebieten stagnierende Erythro- und Leukozyten, auch ruhende pathogene Keime durch die erhöhte Fluxion aus versteckten Depots herausgeschwemmt und in die allgemeine Blutbahn geworfen werden können.

Aehnlich sind auch die Temperatursteigerungen fieberfreier Phthisiker nach Anstrengungen, hydriatischen Prozeduren etc. durch erhöhte Resorption fiebererregender Substanzen aus einem scheinbar ruhenden Krankheitsherde zu erklären. Das Auftreten von Schmerzen in kariösen Zähnen, das Aufflammen ruhender perimetritischer Erkrankungen, gonorrhoischer Adnexschwellungen, Blasenreiz, Gelenkerkrankungen etc. während der Wasserkur sind ebenfalls als Provokationserscheinungen infolge der Fluxion aufzufassen.

Im Gegensatz dazu begreift Kraus unter dem Ausdruck Reaktionserscheinungen sensu stricto gewisse nervöse Storungen im Verlauf der Wasserkur, die sich durch Ausbleiben sowohl der gewohnten subjektiven Euphorie als auch der objektiven Normalreaktion charakterisieren (schlechtes Aussehen, Kältegefühl, Mattigkeit, Kopfschmerz, Verstimmung oder Erregung, Schlaflosigkeit, kühle Extremitäten, frequenter Puls). Es handelt sich dabei um eine Dissoziation von Nervenreiz und vasomotorischem Effekt infolge von Storung (Ermüdung) des Regulationsmechanismus, wie sie u. a. besonders bei Arteriosklerose vorkommt.

Kraus hält es für die Aufgabe des erfahrenen Hydrotherapeuten, alle diese Erscheinungen durch geeignete Wahl der physikalischen Agentien zu vermeiden bezw. zu beseitigen. Besonders gilt das fur die Paralyse, wo jede aktive Therapie auszuschließen ist, während im allgemeinen diese Provokations- und Reaktionserscheinungen keine unangenehmen Folgen zu haben pflegen. Eine Erwagung darüber, ob und inwiefern sie als günstige Vorgänge im Organismus — vgl. das „künstliche Fieber“ — aufzufassen und zu benutzen seien, stellt Verf. leider nicht an.

Sehr zu bedauern ist auch seine gänzlich negative Stellung zu den „Hautkrisen“. Alle unter diesem Begriff figurierenden Ekzeme und Furunkeleruptionen im Verlauf einer Wasserkur faßt er als „Hausinfektion“ durch schlecht gereinigte Wäsche oder als Folge einer mechanischen Hautirritation auf. Als Ausnahme läßt er nur das luetische Exanthem gelten und empfiehlt dessen künstliche Hervorrufung zu diagnostisch-therapeutischen Zwecken.

4. Die außerordentlich klar und übersichtlich geschriebene Arbeit von Francken betont zunächst, daß Sonnenscheindauer, Temperatur und relative Feuchtigkeit der Luft die wichtigsten Faktoren der Klimabeurteilung darstellen. Er führt dann im einzelnen aus, daß das trockene und sonnige Höhenklima Hyperzythämie, Erhöhung des Stoffwechsels etc. bewirke und deshalb besonders bei Blutarmut jeder Art (mit Ausschluß von malignen Tumoren). Chlorose, Prätuberkulose, Rekonvaleszenz, chronischen Hautleiden, chronischer Bronchitis und Emphysem, Neurasthenie, Gicht, Rheumatismus und Diabetes indiziert sei. Bei Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden sollen nicht mehr als 1300 m erreicht und stete Kontrolle nebst anfänglicher absoluter Ruhe eingehalten werden.

Beim Seeklima ist zu unterscheiden:

a) das trockene, milde Küstenklima (die Mehrzahl der Mittelmeerstrande),

b) das feuchtwarme Küsten- und Inselklima (Madeira, Azoren, Kanarien, Bermudas, Wight und Englands Südwestküste; dann Biarritz, Arcachou, Royan, Venedig),

c) das feuchte, mehr oder weniger kalte Küsten- und Inselklima (Nordfrankreich, Großbritannien, Nord- und Ostsee).

a und b eignen sich mehr für den Winter, c für den Sommer. Seeklima kommt namentlich in Betracht für schwache und skrofulöse Kinder, Rekonvaleszenz mit Neigung zu Erkältungen, Frauenleiden. Stark nervöse Personen fühlen sich oft besser in einem feuchten milden Seeklima wie an der Riviera, nervöse Asthmatiker gehören in die Berge, katarrhalische ans Meer.

Gichtiker, Brightiker, Herz-, Zucker-, Gelenkrheumatismus- und chronisch Darmkranke eignen sich nicht für feuchtes Küstenklima, sondern im Winter für sonnige, trockne Küsten; im Sommer verweilen sie am besten auf halber Höhe, wo es trocken ist (Waadtland, Wallis, Auvergne, Pyrenäen), im Frühling und Herbst Lido, Abbazia, Biarritz.

Für die Prätuberkulose und die latente oder geheilte Tuberkulose ist das Ideal einer klimatischen Behandlung, abwechselnd in sonnigem, mildem, trockenem Küsten- und in einem Höhenklima zu leben.

Bei sonst Gesundem ist im Sommer Höhenluft am besten für geistig ermüdete Erwachsene und für die Pubertätszeit, kurz für die, die Muskelarbeit brauchen, weil das Gehen in dünnerer Luft leichter ist. Eine Seekur dagegen mit ihrer Neigung zu Trägheit paßt mehr für geschwächte Personen und Kinder.

Oeffentliches Sanitätswesen und soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Die Organisation einer systematischen Bekämpfung des Lupus — eine soziale Notwendigkeit.** Von Dr. Paul Wichmann-Hamburg. Nach einem für die erste Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose am 30. Jan. 1908 zu Berlin bestimmten Referat. Deutsche med. Wochenschr., 1908, 12. März, S. 467.

2. **Das Berliner Städtische Untersuchungsamt für hygienische und gewerbliche Zwecke.** Von J. Schwalbe. Ibidem, Seite 465.

1. Obwohl keine tödliche Erkrankung wie die Lungentuberkulose, erscheint der Lupus, der noch dazu vorzugsweise eine Krankheit der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen ist, doch als eine der abschreckendsten Formen, die die Infektion mit dem Tuberkelbazillus hervorbringt, und fällt daher in sozialer Hinsicht um so mehr ins Gewicht, als einerseits die damit Behafteten (nach den allein vorhandenen Angaben Finsens $^{1}/_{2}$ ‰ der Bevölkerung, für Berlin also mindestens 1000) von der Gesellschaft und dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen, andererseits die Aussichten auf Heilung gegenwärtig infolge der Fortschritte der Radiologie wesentlich besser sind als früher. Eine wirksame Bekämpfung dieser Volkskrankheit ist jedoch ohne Organisation nicht möglich. Diese hätte, abgesehen von sachgemäßer Behandlung, besonders der Initialformen, hauptsächlich in der frühzeitigen Ermittelung der Erkrankten und ihrer Verbringung in besondere Lupusheilstätten zu bestehen, welche letztere jede chirurgische Station eines Krankenhauses abgeben könnte. Das Gesagte bezieht sich hauptsächlich auf Lupuskranke in noch nicht erwerbsfähigem Alter, während für solche des erwerbsfähigen die Landesversicherungsanstalten eintreten können und eintreten. Die erste systematische Lupusbekämpfung hat Dänemark durch Gesetz vom 30. März 1901 eingeführt, indem sie sie den Kommunen anempfahl und gleichzeitig bestimmte, daß die Unkosten, welche von der Oeffentlichkeit zur Kur und Pflege für Lupuskranke entrichtet werden, nicht als Armenunterstützung zu betrachten sind, insofern die Kranken in

Staatsanstalten oder staatlich anerkannten Anstalten untergebracht werden. 1902 bewilligte der dänische Reichstag 25000, 1905 30000 Kronen Zuschuß. Die Behandlung ist im Kopenhagener Finseninstitut zentralisiert, die Kranken selbst werden entweder in einer vom Institut errichteten Unterkunftsstätte untergebracht oder unter Aufsicht des Instituts in Privatpflege gegeben. In ersterer sind für solche Kranke, die gleichzeitig an Lungentuberkulose leiden, Isolierabteilungen eingerichtet. — In Oesterreich besteht eine Stiftung „Heilstätte für Lupuskranke", in der nicht nur solche, sondern auch andere Hautkranke Aufnahme finden. Hier wie in Dänemark soll bereits eine große Zahl von Dauerheilungen vorliegen. W. empfiehlt daher auch den Lupus, als einer Form der Tuberkulose, der sozialen Fürsorge des Deutschen Reichs, es fragt sich nur, ob wir auf diesem Wege nicht allmählich zu lauter Spezialkrankenhäusern gelangen, wie es bereits zahlreiche Spezialärzte gibt.

2. Seit einigen Monaten ist nunmehr auch das neueste Berliner Städtische Untersuchungsamt für hygienische und gewerbliche Zwecke am Kölnischen Fischmarkt in Betrieb genommen und damit die Reihe der Berliner kommunalen Sanitätseinrichtungen um ein wichtiges Institut vermehrt worden. Ursprünglich sollte es nur ein Untersuchungsamt für Nahrungsmittel und gewerbliche Zwecke werden, der Plan, es auch hygienischen Zwecken dienstbar zu machen, fand erst Annahme, als die Grundanlage fast vollendet war, was nicht ohne Einfluß auf die Gestaltung des Baues (nach den Plänen des Stadtbaurats Hoffmann) war. Es besteht aus einer chemischen Abteilung (Vorsteher Dr. G. **Fendler**) mit der Unterabteilung für Nahrungsmittelchemie, einer ebensolchen für landwirtschaftliche und gewerbliche Zwecke und einer dritten für Wasseruntersuchung, in welche das frühere hydrologische Institut aufgegangen ist, und einer bakteriologisch-hygienischen Abteilung (Vorsteher Prof. Dr. Sobernheim). Nach Bedarf werden noch mehrere Unterabteilungen geschaffen werden. Neben den beiden staatlichen Instituten, dem hygienischen Institut der Universität und dem Institut für Infektionskrankheiten, werden dem Amt auch die Untersuchungen auf ansteckende Krankheiten, die bisher nicht genügende Ausbildung städtischer Desinfektoren, die Milchkontrolle, die Säuglingsfürsorge, die Schul- und Straßenhygiene, sowie private Untersuchungen übertragen werden. Zur bakteriologisch-hygienischen Abteilung gehören vorläufig außer dem Vorsteher drei Assistenten und zwei Hilfsassistentinnen. Direktor des Amtes ist Geheimrat Proskauer, die Gesamtbaukosten, einschließlich der (bis jetzt noch nicht vollendeten) inneren Einrichtung, betragen 780000 M.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Das Kommando über Lazarettschiffe der Marine.** Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, 5. März, S. 229, Mitteilungen.

1. Die Frage, ob Lazarettschiffe auch im Frieden unter das Kommando von See- oder von Sanitätsoffizieren zu stellen seien, hat in den Vereinigten Staaten von Amerika bei Gelegenheit der Indienststellung des „Relief", des Lazarettschiffs der nach dem stillen Ozean beorderten Flotte, zu Meinungsverschiedenheiten zwischen der Medizinalabteilung der Marine und dem Marineamt geführt und ist, wie es in der Natur der Sache liegt, vom Präsidenten Roosevelt namentlich auch mit Rücksicht auf die Neutralität der Schiffe dahin entschieden worden, daß diese jederzeit unter den gleichen Bedingungen gehalten werden sollen wie im Kriege, und allein der Sanitätsoffizier das geeignete Haupt eines Schiffes sei, das zu leiten ihn seine Ausbildung besonders befähige; er allein sei geeignet, die Neutralität des Schiffes zu gewährleisten, kein Frontoffizier solle an Bord sein. Die Navigation freilich muß einem Zivil-Schiffsführer überlassen bleiben. Das Marineamt hatte Bedenken wegen der Aufrechterhaltung der Disziplin erhoben und geltend gemacht, daß Zahlmeister nicht Sanitätsoffizieren unterstellt werden könnten. Roosevelt hebt in seiner diesbezüglichen Verfügung ausdrücklich das „Widersinnige" hervor, das Kommando über ein Lazarettschiff einem Frontoffizier zu übertragen — stünden doch auch Regimenter oder Kriegsschiffe nicht unter dem Kommando von Aerzten — und führt Beispiele aus dem letzten Kriege gegen Spanien an, aus denen dieser „Widersinn" hervorgeht.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Zur Jod- und Sajodin-Therapie.** Von C. Hartmann. Therap. Monatshefte, 1908, Januar.

2. **Ueber die interne Anwendungsweise des Protargol in der Kinderpraxis.** Von Dr. Hesky.

3. **Alsol.** Von Dr. Linke. Therap. Neuheiten, 1908, Febr.

4. **Anästhesin.** Von Apotheker Bruhn. Ibidem.

5. **Cerolin.** Von Apotheker Bruhn. Ibidem.

6. **Jodofan.** Von Dr. Linke. Ibidem.

7. **Ein Fall von Heroin-Vergiftung.** Von Dr. Glasow. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 5.

8. **Wissenschaftliche Mitteilungen über Diskohol.** Von Dr. Zernik. Apoth.-Zeitg., 1908, Nr. 18.

9. **Ueber praktisch-therapeutische Verwendbarkeit des Aristols (Aristolöl und Aristolpaste).** Von Dr. Franz Daxenberger-Regensburg. Die Heilkunde, 1908, Nr. 3.

1. Im Laufe der letzten zwei Jahre hat H. in der Medizin. Klinik und in der Poliklinik für Hautkrankheiten in Halle reichlich Gelegenheit gehabt, die Wirkung des Sajodins zu prüfen, die an Sicherheit und Promptheit dem Jodkalium mindestens gleichkommt. Es wird in den gleichen Gaben wie Jodkali gegeben; da es aber nur den dritten Teil an Jod enthält wie dieses, so wird dem Organismus bei gleichem therapeutischen Effekt viel weniger Jod zugeführt, ein Grund, weshalb beim Sajodin nur sehr selten Jodismus auftritt. Es hat sich übrigens gezeigt, daß Leute mit ausgesprochener Idiosynkrasie gegen Jodkali das Sajodin gut vertrugen, ja sogar nach einiger Zeit auch größere Mengen Jodkali unbeschadet nehmen konnten. Sajodin wird in Dosen von 1 bis 3 g pro die genommen und hauptsächlich bei tertiärer, aber auch in späteren Formen sekundärer Lues, namentlich in Fällen mit Kopfschmerzen, sodann bei Arteriosklerose, Asthma und chronischer Bronchitis verabreicht.

2. H. hat bei 15 Fällen mit Erfolg Protargol innerlich gegeben, und zwar zu 0,01 bis 0,05 auf 50,0, dreistündlich einen Teelöffel voll, 10 bis 15 Min. vor jeder Mahlzeit, bei Kindern in den ersten acht Lebenswochen; bei größeren Kindern in der Dosis bis 0,1 : 50,0 steigend. Das Protargol wurde gegeben bei Magendarmdyspepsie der Brust- und Flaschenkinder, ferner bei hartnäckigem Magendarmkatarrh der Säuglinge. Daneben entsprechende Diät.

3. Im Februarheft der „Therapeut. Neuheiten" empfiehlt Dr. Linke neuerdings wieder das „Alsol", ein früher „Aluminium acetico-tartaricum" genanntes und von der Firma Athenstaedt & Redecker in Hemelingen bei Bremen hergestelltes Präparat, das aus farblosen, glänzenden, gummiartigen Stücken besteht, völlig arsenfrei — im Gegensatz zu ähnlichen Präparaten — und völlig in kaltem Wasser löslich ist. Nach Aufrecht ist das Alsol der Karbolsäure an bakterizider Kraft überlegen. In der ophthalmologischen Praxis bewährte sich eine 5%ige Lösung (ein Teelöffel auf eine Tasse Wasser) bei Blennorrhoea neonatorum, Konjunktivitis. Zu Nasenspülungen genügt schon eine ½ bis 1%ige, als Mundwasser dient eine 1%ige Lösung. Fritsch berichtet über vorzügliche Erfolge in der gynäkologischen und geburtshilflichen Praxis: Bei Abortus eine ½%ige Alsollösung zu intrauteriner Spülung; bei Fluor verflüssigt Alsol den Schleim und schränkt die Sekretion ein. Für die Scheide kann man den Gehalt bis zu 5% steigern. Linke benutzte die Wirkung des Mittels auf Gonokokken zu deren Abtötung, indem er bei weiblicher Gonorrhöe keinen Scheidenspiegel mehr einführte, ohne ihn mit Alsolcreme bestrichen zu haben. Bei Kombination mit Arhovin intern und extern mit dieser Methode hat L. glänzende Resultate gesehen. In der chirurgischen Praxis wird Alsol genau wie Liquor alum. acet. angewendet. Instrumente werden ebenso wie Schläuche mit 0,75%iger Lösung gereinigt; dabei werden erstere nicht stumpf, letztere nicht brüchig. Die Preise sind: Trockensubstanz 10 g 20 Pf., 100 g 1,55 M. Liquor Alsoli, 50%ig, für Kliniken

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

und Krankenhäuser, ist direkt von der Firma in ½ kg-Flaschen zu 2,50 M. zu beziehen. Für das Publikum liefert die Firma grüne Flaschen mit einer Skala von 10 zu 10 versehen, die 80 g enthalten und 80 Pf. kosten. Von Alsolcreme gibt es Originaltuben zu 50 und 90 Pf.

4. Bei der internen Verabreichung von Anästhesin macht B. auf einen Umstand aufmerksam, der gewöhnlich zu wenig berücksichtigt wird und so leicht ein Versagen des Mittels zur Folge hat. Es ist nämlich unbedingt notwendig, daß Anästhesin auf einen möglichst leeren Magen gegeben wird. Denn es wirkt bekanntlich auf die sensiblen Nerven nur, wenn es auf die erkrankte Stelle kommt. Daher bleiben Gaben, die vom Speisebrei umschlossen werden, wirkungslos, wenn Anästhesin, das unlöslich in Wasser ist, nicht in Form der Lösung den Speisebrei durchdringen und so an die Magenwand gelangen kann. Die Wirkung auf nüchternen Magen tritt prompt ein und hält stundenlang an; selbst bei Karzinomkranken kann man mit Anästhesin unter Zuhilfenahme von Dionin die Schmerzen bis zum Exitus beseitigen. Allerdings sind Dosen bis 5 bis 6 g pro die notwendig. B. gibt der Schüttelmixtur vor dem Pulver den Vorzug. Zum Schluß gibt er einige Rezeptformeln, die wir des Interesses halber aufführen wollen:

Rp. Anästhesin 3,0 — 5,0,
Mucilag. Gummi Arab. 10,0,
Sir. spl. 20,0,
Aq. dest. ad 150,0.
S. Umschütteln. 3mal tägl. 1 Eßlöffel vor der Mahlzeit.

Rp. Anästhesin 3,0,
Bismuth. subnitr. 2,0,
Mucilag. Gummi Arab. 10,0,
Sir. spl. 20,0,
Aq. dest. ad 150,0.
S. Umschütteln. 3mal tägl. 1 Eßlöffel vor der Mahlzeit.

Rp. Anästhesin 3,0,
Bismuth. subnitr. 2,0,
Dionin. 0,1 — 0,2,
Extr. Condurang. fluid. 10,0,
Sir. spl. 20,0,
Mucilag. Gummi Arab. 10,0,
Aq. dest. ad 150,0.
S. 3mal tägl. 1 Eßl. v. d. Mahlzeit.

5. In einem kurzen Bericht weist B. darauf hin, daß das Indikationsgebiet für das Cerolin, das sich bisher auf Furunkulose, Akne und Obstipation erstreckte, sich auch auf die gynäkologische Praxis ausgedehnt hat. Cerolin wird in Form von Gelatinebougies und Vaginalkugeln mit gutem Erfolge bei Endometritis katarrhalis und blennorrhoica, ferner bei zervikaler und vaginaler Leukorrhöe angewendet. Es erfolgte nach Toff Abnahme der Sekretion, Rückgang von Dermatitis, Pruritis, Ekzemen und Follikulitis. Man kann zum innerlichen Gebrauch besonders anzufertigende Cerolinpillen ordinieren (50 Pillen ca. 1,30 M.) oder die Cerolinpillen „Boehringer“ 100 Stück 2,50 M., 50 Stück 1,50 M. Von beiden drei bis fünf Stück pro die. Zur Behandlung der Leukorrhöe werden von der Firma Noffke, Berlin, Vaginalstäbchen und -kugeln mit 5% Cerolin in den Handel gebracht.

6. L. berichtet über ein neues Jodoformersatzmittel, das von der Firma Dr. Horowitz, Berlin, unter dem Namen Jodofan in den Handel gebracht wird und ein kristallinisches, rötlich-gelbes, für den ärztlichen Gebrauch feingepulvertes Präparat darstellt. Während nun bekanntlich Jodoform kein Desinfektionsmittel im Sinne der bakteriziden Medikamente ist, machte man mit Jodofan an Agarkulturen die überraschende Entdeckung, daß an den nicht mit Jodofan bestreuten Stellen die Staphylo- und Streptokokkensaat mächtig wucherte, während an den bestreuten Stellen keinerlei Wachstum zu sehen war. Bei einer Kontrollschale mit Jodoformbestreuung ergab sich keine Wachstumshemmung. Wie die Wirkung des Jodofans zu erklären ist, wissen wir noch nicht. Doch steht fest, daß bei stinkigen, putriden Fällen schon nach wenigen Minuten der ekelhafte Geruch verschwand. Dick mit Jodofan bestreute, aseptisch genähte Wunden zeigten niemals Komplikationen; dabei traten nie Intoxikationserscheinungen, nie Ekzeme auf. Das ärztliche Interesse wurde noch erweckt durch die Mitteilung von Dr. Gerotle in der Med. Klinik über die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose durch Jodofan. G. inzidierte bis ins Gesunde und legte mit Jodofan Trockenverband an, bei oberflächlicher Inzision jedoch Feuchtverband (diese prolongierte Behandlung ist in der Kassenpraxis nicht durchzuführen). Um Tochterinfektionen zu vermeiden, empfahl G., mit irgendeinem nassen Desinfiziens die weitere Umgebung zu befeuchten und nunmehr auf die nicht abgetrocknete Fläche Jodofan dick aufzutragen. Der Verfasser glaubt, daß man nach der vorliegenden Literatur die Berechtigung des Prospekts der Firma, daß Jodofan in der Chirurgie, Gynäkologie und Dermatologie, also bei Ulkus molle, bei Ulkus kruris, Inzisionswunden, Panaritien, nässenden Ekzemen, Portioerosionen und -ulzerationen, Dammrissen etc. Anwendung finden könne, rückhaltslos zustimmen müsse. Man kann es pur oder als Salbe oder als Streupulver ordinieren. Der Preis beträgt für 1,0 g 15 Pf., für 10,0 g 1,20 M. Der Artikel schließt mit dem Hinweis auf die Untersuchungen Dr. Zerniks und Dr. Lucius, wonach der Jodgehalt wesentlich geringer ist, als von der Firma angegeben wurde. Die günstigen Erfolge schreibt Z. der Phenolkomponente zu. Doch sind diese Untersuchungen von Z. für den praktischen Arzt nur von akademischem Wert, da ja die günstige Wirkung des Mittels unangefochten bestehen bleibt.

7. G. berichtet über einen Fall von Heroinintoxikation, die unter dem Bilde der akuten Morphiumvergiftung verlief. Es handelte sich um eine Patientin, die versehentlich 0,05 g Heroin. muriat. genommen hatte, worauf hochgradige Erregung mit Delirien, Pulsbeschleunigung, Verengerung der Pupillen und Polyurie (wohl infolge des reichlichen Wassergenusses? Ref.) sich einstellten. Nach zweistündiger Unruhe trat endlich Beruhigung und Schlaf ein.

8. Unter den in die Geheimmittelliste vom 27. Juni 1907 aufgenommenen Mitteln befindet sich auch Diskohol, ein Präparat zur Bekämpfung der Trunksucht, das in fester und flüssiger Form in den Handel gelangt. Das Mittel soll dem Trinker in unauffälliger Weise in Speisen oder Getränken beigebracht werden und allmählich Widerwillen gegen Alkohol erzeugen. Z. untersuchte das Diskoholpulver. Das gelbliche Pulver löste sich nur teilweise in Wasser; es ließen sich darin nachweisen Kohlensäure, Weinsäure, Natrium und Spuren Kalium. Der ungelöste Rückstand bestand aus Schwefel und einem vegetabilischen Pulver (wahrscheinlich Radix Paeoniae). Das Diskoholpulver dürfte somit aus einem Gemisch von Schwefel, gepulverter Paeonienwurzel, kohlensaurem Natrium und Weinsteinsäure oder Weinstein bestehen. Der untersuchten Probe Diskoholpulver lag eine Sendung Reklameschriften über die Trunksucht und ihre Folgen bei.

9. Zu den vielen Ersatzmitteln für das stark riechende und oft toxisch wirkende Jodoform zählt auch das Aristol (Dithymoldijodid), ein ziegelrotes, fast geruchloses Pulver mit ca. 45% Jod, das sich leicht abspaltet. Es ist in Wasser und Glyzerin unlöslich; dagegen löslich in Alkohol, leicht löslich in Aether, Chloroform und fetten Oelen. Aristol gilt zurzeit als das beste Vernarbungsmittel, zeichnet sich besonders durch seine Ungiftigkeit und Reizlosigkeit sowie durch seine schmerzlindernden Eigenschaften aus und kommt hauptsächlich als Streupulver, als Salbe und in öliger Lösung zur Anwendung. Als Wundpulver ist es wegen seiner schlechten Löslichkeit in alkalischen Sekreten den vielen anderen Jodoformersatzmitteln, wie dem Airol, Europhen, Vioform, Xeroform etc., im allgemeinen nicht nur nicht überlegen, sondern steht an antiseptischer Kraft den genannten Präparaten vielleicht nach. Seiner Anwendbarkeit in Salbenform steht die Umständlichkeit und Schwierigkeit der Salbenbereitung im Wege, da oft trotz peinlichster Herstellung die Verteilung des Aristols in der Salbengrundlage zu wünschen übrig läßt; außerdem ist sie nicht haltbar und die Resorption des Aristol in dieser Form fraglich oder wenigstens minimal. Deshalb macht Dr. Daxenberger in der Heilkunde, 1908, Nr. 3, auf eine vielfach unbekannte und wenig gebräuchliche Anwendungsform aufmerksam, auf die Lösung des Aristol in Oel, kurz Aristolöl genannt. Dasselbe wird jetzt steril von der Firma Bayer in Elberfeld hergestellt und in dunkelbraunen Gläsern zu 25 und 50 g, mit eingeschliffenen Stöpseln und gut versiegelt, als rotbraune, klare Lösung in den

Handel gebracht. Dieselbe ist nach D. jahrelang absolut steril und haltbar.

Nach den Erfahrungen zahlreicher Autoren (Daxenberger, Siebel, Kliegl, Walton, Haas, Rölig, De Cérenville, Eichhoff, Seiffert, Kinnier, Swiecicki, van Baelen, Cutter, Filbry, Binder, Fischer u. a.) läßt das Aristolöl auf allen Gebieten der Medizin den ausgedehntesten Gebrauch zu. Es findet Anwendung:

a) Zu Verbänden mit fünf- bis sechsschichtigem Mull bei Verbrennungen, Verätzungen, ulzerierenden und granulierenden Wundflächen, bei gewissen Formen von Ekzem, bei Psoriasis, nach Augenoperationen, Plastiken. Die Verbände bleiben 24 bis 48 Stunden liegen und bieten den Vorteil, daß sie nicht kleben.

b) Zur Tamponade von Höhlen, speziell Schleimhauthöhlen, also für Nase, Ohr, Scheide, Rektum. Die Tamponade wird so ausgeführt, daß sterile Gaze mit dem Oel getränkt und locker in die Höhle gestopft wird, und hat vor der Jodoformgaze den Vorzug der Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und leichter Entfernbarkeit.

c) Zur Pinselung bei Haut- und Schleimhautrissen, an Brustwarze, After, in Nase, Rachen und Kehlkopf, im Ohr und am Auge.

d) Zu Einträufelungen ins Auge, in Nase und Ohr.

e) Zu Injektionen, da es steril und schmerzlos ist, und zwar bei kalten Abszessen, Gelenk- und Drüsentuberkulose, bei Dakryozystitis, Endometritis, gonorrhoischer Urethritis, bei Hämorrhoiden etc. etc.

f) Zur Massage: besonders bei Keloidnarben.

g) Zum Einölen von Instrumenten (Katheter) und Finger zur vaginalen und rektalen Untersuchung.

Statt der Mikuliczschen Zink- und Brunsschen Airolpaste ist zweckmäßig die Verarbeitung des Aristols zu einer Paste, Aristolpasta, die der Hautfarbe sehr ähnlich ist und daher unauffällig aufgetragen werden kann. Ihre Zusammensetzung ist folgende:

Aristol 5,0,
Mucilag. gummi arab.,
Glyzerin ana 10,0.
Bol. alb. q..s. ut fiat past. mollis.

Da Aristol als Jodverbindung bei Berührung mit Metall leicht Zersetzungen ausgesetzt ist, darf die Paste nur in Porzellantiegeln und mit Hornspateln hergestellt und in entsprechenden Gefäßen abgegeben werden. Durch Zusatz von Bolus alba oder Glyzerin kann sie härter oder weicher gehalten werden. Die Paste dient zur Bedeckung kleiner, nicht klaffender Riß- und Schnittwunden, von Hautrissen und Schrunden, von Hautabschürfungen, zum Schutze der Haut nach Entfernung der Nähte, zum Verschluß von Punktionsöffnungen. Bei der Auftragung mit einem sterilen Glasspatel (z. B. auch auf Operationswunden) kann die Schicht durch einige Wattefasern verstärkt werden; doch ist darauf zu achten, daß die Wunde nicht mehr blutet und die Umgebung derselben völlig trocken ist. Da die Paste langsam trocknet, kann man zur Beschleunigung des Erstarrens etwas Puder aufstreuen.

Technische Neuerscheinungen.

Ein einfacher Gärungssaccharometer für den praktischen Arzt,

von Dr. A. Basler konstruiert, wird zum Nachweis und Bestimmen der Zuckermengen im Harn warm empfohlen. Der Apparat hat den Vorteil, daß er einfach und leicht zu handhaben ist, genaue quantitative Bestimmung des Zuckers ermöglicht und sich nach dem Gebrauch vollkommen auseinandernehmen und leicht in allen seinen Teilen reinigen läßt. Die Flüssigkeit, deren abgeschiedene Kohlensäuremenge benutzt wird, bleibt während der Gärung in ihrer Menge vollkommen die gleiche, und die nachträgliche Absorption der Kohlensäure ist möglichst eingeschränkt. Der Apparat besteht aus einem zylindrischen Gefäß, in welches 5 ccm mit Hefe versetzter Harn gegossen wird, und welches durch einen Glasstopfen verschlossen werden kann; der Kopf des Gefäßes ist, in eine mit Blei beschwerte Holzplatte eingelassen, welche den Fuß des Apparates darstellt. An der dem Stopfen gegenübergelegenen Seite geht das Gefäß in einen Helm und dieser wieder in eine ca. 3 cm lange und 2 mm weite Glasröhre über. Diese Glasröhre mündet ihrerseits in ein zugeschmolzenes, etwa 1 cm weites Glasrohr, von welchem in der Nähe des Helmes ein nach oben gekrümmtes und dann mit dem ersteren parallel verlaufendes zweites Glasrohr abzweigt, das von der gleichen Weite und Länge, aber oben offen ist. Der Inhalt des Gefäßes ist so groß, daß über den 5 ccm Harn eine kleine Luftblase bestehen bleibt. Wenn man nun das Gefäß mit 5 ccm Harn und das Glasrohr mit gesättigter Kochsalzlösung beschickt, so kann die Kochsalzlösung nicht in das offene angefügte Rohr fließen, da keine Luft nachdringen kann, ebensowenig kann sie in das Rohr des Helmes fließen. Die bei der Gärung entstehenden Kohlensäurebläschen steigen durch den Helm in das oben zugeschmolzene Glasrohr, wo sie sich oben am zugeschmolzenen Ende ansammeln und die Salzlösung aus dem Rohr verdrängen, welche in das angefügte, nach oben gebogene offene Rohr entweichen kann. An einer dem Apparat angefügten Skala kann man für Temperaturen von 37 ° C und 20 ° C die Kohlensäuremengen ablesen, aus deren Volumen sich der Zuckergehalt berechnen läßt. Für konzentriertere Harne hat Basler noch einen anderen Apparat konstruiert, welcher dem beschriebenen im Prinzip vollkommen gleicht, dessen Gefäß zur Aufnahme des Harnes nur bedeutend kleiner ist und nur 0,5 ccm faßt. Man füllt diesen Apparat mit einer Pipette. Natürlich bedeuten bei diesem Apparat die Zahlen ganze Prozente. Auch dieser Apparat besitzt zwei Skalen, eine für 37 ° C, eine für 20 ° C. Mit dem ersteren Apparat bestimmt man Zuckermengen von 0,1 bis 1 % und mit dem anderen solche von 1 bis 10 % Zuckergehalt. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie.

Von A. Richaud. Paris 1908. Masson & Cie. 938 S. Preis 12 Fr.

Im allgemeinen kann man sagen, daß wir Deutschen genug gute Lehr- und Handbucher der Pharmakologie und Pharmakotherapie besitzen, dennoch müssen wir dieses französische Werk als eine wertvolle Bereicherung für die Lehre von der Materia medica betrachten. In dem Abriß ist auf alles das Rücksicht genommen, was der praktische Arzt auf diesem wichtigen Gebiete seiner Tätigkeit nötig hat. So ist bei den meisten Mitteln nicht nur auf die Angabe der botanischen oder chemischen Abstammung Wert gelegt, auch die pharmakodynamische Wirkung und besonders die Dosierung und Anwendungsform ist zum Teil recht ausführlich besprochen. Wir begegnen keineswegs nur den offizinellen Arzneimitteln, sondern auch Veronal, Theophyllin, Dionin, Heroin, Stovain und vielen anderen, die neueren Datums sind. Physiologische und toxikologische Notizen sind ebenfalls da, wo es nötig erschien, aufgenommen. Recht vorteilhaft unterscheidet sich das Buch von vielen anderen der Art, daß dem speziellen Teil eine allgemeine Pharmakologie vorausgeschickt ist, d. h. eine Reihe von Kapiteln, in denen die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse, Gewöhnung an Arzneimittel, Beziehung zwischen Konstitution und Wirkung usw. behandelt werden. In einem besonderen längeren Abschnitt werden die Wirkungsarten der mannigfachsten Arzneigruppen präzisiert, so die Antiseptika, Antiparasitika, Topika, Revulsiva, Kardiaka, Diuretika, Diaphoretika, Expektorantia, Antipyretika, Hypnotika, Purgativa usw. Kurzum, jedem Arzte, der mit dem Französischen einigermaßen vertraut ist, ist das Richaudsche Buch zu empfehlen. Bachem-Bonn.

Die Liebe des Plato. Novelle von Leopold von Sacher-Masoch. Illustriert von Marquis Franz von Bayros. Leipzig. Georg U. Wigands Verlag. Preis 4 M.

Wohl jedem Arzte ist der Name Sacher-Masochs bekannt, und auch die psychosexuelle Richtung, die dieser Schriftsteller in seinen Romanen einschlug. Ich erinnere nur an einen seiner bekanntesten, „Venus im Pelz". Mußte er es sich ja auch gefallen lassen, daß von Krafft-Ebing einer ganz bestimmten Gruppe perverser Sexualerscheinungen nach ihm den Namen „Masochismus" beilegte. Die vorliegende Novelle: „Die Liebe des Plato" erschien zuerst vor ca. 30 Jahren. Sie besitzt ebenfalls einen perversen Anstrich. Stellen wie „Eine schöne Frau ist mir wie ein Kunstwerk, z. B. ein Gemälde, das man nie berühren, ja, dem man nicht einmal zu nahe kommen darf, wenn man den Zauber nicht schwinden sehen will" auf der einen Seite und Stellen wie: „Wohin mein Verhältnis zu Anatol führen soll. Ich weiß es selbst noch nicht. Enttäuscht bin ich vollständig — ich meine in geistiger Beziehung, aber ich sehe, daß — daß er mich liebt und fühle Mitleid mit ihm," oder „ich habe mir ja über die Liebe nie Illusionen gemacht, aber . . . . . ., was bleibt uns also als die Freundschaft, die echte, männliche Freundschaft. So verstehe ich das Gastmahl des Plato" u. a. zeigen denselben zur Genüge.

Illustriert ist das Buch von Marquis Franz von Bayros. Wer ist dies? Den Kennern der erotischen Literatur ist derselbe kein Neuling. Ich erinnere nur an seine Illustrationen zu Cleland: „Memoiren der Fanny Hill" und de la Gall: „Hundert neue Novellen", „Geschichten aus Aretino" u. a.

Er ist einer der hervorragendsten Zeichner der Erotik, und zwar nur Frauenzeichner. Seine langen, schmalen, aristokratischen, dabei im Ausdruck und Haltung so vornehm sinnlichen Weibertypen mit ihren sich reckenden, dünnen, ach, nur allzu dünnen, unnatürlich harten Gliedmaßen, Frauen, aus deren Augen die ganze sinnliche Glut uns entgegentritt, ohne — gemein zu sein, sie begegnen uns auch in den fünf Illustrationen zu vorliegender Novelle und geben dem Ganzen einen künstlerisch-ätherischen Hauch. Die Ausstattung der kleinen Novelle seitens des Verlags ist glänzend. Rohleder-Leipzig.

„Gesundheitsregeln". Von Dippe. Leipzig 1908. Verlag S. Hirzel. Preis 1,50 M.

Die individuelle Hygiene ist für die Mehrzahl aller Erkrankungen mindestens ebenso prophylaktisch zu berücksichtigen wie die öffentliche Hygiene. Es ist mit Freuden zu begrüßen, wenn die wichtigsten Gesundheitsregeln für das tägliche Leben in einer so klaren und dabei doch anziehenden Form gelehrt werden wie in dem vorliegenden Buche. Was der Verfasser über Wohnung, Essen und Trinken, Kleidung und Körperpflege, Arbeit und Erholung sagt, das sollte nicht nur jeder Mensch wissen, sondern auch beherzigen. Die Lektüre dieses nützlichen Buches sei Aerzten und Laien nachdrücklichst empfohlen.

Burwinkel-Bad Nauheim.

Stillstand ist Rückschritt. Sollen wir unsere Patienten durch Verordnung von Lebertran belästigen, wo wir im Fucol nicht nur ein leichter einzunehmendes, sondern obendrein energischer und schneller wirkendes Nährfett besitzen? Man verordne Fucol in Orig.-Flaschen à $^{1}/_{2}$ Liter à M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Schmackhafte Krankenkost
mit
MAGGI's Würze
mit dem Kreuzstern
Wenige Tropfen geben schwachen Suppen, Bouillon, Eierspeisen, Gemüsen usw einen kräftigen, den Appetit anregenden Wohlgeschmack.
Man achte auf den Namen MAGGI und Kreuzstern.
Wissenschaftliche Literatur und Proben auf Wunsch von der
Maggi-Gesellschaft, Berlin W. 57.

ALLGEMEINES.

Wie wir in Nr. 14 mitteilten, veranstaltet **der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus** zu Berlin auch in diesem Jahre wissenschaftliche Vorlesungen zum Studium des Alkoholismus. Wir teilen heute das Programm der Vorlesungen mit.

Dienstag, den 21. April. 9 $^{1}/_{2}$: Eröffnungsansprache: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner-Berlin. 10—11: Physiologische Wirkungen des Alkohols. Reg.-Rat Dr. Rost, vom Kaiserl. Gesundheitsamte, Berlin. 11—12: Die katholische Kirche im Kampfe gegen den Alkoholismus. Monsignore Dr. Werthmann, Geistl. Rat, Freiburg im Br. Abends 8—10: Wehrkraft und Alkohol. Oberstabsarzt Dr. Brunzlow-Posen. — Mittwoch, den 22. April. 10—12: Gasthausreform auf dem Lande. Pastor Reetz-Siedkow. Abends 8—10: Alkohol und Geschlechtskrankheiten. Dr. med. Wolf-Schöneberg. — Donnerstag, den 23. April. 10—12: Das Trinken in der deutschen Geschichte. Pastor Dr. Stubbe-Kiel. Abends 8—9: Alkoholismus und Deutschtum in den Verein. Staaten von N. A. Professor D. Dr. Rade-Marburg. 9—10: Die Bedeutung der Alkoholfrage für die Arbeiterschaft. Gewerbeinspektor Dr. Bender-Berlin. — Freitag, den 24. April. 10—11: Die evangelische Kirche im Kampfe gegen den Alkoholismus. Konsistorialrat Pfarrer Mahling-Frankfurt a. M. 10—12: Kriminalität und Alkohol. Generalsekretär J. Gonser-Berlin. Abends 8—10: Der theoretische Nährwert des Alkohols. Professor Dr. Kassowitz-Wien. — Sonnabend, den 25. April. 10—12: Volkswohlfahrt und Alkoholismus. Ob. Med.-Rat Professor Dr. Gruber-München. Schlußansprache: Senatspräsident Dr. von Strauß und Torney, Wirkl. Geh. Oberreg.-Rat, Berlin.

An den Nachmittagen finden Besichtigungen sozial-hygienischer Einrichtungen wie der Berliner Arbeiterkolonie, der Blindenanstalt Steglitz, des Erziehungsheims am Urban, des Hygienischen Instituts der Universität usw. usw. statt.

Alle Anfragen sind an die Geschäftsstelle des Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus (Berlin), z. H. der Frau Gerken-Leitgebel, Friedenau bei Berlin, Rubensstr. 37 zu richten.

Patent-Nachrichten.

Patenterteilungen.

30 k. 190709. Mutterrohr mit abspreizbarem Kopfgestell. Joseph Jacob Brin, Chikago; Vertr.: A. Wiele, Pat.-Anw., Nürnberg. 29. 6. 06. B. 43504.

Für diese Anmeldung ist bei der Prüfung gemäß dem Unionsvertrage vom $\frac{20.\ 3.\ 83}{14.12.00}$ die Priorität auf Grund der Anmeldung in den Vereinigten Staaten von Amerika vom 20. 7. 05 anerkannt.

30 k. 190804. Harnröhrenspritze mit Gummiball und Rückschlagventilen. James Henry Hoseason, Manchester, Engl.; Vertr.: Pat.-Anwälte Dr. R. Wirth, C. Weihe, und Dr. H. Weil, Frankfurt a. M. 1, und W. Dame, Berlin SW. 13. 9. 10. 06. H. 38916.

30 a. 316234. Thermometerhülse aus Glas zum Schutze gegen Uebertragung ansteckender Krankheiten. Dr. Siegfried Fackenheim, Cassel, Bahnhofstr. 10. 26. 7. 07. F. 15986.

Knochenstoff in colloider Form, ist das leicht verdauliche und leicht assimilierbare, seit Jahrzehnten in der ärztlichen Praxis erprobte **Antirachiticum**

„Geh. Rat. Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch".

Enthält in aufgeschlossener Form alle anorganischen Bestandteile des menschlichen Knochengerüstes.

Armenverbänden Ermäßigung!

Prospekte und Abhandlung durch **Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.**

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 19. April 1908. Nr. 16.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Kann die Ursache des nervösen Asthmas in einer Störung des Organgefühls für das respiratorische Gleichgewicht gefunden werden?

Von Dr. med. **Georg Avellis** in Frankfurt a. M.

Die letzten Jahre haben uns eine merkwürdige Fülle von neuen Zusammenhängen gebracht, die die Abhängigkeit körperlicher Vorgänge von seelischen Prozessen illustrieren. Vor 20 Jahren hätte niemand geahnt, daß diese erstaunlichen Dinge sich experimentell erweisen lassen und daß der Rayon der Einflußsphäre zerebraler Veränderungen funktioneller Art auf den Ablauf körperlicher, motorischer und sekretorischer Vorgänge bedeutend erweitert werden muß.

Der Zweck dieser Zeilen ist zunächst der, zu untersuchen, ob die schon längst bekannte, aber nicht richtig gedeutete Nervenstimmung bei den Attacken des Asthmas nicht überhaupt zu einer anderen Aetiologie und ärztlichen Auffassung des Asthmas führen kann und so der Therapie neue Wege zu weisen wären.

Wir wollen vom Bekannten zu dem Neuen fortschreiten und deshalb mit der Betrachtung der sekretorischen Vorgänge bei der Verdauung beginnen, um nachher die sekretorische Veränderung der Respirationsprozesse zu analysieren.

Noch vor wenigen Jahren war die Vorstellung von der Verdauung der aufgenommenen Nahrung eine im wesentlichen mechanische; der mechanische Reiz der Speisen auf die Magenschleimhaut rege die Verdauungsdrüsen an, so dachte man früher, so daß ihre verschiedenartigen Säfte sich auf die Bestandteile der verkleinerten Nahrung ergießen und nach chemischen Gesetzen den Speisebrei dissoziieren. Pawlows Versuche haben nun merkwürdige Tatsachen festgestellt, von denen ich nur die folgenden als Illustration für meinen Ideengang anführe. Er hat gezeigt, daß es bereits genügt, bei einem Hund die Vorstellung von Fleisch zu erwecken, indem man ihm solches von weitem zeigt oder auch nur den Geruch von Fleisch an anderen Gegenständen übermittelt, um reichliche Mengen von Magensaft zur Ausscheidung zu bringen. Er hat ferner gezeigt, daß die Menge des abgeschiedenen Magensaftes sehr verschieden ist, je nachdem dem Tier die gezeigte Nahrung angenehm ist oder nicht. Beim Anblick von Fleisch sieht man viel Magensaft, beim Vorhalten von Brot, auf das die meisten Hunde wenig Appetit haben, nur wenig Magensaft fließen. Es gibt also einen Appetitsaft, der auf psychische Vorstellung hin reichlich fließt, lange, ehe die Speise wirklich aufgenommen wird, und den Speisemagensaft, der durch unmittelbare Reizung der Magenschleimhaut hervorgerufen wird. Beide Säfte richtig gemischt geben erst die normale Leistungsfähigkeit der Verdauung. Aehnlich ist es mit der Speichelabsonderung; bei trockener, fester Nahrung gibt es eine reichliche Menge von Speichel, die zum Schlüpfrigmachen des Bissens notwendig ist, bei flüssiger Nahrung wenig, da er hier entbehrlich ist. Gibt man einem Hund einige kleine glatte Steine in das Maul, so läßt er dieselben nach einiger Zeit ohne wesentliche Speichelabsonderung wieder herausfallen; gibt man ihm Sand, so scheidet er massenhaft Speichel ab. Das ist keine mechanische Reizung der Mundschleimhaut, denn hat man das Experiment mit dem Hund öfters gemacht, so sondert er den reichlichen Speichel schon ab, wenn man ihm den Sand nur zeigt, während ein anderer Hund, mit dem man noch nicht experimentiert hat und der mit dem Anblick von Sand noch keine feste Vorstellung verbindet, beim Vorzeigen desselben keinen Speichel fließen läßt. Dasselbe Experiment ist auch auf folgende Weise ausgeführt worden: Betupft man die Schleimhaut mit rot oder schwarz gefärbtem Essig, so tritt reichliche Speichelabsonderung auf, macht man das einige mal und zeigt dann dem Hund rotes oder schwarzes Wasser, so läßt er sofort reichlich Speichel fließen, während ein uneingeübter Hund, der keine Vorstellungen mit der gefärbten Flüssigkeit verbindet, keinen Speichel absondert. Das diene nur als Beispiel (ich lasse die viel komplizierteren Versuche über Pankreassaftabsonderung beiseite und betone nur, daß bei Menschen mit Magenfisteln ähnliche Experimente zu gleichen Resultaten geführt haben), um den Zusammenhang zwischen seelischen Vorgängen und sekretorischen Vorgängen, die nicht dem Willen unterliegen, zu zeigen. Mehr darf man eigentlich nicht sagen, man darf nicht sagen, die Verschiedenheit der Saftabsonderung stehe in einem direkten ursächlichen Verhältnis zwischen seelischem Vorgang und körperlicher Funktion; das ist wohl möglich, wahrscheinlich aber doch nur eine menschliche Meinung, keine Tatsache. Für uns Aerzte genügt ja auch zunächst die Wissenschaft von der regelmäßigen Koinzidenz und Kongruenz bestimmter köperlicher Vorgänge und seelischer Vorstellungen, und es ist unerheblich, ob wir diese Aneinandergebundenheit als Ursache und Wirkung in direkter Weise ansehen oder ob wir eine Spekulation darüber ganz beiseite lassen und uns begnügen mit der Feststellung dieses Abhängigkeitsverhältnisses.

Erinnern wir uns jetzt, daß beim Menschen die Herrschaft des Zentralorgans, zu dem wir einmal einfach das Bewußtsein die Abstraktion, das Sprachvermögen usw. rechnen wollen mehr wie beim Tier hervortritt, so ist sofort verständlich, daß man beim Menschen nicht mehr den Gegenstand (sagen wir einmal Fleisch oder Brot, oder Fleisch oder Kot) vorzuhalten braucht, um die Magensekretion zu beeinflussen, sondern daß es schon genügt, wenn wir durch die Sprache oder durch Gefühlsübertragung die Vorstellung von genießbarem Fleisch oder ungenießbarem Kot bei ihm hervorrufen, um Hunger und Saftsekretion oder Ekel und Ausfall der Sekretion zu erzeugen. Ich erinnere hierbei an die Ihnen allen bekannten Experimente, in denen man durch Wach- oder Schlafsuggestion suggestible Leute rohe Kartoffeln, Papier etc. mit Appetit essen ließ. Gehen wir einen Schritt weiter und denken nun nicht an normale, sondern an nervöse Menschen, bei denen eine Reihe von Hemmungen fehlen und bei denen für den Normalen unzureichende Reize übergroße Hemmungen und Effekte hervorbringen, so bekommen wir eine Vorstellung, wie ein (sagen wir) Angstgefühl sekretorische und motorische Veränderungen hervorbringen kann. Gehen wir mit raschem Schritt auf unser Spezialgebiet über und denken wir einen Fall, der praktisch oft beobachtet ist, daß jemand durch ein unbewußtes Gefühl, oder durch die Vorstellung, keine Luft mehr zu bekommen (sagen wir ein Kind nach Keuchhustenattacken, nach Masernbronchitis, oder ein Erwachsener infolge eines psychischen Traumas, verbunden mit irgend einem Atemhindernis, z. B. Bronchialkatarrh), eine Asthmaattacke erleidet, so dürfen wir den Ablauf der Erscheinungen derart verstehen, daß psychische Vorstellungen einer Störung des respiratorischen Gleichgewichtes den natürlichen unbewußten Atemtypus in einen der krankhaften Lage angepaßten bewußt anomalen Atemtypus verwandelt (Uebertreibung der Inspirationsgröße) und zu gleicher Zeit oder bald nachher auch die sekretorischen Veränderungen im Vagusgebiet (Rhonchi und Rasseln) hervorbringt. Es ist nicht nötig, daß dieses Gefühl jedesmal oder überhaupt je in den Bereich des Bewußten tritt, es genügt dafür das unterbewußte Gefühl einer Atemnot. Zum Beweise, daß das keine graue Theorie, sondern durch Beobachtung gewonnen und befestigt ist, will ich eben nur eine einzige Beobachtung am Krankenbett hier anführen, die gewiß auch schon von anderer Seite festgestellt worden ist. Eine Dame, die seit drei Jahren so gut wie beständig an einem chronischen asthmatischen Zustand litt, mit einer ganzen Gruppe von pfeifenden und giemenden Geräuschen auf der Brust, wurde zum Zweck einer Operation chloroformiert. Noch auf dem Operationstisch konnte man die bekannten Geräusche auskultatorisch feststellen. Während der Chloroformnarkose waren sie wie durch Zauber verschwunden. Also Ausschaltung eines gewissen psychischen Anteils; Aufhören der krankhaften Geräusche in den Bronchien. Nach der Narkose war wieder das alte Giemen zu hören. In Brügelmanns Buch über das Asthma, in dem sich höchst lehrreiche Krankengeschichten, wo mit ebenso eklatanter Wirkung wie durch eine Morphiuminjektion durch suggestiven Einfluß die Asthmaattacke und deren objektiv wahrnehmbare Erscheinungen zum Verschwinden gebracht wurden. Im Verfolg dieser Ideen, die ich an anderen Orten ausführlicher belegen will, ist es mir zusammen mit Dr. Mannheimer sogar gelungen, bei einer hypnotisch gut veranlagten Person, die nie an Asthma gelitten hat, einen Teil des asthmatischen Atemtypus willkürlich hervorzurufen. Bei der Suggestion: die Luft wird schlecht und knapp, machte die Hypnotisierte ohne vorherige Instruktion tiefe, frequente, inspiratorische Atemzüge mit solcher Hebung der unteren Thoraxenden, daß beim Inspirieren sich der Bauch einzog. Es trat ein quälender, trockener Husten auf, gerade wie sich der Asthmatikus quält, Schweißausbruch, ängstlicher Gesichtsausdruck, Spiel der Nasenflügel. Nur das Giemen in den Bronchien kam nicht sofort zustande.

Beim Asthma handelt es sich aber nicht bloß um sekretorische Vorgänge, sondern auch um eine Aenderung des Atemtypus mit Aufblähung der Lunge und erschwerter Ausatmung. Können solche Dinge auch auf rein nervöse Ursachen, also als Reflexerscheinungen, aufgefaßt werden? Und kann man solche Auffassung begründen? Ja! Christian Bohr, Kopenhagen, hat experimentell erwiesen, wie er auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Dresden an demselben Tage vortrug, als ich in der Laryngologischen Sektion meine Anschauung des Asthmas als eine Störung im Gefühl des respiratorischen Gleichgewichts vorbrachte, daß bei bestimmten Untersuchungen über die Vitalkapazität sich unter anderem folgendes Gesetz ergeben hat. Wenn man eine Person, deren Vital- und Totalkapazität der Lunge man gemessen hat, anstrengend arbeiten läßt und dann wieder den Ruhestand abwartet und nun mißt, so verkleinert sich die Vitalkapazität durch Vergrößerung der Residualluft um 1/2 Liter. Es tritt eine zwangsmäßige Reflexhemmung derart ein, daß die sich selbst regulierende Atembewegung nicht erträgt, wenn die Lunge sich ganz entleert, sondern schon vor dem richtigen Schluß der Ausatmung eine Einatmungsbewegung beginnt, ohne daß Dyspnoe vorhanden ist. Bohr führt das auf eine gefühlte und unbewußt gewollte Erleichterung des Kreislaufs und der Herzarbeit zurück. Er fand ferner, daß die Mittelkapazität der Lunge (also die Lungengröße) stets reflektorisch nach den Ansprüchen an die Funktion sich einstellt. Geht Arbeit voraus, so vergrößert sich die Residualluft, es bleibt auch nach der Arbeit eine Zeitlang beim Normalmenschen ein Volumen pulm. auctum zurück. Also ein physiologisches Emphysem! Durig (Centrb. f. Phys. 1903) fand nach längeren Anstrengungen (Gebirgsmarsch) eine Lungenvergrößerung von mehreren Tagen. Hier kann es sich nicht um Erschlaffung der Lungenelastizität handeln, das geht nicht in Stunden vor sich und verschwindet nicht wieder nach kurzer Zeit, sondern hier handelt es sich um eine reflektorische Einstellung des Atemtypus, der eine Vergrößerung der Atemoberfläche erzielen will und kann. Der Typus entspricht dem Asthmatypus: Blähung und verminderte Ausatmungsfähigkeit.

Wir lernen also hier einen kompensatorischen Reflex beim Gesunden kennen, der mir den Weg bestätigt, den ich, ohne diese neuesten Dinge zu kennen, im Auge hatte, wenn ich den Asthmatypus als eine nervöse Störung im respiratorischen Gleichgewicht angesehen wissen will. Auch die Pathologie gibt Beispiele an die Hand, die unsere Ansicht bestätigen. Ziertmann (Münch. med. Woch. 1894) hat akute Lungenlähmung bei Angstzuständen Geisteskranker beschrieben.

Wir wissen also, daß Vorstellung oder Erregung, wahrscheinlich auf dem Umwege übers Herz, den Atemtypus dem Träger unbewußt so ändert, daß eine Lungenblähung nicht organischer Natur auftritt und die Ausatmungsmöglichkeit durch einen selbsttätigen zwangsmäßigen Reflex gehemmt wird. Diese beim Normalmenschen auftretende Regel wird nun beim Nervösen oder nach einem Chok oder nach einer Affektion der Atemwege so gesteigert, daß der Typus eines Asthmatikus sich entwickeln kann.

Es scheint vielleicht manchen, daß meine Erörterungen nicht genügend begründete Spekulationen sind, deshalb will ich auf einen Gewährsmann nicht verzichten, gegen dessen Beobachtungsgabe niemand etwas einwenden kann: Helmholtz.

Dieser spricht bei der Erwähnung „innerer Empfindungen“ von einem „Gefühl des Atembedürfnisses“.

Das Luftbedürfnis wird analog den fühlbaren Aenderungen des Herzschlags und der Durstempfindung gesetzt. Helmholtz spricht bei den unbestimmt wahrnehmbaren inneren Empfindungen von einem Gefühl für Atmungshemmnisse und bezieht das Gefühl für den Lufthunger auf eine Organempfindung des Atmungsapparates (der Lungen?) und erwähnt, daß der Lufthunger durch Atmungsbewegungen gemindert und „lokalisiert“ wird.

Ich habe zufällig erst nach der Konzeption des Gedankens, daß das Asthma nur ein Ausdruck eines ins labile Gleichgewicht geratenen Organgefühls für das respiratorische Bedürfnis ist, diese Ideen Helmholtz's gefunden und mich gefreut, bei dieser Autorität auch schon die Gebundenheit des Gefühls für das Atemgleichgewicht an das Organ der Lungen genannt zu finden.

Es ist also wiederum alles Gescheite schon einmal gedacht worden und muß nun noch einmal gedacht werden.

Aus diesem Gesichtspunkt dürfen auch die unbestimmten Organempfindungen, die den lustlosen Empfindungen angehören und in die Brust lokalisiert werden, bei solchen Asthmatikern zurückgeführt werden, die vor dem Anfall eine deutliche Vorempfindung haben.

Wie normale Menschen das kommende Erröten und Erblassen vorempfinden, so haben Asthmatiker manchmal eine Aura vor der Attacke, die auch zu dem Organgefühl für das respiratorische Gleichgewicht gehört.

Brügelmann, früher schon Sig. Goldschmidt, betonen den Einfluß des Zentralorgans.

B. schreibt: „Ich sage absichtlich stets Zentralorgan und lasse mich auf speziellere Definierung nicht ein, weil die Neurologen und Physiologen bis jetzt den Sitz der Atemzentren nicht mit absoluter Sicherheit nachgewiesen haben. Der Akzessorio-Vagus sowie die Medulla oblongata sind allerdings die wahrscheinlichsten Ursprungsstätten der Atmung."

Brügelmann verzichtet auf die nähere Definierung, was er mit dem Reiz des Zentralorgans meint, weil der Sitz des Atmungszentrums noch nicht genügend erforscht sei, und hält Vagus und Medulla wahrscheinlich für die „Ursprungsstätten der Atmung". Auf dieser Basis wird man schwerlich als Arzt zu einem Verständnis einer Respirationsstörung kommen, wie sie z. B. als Asthmaattacke in Erscheinung tritt. Wir brauchen aber auch zunächst zum Verständnis gar keine anatomische Lokalisation, sondern nur ein physiologisches Begreifen.

Um auf diesem Wege vorwärts zu kommen, möchte ich noch ein paar triviale Tatsachen als Beispiel anführen.

Sie alle wissen, daß psychische Vorgänge, z. B. Reisefieber, Examenserregung, Aenderungen im Gefäßsystem („der rote Kopf der Examinierten") und Aenderungen im sekretorischen System („nervöse Darmstörungen") hervorbringen. Die Jäger unter Ihnen wissen, daß Jagdhunde am Anfang der Jagd vor Erregung Durchfall bekommen. Schreck oder Freude kann sekretorisch die Absonderung des Appetitsaftes hemmen oder motorisch die Extremitätenmuskulatur lähmen. Ein Bekannter von mir bekommt bei schräg abfallenden Gebirgswegen, wo jede Gefahr des Absturzes ausgeschlossen ist, plötzlich gegen seinen festen Willen einen solchen Chok, daß sekretorische Veränderungen (profuser Schweißausbruch) und motorische Störungen (Versagen der Beine, Zittern der Knien) ohne Drehschwindel auftreten. Er sitzt dann unerwartet an einer Wegstelle fest und muß nach einiger Zeit in großer innerer Empörung umkehren.

Genug der Beispiele! Sie lassen sich ja vielfach vermehren und beweisen im allgemeinen nur die Abhängigkeit körperlicher Vorgänge von seelischen Prozessen. Prozessen, nicht Vorstellungen!

Hier kommen wir an etwas Neues, das ich vor Ihnen ausbreiten möchte, den springenden Punkt des heutigen Vortrages.

Bleiben wir zunächst einmal bei dem zuerst gewählten klinischen Beispiel eines psychogenen sekreto-motorischen Vorganges, wie wir ihn beim Asthma kennen.

Es dürfte nur in den seltensten Fällen der Beweis zu führen sein, daß eine bewußte Vorstellung von Atemnot den ersten Asthmaanfall auslöst. Ich meine, das unbewußte Gefühl einer Respirationsbeschränkung bringt die Auslösung reflektorisch zustande, natürlich nur, nachdem eine Anhäufung von Reizen das sichere Organgefühl für die selbsttätige Atemregulierung in uns erschüttert hat.

Der normale und gesunde Mensch „empfindet" seine inneren Organe beständig, wenn auch schwach. Hunger und Durst nehmen wir innerlich wahr, Sattsein und Uebersättigung verlegen wir in den Magen. Auch unsere Gefäße können wir fühlen. Drückt man eine oberflächliche Vene längere Zeit zu, so spürt man allmählich in ihr eine ansteigende, fast schmerzhaft werdende Druckempfindung.

Wir fühlen, wenn es Zeit ist, die Blase und Mastdarm zu entleeren, wir fühlen, wenn wir genug gegessen haben, wenn wir den Körper oder wenn wir den Geist genügend angestrengt haben. Wir fühlen die Stärkung durch einen Schlaf des Morgens und den Zeitpunkt des abendlichen Ruhebedürfnisses. Ja, wir fühlen auch in uns den Ablauf der Zeit; auch ohne Uhr fühlen wir, ob es morgens oder mittags ist, ob wir ungenügend oder ausgeschlafen haben. Wir fühlen die Muskeln, ob sie Spannkraft oder Lahmheit besitzen, wir sind stets orientiert über die Lage unserer Glieder und unserer Eingeweide.

Interessant wird nun also dieses Gebiet erst, wenn eines oder viele dieser Organgefühle aufgehoben sind. Es gibt Kranke, die ihre Eingeweide nicht mehr fühlen, die nicht fühlen, ob sie satt sind und nur mit dem Auge das Essenquantum abschätzen können Sie fühlen sich weder morgens frisch noch abends müde, sie merken nicht, wenn es Zeit ist, ihre Exkremente zu entleeren, sie überanstrengen sich körperlich, weil kein Ermüdungsgefühl auftritt.. Auch der Verfluß der Zeit wird nicht mehr selbsttätig gefühlt. Eine Patientin von d'Alonnes, eines französischen Klinikers, wies z. B. solche Symptome auf, die durch eine vollkommene Unempfindlichkeit der Verdauungsorgane erzeugt wurden.

So gut wir nun fühlen, ob wir satt oder hungrig sind, so fühlen wir auch, ob wir Luft genug oder zu wenig zum Atmen haben. Je nach den Anforderungen vermehrt sich und vertieft sich die Atmung, verflacht oder steht still. Laufen wir einen Berg hinauf, so fühlen wir rechtzeitig, daß wir atemlos werden können. Wir sind bedrückt und krank in schlechter, dicker Luft, gehoben und leistungsfähig in reiner und dünner Luft. Ich brauche diese Dinge nicht auszuführen, sie sind selbstverständlich bekannt, aber noch nicht in dem von mir gewollten medizinischen Zusammenhang gedeutet und ausgesprochen. Es steht also fest: jeder Mensch hat, solange er lebt, eine innere Kontrolle über sein respiratorisches Gleichgewicht, ein Organgefühl für die Funktion seiner Respirationsapparate.

Ist es nicht naheliegend, daß dieses Organgefühl, diese Kontrolleinrichtung gestört werden kann?

Durch eine sensible Störung in den oberen Luftwegen (Bronchitis, Katarrh, sowie Polyp, Reizung des Trigeminus oder Olfaktorius durch bestimmte flüchtige Stoffe etc.) oder durch eine sensible Störung in Organen, die einen Zusammenhang mit den oberen Luftwegen haben (Uterus, Zwerchfellhochstand, Herz etc.), entsteht dauernd oder plötzlich ein abnormes Gefühl für die Durchlüftungsgröße und auf diese Weise eine Reihe von Krankheiten, zu denen ich auch das Asthma rechne. Ich kenne dauerndes Asthma ohne alle Attacken und das häufigere Bild des Asthmaanfalles mit freien Intervallen.

Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet können wir etwas Licht in die Entstehung und die Heilung des Asthmas bringen. Das Asthma ist keine Brustkrankheit, und alles Mikroskopieren des Brustschleims auf Spiralen und Kristalle kann so wenig zur Erklärung beitragen, als wenn wir den Schweiß eines Kranken oder Sterbenden chemisch oder mikroskopisch untersuchen wollten, um so seine Krankheit zu eruieren. Alle somatischen Erscheinungen beim Asthmaanfall sind Vorläufer oder Resultate, keine Ursachen, wenn auch Blähung, Giemen, exspiratorische Erschwerung als Folgezustände der Behandlung zugänglich sind. Halten wir das fest, so können wir verstehen, daß erstens kein Asthmafall völlig dem andern gleicht und daß die Heilungswege so ganz verschieden sein und doch zum Resultat führen können. Der Weg zur Heilung richte sich zuerst auf die Eruierung der Reize, die eine Störung des Organgefühls für das respiratorische Gleichgewicht hervorbringen können oder hervorgebracht haben, auf die Vermeidung neuer Erschütterungen, d. h. Attacken, Ablenkung des Organgefühls vor und während des Anfalls durch ärztlichen Beistand, Atemkorrektur, Ablenken, wozu auch das Zählenlassen von Sänger gehört und event. Arzneien, die die Ueberreizung des Atemgefühls legen, also Morphium und Belladonna. Nun verstehen wir auch, warum die legalen wie die Geheimmittel stets in erneuter Verkleidung dieselben Bestandteile enthalten müssen. Nur diese Mittel wirken auf das Atemgefühl, sei es, daß sie unter die Haut eingespritzt oder in die Luftwege auf rauchigem oder flüssigem Wege inhaliert werden. Bei den durch Inhalation einzuverleibenden Asthma-Mitteln muß ich einen Augenblick verweilen, weil ich mich seit Jahren speziell damit beschäftige. Bezüglich der alten Räucherpulver und ihrer neuen Anwendungsformen kann ich auf meine früheren Publikationen (Münch. med. Wochenschrift 1904, Nr. 43) verweisen. Die letzten Jahre haben den Siegeslauf des Tucker'schen Geheimmittels Onaway stetig vergrößert, so daß Nachahmer und ärztliche Prüfer immer von neuem ihre Aufmerksamkeit darauf richteten. Als praktisches Ergebnis kann ich persönlich feststellen: Tuckers Mittel wirkt bei einzelnen Personen jahrelang gut, dann plötzlich nicht mehr. Von Brügelmanns Nachahmung habe ich von Patienten nicht viel gehört, die Frankfurter Nachahmung, das Chinatrocin, hat sich vereinzelt gut bewährt, konnte aber den Tucker nicht aus dem Felde drängen. die Münchener Nachbildung nach Einhorns Analysen soll nach Schäfers neuester Publikation die Konkurrenz gut bestehen, ich habe keine genügenden eigenen Erfahrungen. Endlich ist von Ritsert und mir in Frankfurt eine neue Anordnung zur Inhalationskur gefunden worden, die nach meinen Prüfungen ganz vorzüglich und überraschend wirkt. In Ritserts Mittel, Eupneuma heißt es, sind neben dem Anästhetikum (Anästhesin), dem Spezifikum Atropin durch ein Destillationsverfahren die bei der Räucherung entstehenden Produkte aus Salpeter, Strammonium und Belladonna, alles zusammen in eine ölige Inhalationsflüssigkeit zusammengebracht, die sich äußerst fein zerstäuben läßt und von der allergeringste Quantitäten (Bruchteile eines Milligramms Atropin) infolge der Vergrößerung der Flächenresorption auf dem Inhalationswege schon wirksam sind. Das Mittel wirkt auch bei Heuasthma. Ich kann nicht näher auf die medikamentöse Therapie hier eingehen, da solche Details vom Thema ablenken.

Ich resumiere nur: Die Hauptsache bei allen diesen Inhalationsmitteln sind nicht Mittel gegen Bronchialkatarrh etc., sondern Lähmungsmittel, die das Atembedürfnis zentral beeinflussen.

Auch das rätselvolle Reden über das heilende Klima (wie ich in einer früheren Publikation sagte, hat jeder Asthmatiker ein optimales Privatklima), die klimatische Einwirkung, die wir niemals voraus wissen, und die beim einzelnen auch dann mal versagt, wo sie früher half, hat nichts mit der Luftreinheit oder gar der lokalen Immunität zu tun; sie bewirkt auf das gestörte Atemgefühl eine Korrektur: wenn es glückt, zum Normalgefühl — und dann ist das Privatklima gefunden — und wenn es nicht glückt, zur Verschlechterung.

Wie wenig das ordinierte Klima und wieviel die Veränderung des organischen Atemgefühls ausmacht, sieht man schon aus der oft erlebten Tatsache, daß es den Kranken im Eisenbahnwagen schon besser geht und bald nach dem Beginn der Bahnfahrt zu seinem eigenen Erstaunen, trotz Staub und Hitze, ein behagliches Wohlsein eintritt. Einem Asthmatiker Brügelmanns wurde es schon besser, wenn er in die Nähe von Paderborn kam.

Turbans statistische Zusammenstellung über die große Zahl der im Hochgebirge sich wohlfühlenden Asthmatiker ist sehr wertvoll, schafft aber doch die Tatsache nicht aus der Welt, daß nach monatelangem Wohlsein schon bei der ersten Uebergangsstation in Thusis die schönste Asthmaattacke in der Nacht den erstaunten Patienten überrascht. Das Organgefühl für das respiratorische Gleichgewicht ist eben bei solchen Menschen ein derart labiles, daß es schon durch die allerfeinsten und unbedeutendsten Dinge außer Ordnung gerät. Man denke an das Märchen von der Prinzessin mit der Erbse!

Ein Normalmensch kann auch bei geschlossenen Fenstern und schlechter Luft schlafen, ein Allgemein-Nervöser glaubt schon ersticken zu müssen, wenn das Fenster nicht aufgeht, und der Asthmaprädisponierte bekommt im Schlaf Engigkeit, die ihn weckt und sich zum Anfall steigern kann. Nun pumpt er sich willkürlich inspiratorisch voll Luft, bis er die unwillkürlichen exspiratorischen Kräfte nicht mehr richtig ausnützen kann. Dann nimmt er die charakteristische kopfgeneigte, nach vorn gebeugte Stellung an, um die willkürlich zu brauchenden Exspirationskräfte auszunutzen. Je öfter sich das wiederholt, desto leichter tritt das anomale Beklemmungsgefühl auf, schon die Furcht vor einem Anfall, ein kleiner Aerger, ein hastiges Suchen nach dem Hut, eine kleine Verspätung: die Atemstörung ist fertig.

Schlußbemerkung.

Der Zweck dieser wenigen Worte kann dahin zusammengefaßt werden, daß ich ein an die Atmungsorgane gebundenes Organgefühl für die jeweilig nötigen Lüftungsgrößen des Individuums annehme, wobei ich mich auf die Ausführungen Helmholtz's und Bohrs nachträglich stützen kann. (Siehe die Beilagen zu dem Vortrage: „Die Tatsachen in der Wahrnehmung".)

Dieses Gefühl für das respiratorische Gleichgewicht ist beim Asthmatiker allzu labil geworden, so daß Dinge belästigend und antirespiratorisch wirken, die beim Normalmenschen nicht oder wenigstens als quantitativ unzureichend noch nicht in dieser Art gefühlt werden. Auf diesem Wege ist der Einfluß der Psyche beim Zustandekommen des Asthmas und bei der therapeutischen Einwirkung durch Hypnose und ärztliche Erziehung durch Atemgewöhnung und bewußte Ablenkung vom Atemvorgang zu verstehen.

Alle wirksamen Mittel, die irreguläre Atmungsart bekämpfen wollen, wirken alle via Nervensystem und nicht auf die Bronchien lokal. (Auf letztere nur Expektorationsmittel, wie Jod.)

Als bester Ersatz für das Tuckersche Geheimmittel hat sich eine Lösung von Atropin und Anästhesin ergeben in einer salpetrigsauren Glyzerinlösung, die die durch Räucherung entstandenen Destillationsprodukte von Salpeter, Strammonium und Belladonna aufgenommen hat. Der Kürze halber hat von dem Hersteller des Mittels, das also kein Geheimmittel ist, das Präparat den Namen „Eupneuma" erhalten. Es kann inhaliert oder einfach auf einem Watteprofpf, der damit imprägniert wird, in die Nase gesteckt werden.

Eine Heilung des Asthmatikers ist aber nur auf erziehlichem ärztlichen Wege, am besten in Spezialanstalten, die in diesem Sinne wirken wollen, zu erreichen.

Ein erster Asthmaanfall soll für das therapeutische Handeln so alarmierend wirken wie eine Hämoptoe. Sind die falschen Bahnen erst ausgeschliffen, so ist die Kur mühsamer und unsicherer.

Es gelingt mir oft mit Leichtigkeit, durch persönliche Gegenwart und mechanische Regulierung der Atemtypen in wenigen Minuten alles Giemen aus den Bronchien wegzuschaffen, die mühselige Atmung mit Residualüberluft in eine flache Mittelatmung zu verwandeln, vielfach auch einen beginnenden Anfall ganz zu kupieren.

Die Folgezustände treten erst in später Zeit ein (Herzdilatation, Herzmuskelschwäche, Stauung, chron. Bronchitis). Diese bedürfen der medizinisch-physikalischen Behandlung.

Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes.

Replik auf Dührssens Artikel in Nr. 10—12 d. W.

von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

Um den Raum der Zeitschrift nicht zu mißbrauchen, muß ich summarisch meine Antworten zusammendrängen. Dührssen hat das Wesentliche meiner Arbeit nicht erfaßt. Ich schrieb klar und unzweideutig nur für den alleinstehenden Arzt, wie der mit seinen durchschnittlichen chirurgischen Fähigkeiten, gedrängt von noch anderen Pflichten, entweder sogar ganz allein oder mit einer Hebamme, höchstens mit noch einem Kollegen (nicht etwa Spezialchirurgen), vielleicht außerdem noch bei schlechter Beleuchtung in dringenden Fällen neuere Errungenschaften zur Hilfeleistung benutzen könne. Dührssen zieht diese Umstände meist überhaupt nicht in Betracht, versetzt sich nicht in die von mir geschilderte Lage, sondern arbeitet stets bei guter Beleuchtung, mit der Technik des Spezialisten und viel Zeit (Metreuryse). Schon darum ist seine Entgegnung ein Muster, wie sie nicht sein soll! Er hätte streng sich in die Situation vertiefen und dann sagen müssen, was er jenem Praktiker gemäß dessen Fähigkeiten, Zeitbedrängnis usw. als Bestes rate.

Ferner hat D. meine Arbeit so flüchtig gelesen, daß er mir direkt nicht Gesagtes unterschiebt. Behufs Frühgeburtseinleitung betrachte ich die Kolpeuryntereinlegung nicht als unwirksam, nein, nur nicht als den anderen Methoden überlegen. Bei Plaz. praevia habe ich dem Praktiker den Bossi nicht empfohlen, was Dührssen als Möglichkeit hinstellt. Ich habe nur theoretisch einen Fall konstruiert, wo er vielleicht ein Auskunftsmittel im Falle äußerster Not sein könnte.

Drittens halte ich den schroffen Sprachgebrauch Dührssens für unrichtig; „Rohlff hat kein Verständnis“, „ganz falsch ist seine Ansicht“ usw. Ich würde nie gewagt haben, als einfacher Arzt in solchen Fragen, wie „vaginaler Kaiserschnitt und Bossi“, „Wendung oder Metreuryse“, über die der Entscheidungskampf noch lange toben wird, Partei öffentlich zu ergreifen, nur auf Grund einer reichen geburtshilflichen Praxis. Ich bin Selfmademan, habe strenge Kritik an meinen Handlungen geübt, verglich unaufhörlich in mindestens acht deutschen, vier französischen Werken und den Artikeln der Zeitschriften, was wohl von dem Dargebotenen das Beste für die Verhältnisse des Praktikers wäre. Das ist etwas anderes, als was man überhaupt tun kann. Beziehen sich Dührssens Worte auf ein Operationsverfahren, so bedeutet sein „falsch“ weiter nichts als: nach D.s Meinung müßte dieses Verfahren angewendet werden, während Geburtshelfer ersten Ranges jenes von mir vorgezogene als besser empfehlen. Alles übrige trifft mich selbst; doch kann ich das ruhig vertragen, denn meine Arbeit ist weder aus dem Handgelenk geschüttelt, noch zusammengestohlen, sondern sie ist die Frucht vieljährigen Vergleichens und eigenen Denkens am Gebärbett sowohl wie an der Hand bester Lehrbücher.

Unangenehm aber werden solche Schroffheiten für den Schreiber, wenn der angegriffene Gegner in Selbstverteidigung zur gleichen Waffe greifen kann, weil der erstere sich die Blöße gegeben hat, zu flüchtig zu lesen (s. o.), um überhaupt das Wesentliche der kritisierten Arbeit zu erfassen, was ich beweisen werde.

Bezüglich Plaz. praevia gibt Dührssen der Metreuryse den Vorzug. Soeben hat Zweifel die Wendung als besser empfohlen. Ein gleiches Resultat ergab eine kürzlich stattgefundene Diskussion Königsberger Gynäkologen. Ja, wem soll man denn nun glauben? Dührssen hat den springenden Punkt, obwohl ich ihn klar zeichnete, nicht gefunden. Nicht auf kleine Statistikdifferenzen kommt es für den beschäftigten Praktiker an, sondern es können nur die beiden Fragen in Betracht kommen, welche Operationsmethode paßt in den schweren Fällen immer und welche dauert nicht viele Stunden. Beides trifft nur auf die Wendung zu. Die Metreuryse kann nur für denjenigen in Betracht kommen, den sonst nichts drängt oder der es für erlaubt hält, fortzugehen. Wenn D. sagt: „ja, der Arzt darf fortgehen“, dann kann er die Metreuryse empfehlen, sonst nicht. Aber er berührte diese Kardinalfrage nicht.

Meine Operationsergebnisse findet er mäßig. Ich erwähnte, daß ich im Gegensatz zu Mende die leichten Fälle nie gerechnet hätte. Addierte ich die, schnell wäre meine Statistik enorm aufgebessert! D. übersieht wiederum, worauf es ankommt. Wenn ein und derselbe Operateur unter 14 ernsten Fällen in der Stadt eine Tote, unter 8 auf dem Lande aber 4 Tote hat, dabei aber stets dieselbe Operationsmethode anwandte, so beweist dies schlagend, daß die Zeiten, wann der Helfer erscheint, viel wichtiger sind als die der ein oder anderen Methode zugeschriebenen Vorteile. Der Praktiker braucht sich den Kopf wirklich nicht über sich widersprechende Statistiken zu zerbrechen.

Bei vorzeitiger Plazentarlösung, behauptet Dührssen, sei das von mir für Mehrgebärende empfohlene Accouchement forcé allgemein verworfen. Er will schnell ganz wenig mit Kolpeurynter erweitern und dann mittels Kranioklast den Kopf herabziehen. Ich rate keinem, dies zu versuchen, der Kranioklast würde wieder und wieder ausreißen. Nein, Bossi ist, wenn der Zustand noch irgendwie Zeit dazu läßt, das Beste, bei Mehrgebärenden sonst noch das Accouchement forcé! Zum Ballon ist nur in leichten Fällen Zeit. Diese Meinung wird sogar im neuesten großen französischen Sammelwerk von Bar, Brindeau usw. ausgesprochen, obwohl der Bossi in Frankreich wenig benutzt wird. D. empfiehlt selbst hier einen Kaiserschnitt! So wenig denkt er an die wirkliche Situation, wo der Arzt entweder ganz allein, vielleicht eine Hebamme und sehr, sehr selten einen Kollegen zur Seite hat!

Betreffs verschleppter Schulterlage sehe ich zu meinem Bedauern, daß D. meine Worte so auslegen konnte, wie er es getan hat. Gemeint war es nicht so. Den Ballon muß man verwenden, wenn die Zeit reicht, weil er das weniger eingreifende Verfahren ist. In der Praxis aber werden immerhin Fälle vorkommen, wo vielstündiger Wasserabfluß ein schneller wirkendes Verfahren erheischt. Für diese reserviere ich den Bossi.

Ueber dringliche Frühgeburtsbehandlung sind wir einer Meinung; doch macht Dührssen den richtigen Zusatz, daß, wenn andere Mittel zur schnellen Eröffnung versagen, unbedingt zu seinen Schnittmethoden gegriffen werden müsse. Selbst der alleinstehende Praktiker hat nach meiner Ueberzeugung diese Pflicht, weil sonst die Frau sicher verloren ist. Die von D. angegebenen Einschnitte über dem eingeführten Ballon sind wohl eine dankenswerte Bereicherung der Technik.

Auch der wassergefüllte Ballon also reponiert die eingeklemmte schwangere Gebärmutter. Hilft er aber in den schweren Fällen? Die Frage bleibt offen, oder vielmehr ist eigentlich doch klar: bei jauchiger Zystitis darf man keine Zeit verlieren, muß also manuell reponieren.

Nun zur Abwägung der Gefahren der Bossimethoden einerseits und Dührssens Schnittmethoden.

Dührssen nennt meine Darlegung, daß die Bossierweiterung dem natürlichen Vorgang gar nicht so fern stehe, wie es auf den ersten Blick erscheint, ganz falsch. Er hält sich mit seiner Kritik an das von mir geforderte Zeitminimum. Jedoch übersieht er ganz, daß dieser Punkt unzweideutig nur dazu dienen sollte, die Schnelligkeitsrekords als unsinnig klar zu stellen! Ich nenne ja das Bossiverfahren eine „mäßig gefährliche Operation“ und verlange, daß es nur unter dem Druck großer Gefahren angewendet werden solle! Daß also alle Kreißenden ohne Gefahr in 1½ Stunden mit dem Bossi entbunden werden könnten, der Gedanke kam mir nie. Nur zeigen wollte ich, daß man die 8 Stahlarme nicht als so etwas ganz Bedenkliches ansehen dürfe, wie es im ersten Augenblick den Anschein hat.

Was kann nun der größte Bossifeind dem Instrument vorwerfen? Erstens Einrisse in 37% der Fälle. Ja aber mit welchen Folgen an Blutung, Schmerzen, Brand, Fieber und vor allem Tod? D. sagt nichts davon; vor allem erwähnt er keinen Todesfall. Ich will daher ergänzend hersetzen, was jenes neueste französische Werk angibt, entlehnt deutschen Statistiken: ein Fall von Brand, drei, sage nur drei Fälle von tiefen Einrissen, keinen Todesfall, demnach, worauf es am meisten ankommt: Mortalität des Bossiverfahrens 0.

Der Bossi bedinge weiter die hohe Zange, und davon habe man gerade genug, sagt Dührssen. Scheineinwand! Die hohe Zange ist berüchtigt wegen der sie sonst bedingenden räumlichen Mißverhältnisse. Ein derartiges Zusammentreffen mit der Bossiindikation kann nur so selten sein, wie überhaupt eine hohe Zange unter Geburten vorkommt, also sehr selten. Die weiteren Gefahren einer hohen Zange fallen entweder zur Last einer unverständigen hartnäckigen Gewaltanwendung oder dem traurigen Umstand, daß der deutsche Arzt selten die Achsenzugzange benutzt. Kann auch diese den Kopf nicht modellieren, so gestattet sie doch automatisch die richtigen Drehungen. In unseren Fällen, wo knöcherne Hindernisse meist fehlen oder unbedeutend sind, ist die Drehungsmöglichkeit allein aber außerst wesentlich. Schließlich habe ich energisch die Perforation als Auskunftsmittel verlangt, wenn irgend die Mutter in Gefahr komme.

Drittens, sagt Dührssen, dürfe der Praktiker den Bossi nicht anwenden, weil bei etwaigen Rissen dem Praktiker nicht die Blutstillungsmittel der Klinik zu Gebote ständen. Ist denn schon eine Frau am Bossi verblutet? Und wieviel Frauen werden wohl in der Klinik noch gerettet durch Uterusexstirpation, nachdem Tamponade oder Fritschs Zusammenpressen oder Henckels Abklemmen versagten, was alles der Praktiker machen kann?

Also, das Endergebnis ist:

1. Mortalität beim Bossi ist 0%.
2. Er ist in jeder Lage vom Praktiker zu verwenden.

Demgegenüber die Dührssenschen Methoden. Verletzungen 100%. Todesfälle reichlich. Falsche Technik darf Dührssen nicht als Entschuldigungsgrund rechnen. Er muß mit ihr rechnen, denn der Praktiker ist kein Spezialarzt, und für den schreibe ich. Außerdem sind von ihm dem Bossi auch keine derartigen mildernden Umstände zugebilligt.

Damit die Praktiker sehen, was große Geburtshelfer über Dührssens Operationen denken, ziehe ich es vor, einfach das neue große französische Sammelwerk reden zu lassen:

Bar, Brindeau etc., Bd. II, S. 691: „Les incisions profondes de Dührssen .... on doit les considérer comme constituand une méthode risquée, dangereuse, qui ne doit être mise en pratique que par des gynécologues exercés.“

Der vaginale Kaiserschnitt findet Anerkennung, aber dann steht Seite 694 folgendes: „Dans la récente statistique qu'il (Dührssen) a publiée et qui porte sur 201 cas ... la mortalité maternelle a été de 28, soit 14 pour 100.“ Und solche gefahrvolle Methode bezeichnet Dührssen als die Erfüllung meines Wunsches einer „anerkannt gefahrlosen Operation“!!

Also in Spezialistenhänden, nach Dührssens eigenen Angaben 14% Tote. Wieviel Prozent würde da wohl der Praktiker liefern? Außerdem machen die Verhältnisse auch dem Mutigsten und Geschicktesten die Ausführung oft unmöglich.

Wer von den Praktikern noch zweifelt, was er tun soll, der warte ein Jahr, wo er die ersten Berichte über den neuen Siegeszug des Bossi wird lesen können.

Ich selbst bin Dührssen schließlich trotz seiner Befehdung noch dankbar, daß ich nun mit größter Ruhe an meinen nächsten Bossifall gehen kann, seitdem ich bestimmt weiß: Mortalität 0.

Bemerkungen zu dem zweiten Artikel von Rohlff „Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes“.*)

Von **A. Dührssen.**

Rohlff befindet sich in völligem Irrtum, wenn er meinen Artikel „Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes“ als eine Entgegnung auf seinen Artikel bezeichnet. Ich halte die von Rohlff dem praktischen Arzt bezüglich der Dilatation gegebenen Ratschläge in vieler Beziehung für gefährlich und bin daher als Verehrer des wissenschaftlichen Fortschritts, als Herausgeber der Therapeutischen Rundschau und endlich deswegen berechtigt, dem praktischen Arzt meine entgegengesetzten Ansichten vorzutragen, weil ich seit 20 Jahren an der Vervollkommnung der Dilatationsmethoden der weichen Geburtswege gearbeitet habe. Selbstverständlich brauche ich in einem solchen Artikel, der gar keine Entgegnung ist, mich nicht an die Ausführungen eines Autors zu halten, der vor mir über das gleiche Thema geschrieben hat, sondern kann, z. B. auch über Scheidendamminzisionen, schreiben, was mir paßt. Auch ist es ganz gleichgültig, ob ich etwa Rohlff mißverstanden habe, und nur wichtig, daß meine Leser mich recht verstehen. Rohlff muß mir daher schon gütigst verzeihen, wenn ich mich von seinem Gedankengang, welcher gelegentlich ein etwas krauser ist und auf Irrwegen wandelt, emanzipiere.

Ich soll nun nicht erfaßt haben, daß Rohlff für den praktischen Arzt geschrieben hat, und soll auch selbst nicht für den praktischen Arzt geschrieben haben. Das ist ein merkwürdiger Vorwurf, wenn man erwägt, daß sowohl Rohlffs wie mein Artikel sich schon in der Ueberschrift an den praktischen Arzt wenden. Daß der Arzt auf dem Lande manchen Fall von Eklampsie nicht in ein Krankenhaus schicken kann, weiß ich sehr wohl, daß es aber sehr oft möglich ist, zumal in der Stadt — und für den Praktiker in der Stadt schreibt Rohlff doch auch —, dafür liegen schon Erfahrungen genug vor. Auch sind schon eine Reihe von vaginalen Kaiserschnitten in der Bauernhütte mit Erfolg von dem Spezialisten ausgeführt worden, den der Praktiker zu dem betreffenden Fall trotz aller Verkehrsschwierigkeiten gerufen hatte. Freilich einige Stunden muß der Praktiker trotz aller sonstigen Pflichten einem Fall von Eklampsie oder Plazenta praevia schon opfern: Er erspart sich hierdurch oft Tage oder Wochen voll banger Sorgen und Arbeit, die ihm zuteil werden, wenn durch eine unzweckmäßige Methode der Schnellentbindung Mutter oder Kind oder beide geschädigt worden sind.

Für den Praktiker bleibt also die Empfehlung zu Recht bestehen, einen Fall von Eklampsie womöglich in eine Klinik zu schicken, die das Prinzip der sofortigen Entleerung des Uterus bei Eklampsie für das richtige hält. Durch ein solches verständnisvolles Zusammenwirken mit den praktischen Aerzten gelang es z. B. Veit in Halle, 33 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie mit nur einem Todesfall auszuführen — und dieser eine Fall war bereits septisch eingeliefert. Für den Praktiker ist es also doch wohl von Wert, ihn über die Bedeutung des vaginalen Kaiserschnitts aufzuklären!

Wo es dem Praktiker aus irgendeinem Grunde nicht möglich wäre, eine in Lebensgefahr befindliche Kreißende mit geschlossenem und erhaltenem Kollum einer Klinik zuzuschicken oder einen Spezialisten zuzuziehen, da empfahl ich ihm, anstatt des Accouchement forcé oder der Bossischen Methode die Metreuryse nach der von mir erprobten Methode mit einem festen Champetier-Ballon und je nach der Dringlichkeit mit Handzug oder selbsttätigem Zug auszuführen. Dieser Empfehlung haben sich heutzutage die meisten Geburtshelfer angeschlossen, weil selbst warme Verehrer der Bossi-Methode mit ihr zu unangenehme Erfahrungen gemacht haben. Die Bossi-Methode steht immer einer unbekannten Größe gegenüber, nämlich der verschiedenen Dehnbarkeit des Kollum: Und wenn Rohlff dreimal das erhaltene Kollum ohne Schwierigkeit gedehnt hat, so kann es ihm beim vierten Mal passieren — wie es erfahrenen Spezialisten passiert ist —, daß das ganze Kollum bis in die Parametrien und in den Uteruskörper hinauf zerreißt und die Frau sich verblutet. Denn diese Blutungen lassen sich nicht durch Uterustamponade und Abklemmung, sondern nur durch die Naht stillen — ihre Ausführung ist aber bei der häufigen Multiplizität dieser Risse im Privathaus so gut wie unmöglich. Hat man einen solchen Riß bemerkt, dann nützt das „Aufhören“ häufig nichts mehr, das Unglück ist dann schon geschehen. Man fange daher lieber mit dem Bossi überhaupt gar nicht an, zumal wenn es sich um ein erhaltenes Kollum handelt. Bei verstrichenem Kollum scheint ja die Bossische Methode den Muttermund in ungefährlicher Weise zu erweitern, allein hier kommt man mit der Metreuryse und den Portioinzisionen einfacher und schneller zu demselben Ziel.

Rohlff hat einmal die tiefen Portioinzisionen gemacht: „Die Frau klagte so stark viele Wochen“, daß er sie kein zweites Mal probierte. Ja, hat Rohlff der Frau nicht klar gemacht, daß er sie oder das Kind durch diese sie eine Zeitlang belästigenden Schnitte aus einer lebensgefährlichen Situation befreit hat? Soll der Praktiker wegen dieser Klagen auf den lebensrettenden Eingriff verzichten? Oder glaubt Rohlff, daß die nach der Bossischen Methode in 33% der Fälle zurückbleibenden Risse keine Beschwerden machen?

Daß Rohlff die Wirksamkeit der Metreuryse nicht hoch einschätzt, geht auch aus seinen jetzigen Worten hervor. Wenn er aus seiner Lektüre den Schluß zieht, daß die Metreuryse zwecks künstlicher Frühgeburt dem Eihautstich oder der Bougierung nicht überlegen ist, so hat er eben etwas Falsches gelesen: Es kann nach der heutigen aseptischen Bougierung oft Wochen, nach dem Eihautstich oft Tage dauern, bis Wehen auftreten. Führt man dagegen die Metreuryse nach der von mir beschriebenen Methode aus, so treten sofort Wehen ein, die vereint mit dem Druck des Ballons den Muttermund in vier bis fünf Stunden völlig erweitern.

Einen solchen, mit dem von mir dem Arzt empfohlenen Ballon behandelten Fall habe ich in meiner Arbeit als Paradigma angeführt. In einem zweiten Fall von Frühgeburt bei engem Becken bei einer II gravida konnte die Wendung und Extraktion bei stehender Blase fünf Stunden nach Einführung des Ballons gemacht werden. (Bei dieser Gelegenheit möchte ich das Gewicht der Zwillinge des ersten Falls auf 2020 resp. 2200 g richtig stellen.) Dieser 9 $^1/_2$ cm-Ballon hat also die gleiche prompte wehenerregende und dilatierende Wirkung wie die früher von mir benutzten Müllerschen Modelle und ist billiger wie diese.

---

*) Rohlff hatte seine Replik zunächst in anderer Fassung eingesandt; nachdem Dührssens Bemerkungen dazu eingegangen waren, änderte Rohlff seine Replik in der Weise ab, wie wir sie vorstehend gebracht haben; ihr Inhalt ist im wesentlichen gleich geblieben. D. Red.

Möge Rohlff seinen zur Hilfe erhobenen Arm, den ich nur in bezug auf das Bossische Instrument lähmen möchte, in Zukunft mit dem Metreurynter bewaffnen. Metreuryse mit Handzug erweitert in der Mehrzahl der Fälle die erhaltene Zervix ebenso schnell wie das Bossische Instrument. Wo sich aber der gefüllte Ballon nicht durchziehen läßt, wo der Zug nur die Zervix in den Introitus bringt, da liegt ein Fall vor, der sich überhaupt für keinerlei mechanische Dilatation eignet. Wendet man hier, wo der Ballon versagt, den Bossi an, so gibt es eben die lebensgefährlichen Einrisse. In diesen Fällen bleibt, falls man ein lebendes Kind erzielen will, nur der vaginale Kaiserschnitt übrig. Ueber dessen Frequenz richtig zu urteilen, dazu fehlt Rohlff doch die Uebersicht über die Weltliteratur, wie sie mir schon allein durch die Uebersendung einschlägiger Artikel seitens der betreffenden Autoren möglich ist.

Uebrigens wird von München aus die Bossische Methode sicher keinen Siegeszug antreten, da ihr neuer Leiter Döderlein*) in seiner Antrittsvorlesung, „Die neue Bewegung in der Geburtshilfe“, sehr warm für den vaginalen Kaiserschnitt eingetreten ist und in der Diskussion**) über die von ihm in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft vorgestellten Fälle von vaginalem Kaiserschnitt folgendes erklärte: „Mit der Bossischen Methode setzt man unkontrollierbare Zerreißungen der Zervix, denen gegenüber ein glatter Einschnitt vorzuziehen ist.“

Aus der Jenenser Klinik ist mir eine neuerliche Empfehlung der Bossischen Methode nicht bekannt. Ich mag dieselbe übersehen haben und rate Herrn Rohlff, zur Ermöglichung einer wissenschaftlichen Diskussion die Publikationen, auf die er sich stützt, anzuführen und die Publikationen des Gegners, auf die dieser sich bezogen hatte, zu lesen.

Auch von Bumm sind mir nur Publikationen zu Ungunsten der Bossischen Methode und zu Gunsten des vaginalen Kaiserschnitts bekannt. Die letzte diesbezügliche mir zugegangene Publikation ist vom 19. Dezember 1907 datiert, von Hermann Weisbein als Inaugural-Dissertation verfaßt und heißt: „Beiträge zur Behandlung der Plazenta praevia mittels vaginalen Kaiserschnittes“. Sie beginnt folgendermaßen:

„I. Einleitung. Vaginaler Kaiserschnitt und Hysterotomia anterior.

Mit Genehmigung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Geh. Rat Professor Dr. Bumm, veröffentliche ich hiermit zwölf Fälle von Plazenta praevia, welche in der geburtshilflichen Klinik der Kgl. Charité zu Berlin während eines Zeitraumes von zwei Jahren (vom 6. April 1905 bis 19. Februar 1907) mittels vaginalen Kaiserschnittes behandelt wurden. Die Operation wurde in den meisten Fällen von dem Leiter der Klinik, Herrn Geh. Rat Bumm, selbst und nur dreimal von einem seiner Assistenten ausgeführt. Seit Dührssen vor mehr als zehn Jahren die von ihm ersonnene Methode der Sectio caesarea vaginalis in einer größeren Monographie***) veröffentlichte, ist sie unausgesetzt Gegenstand so vieler Erörterungen und Kontroversen gewesen, daß wohl auch heute noch „jeder einzelne Fall der Publikation würdig“†) sein dürfte. Freilich über die von Beard hervorgehobenen und von Dührssen††) zitierten drei Stadien der Gleichgültigkeit, der Negation und der Prioritätsstreitigkeiten ist der vaginale Kaiserschnitt, der sich heute wohl auf fast allen deutschen Kliniken das Bürgerrecht erworben hat, wohl schon hinaus. Dafür aber ist seine Diskussion in ein neues Stadium getreten, in dessen Vordergrund die Fragen nach der technischen Ausführung und nach der Indikationsstellung stehen.

Daß die Anzeigen zum vaginalen Kaiserschnitt sich in demselben Maße erweitert haben, wie die Operation sich Eingang verschaffte, bedarf keiner weiteren Erörterung. Seit einigen Jahren ist die Indikation auch auf gewisse Fälle von Plazenta praevia ausgedehnt worden, nachdem sie im Jahre 1902 von Bumm durch folgende Ausführungen inauguriert worden war. . . . .“

Für die Fälle von schwer dilatablem Kollum soll ich den Praktiker nach Rohlff nun ohne Direktiven lassen. Auch diese Behauptung ist nicht richtig. Gerade an dem Schulbeispiel der vorzeitigen Lösung der Plazenta habe ich die verschiedenen Situationen erörtert und sub 5 dem Praktiker die Perforation empfohlen. Das soll nun wieder nach Rohlff theoretisch ausgeklügelt sein, obgleich ich selbst schon die Perforation des abgestorbenen Kindes unter solchen Umständen gemacht habe — und zwar auch im Privathaus, in welchem ich seit 23 Jahren in tausenden von Fällen unter denselben ungünstigen Umständen operieren mußte, wie Rohlff, so daß ich bezüglich dieser Verhältnisse nicht etwa wie der Blinde von der Farbe spreche oder — wie Rohlff vom vaginalen Kaiserschnitt und der Metreuryse! Es ist eine bedauerliche Tatsache, die auch wieder aus den diesbezüglichen Bemerkungen von Rohlff hervorleuchtet, daß der Praktiker bei abgestorbenem Kind die zerstückelnden Operationen zu wenig ausführt und trotz mangelhaft erweiterter weicher Geburtswege resp. Ausziehung des unteren Uterinsegments lieber zu forzierten Zangenextraktionen resp. Wendungen und Extraktionen des unzerstückelten Kindes greift.

Ausreißen darf der Kranioklast überhaupt nicht — wo er auszureißen droht, muß man ihn noch einmal an einer anderen Stelle anlegen. Auch kann man, wenn man das Kollum vorher auf mindestens Zweifingerweite gedehnt hat, die Extraktion des perforierten und gut ausgespülten Kopfes so rasch durchführen, daß durch diesen geringen Zeitverlust die Frau in keine wesentlich größere Lebensgefahr gerät. Dagegen bringt man sie in eine neue Lebensgefahr, wenn man durch die von Rohlff empfohlenen Methoden des Accouchement forcé bezw. der Bossi-Dilatation unkontrollierbare Einrisse erzeugt. Diese Einrisse sind sowohl in ihrer unmittelbaren Gefahr als auch in ihren späteren Folgezuständen von ganz anderer Bedeutung als die höchstens bis in das Scheidengewölbe reichenden tiefen Portio-Inzisionen. Mit den glatten Schnittwunden des vaginalen Kaiserschnitts sind sie nun erst recht nicht zu vergleichen, da diese nach ihrer Vernähung nur eine kaum sichtbare Narbe hinterlassen.

Notabene kapriziere ich mich durchaus nicht darauf, daß ein jeder Arzt meine tiefen Portio-Inzisionen ausführen müsse. Ich habe diese stets nur für den geübten und allerdings mit dem „Apparatus magnus“*) ausgerüsteten Geburtshelfer empfohlen und auch in meiner vorliegenden Arbeit folgendes gesagt: „Hierzu muß der Praktiker eventuell (d. h. wenn er es nicht machen kann oder will) einen Spezialisten zuziehen, oder er muß in diesen Fällen sich auf den selbsttätigen Zug beschränken, bis nach vorausgegangener Wehentätigkeit die manuelle Extraktion später gelingt.“

Uebrigens braucht für uns Deutsche ein französisches Handbuch der Geburtshilfe nicht maßgebend zu sein, wo wir das Winckelsche Handbuch der Geburtshilfe besitzen, mit dem sich kein anderes geburtshilfliches Handbuch der ganzen Welt messen kann. Auch ist mit einer Empfehlung, daß man entweder mit

---

*) Therapie der Gegenwart, 1908, Nr. 1.

**) Zentralblatt f. Gyn., 1908, Nr. 11, S. 370.

***) „Der vaginale Kaiserschnitt“. Von A. Dührssen. Berlin 1896. Verlag von Karger.

†) Dührssen, Ein zweiter Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsia graviditatis. Zentralblatt für Gynäkologie. XXVII. Jahrgang. 1903, S. 490.

††) v. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 232: „Ueber vaginalen Kaiserschnitt“. Von A. Dührssen. Leipzig, Verlag von Breitkopf & Härtel. 1898, S. 1378.

*) Mein geburtshilfliches Instrumentarium nehme ich allerdings sogar in der Stadt zu jedem Geburtsfall gleich mit, weil hierdurch allein schon viel Zeit gespart wird. Tut Rohlff das etwa nicht, wenn er aufs Land gerufen wird? Daß übrigens gelegentlich ein Spezialist den vaginalen Kaiserschnitt auch unter alleiniger Assistenz der Hebamme im Privathaus ausführen kann, habe ich durch einen mitgeteilten Fall bewiesen. Es ist daher auch hier wieder ein unrichtiger Schluß aus meiner Arbeit gezogen, wenn Rohlff meint, daß ich stets nur die klinische Geburtshilfe berücksichtige.

Public

Ballons oder den Händen oder einem Dilatator dilatieren solle, nicht viel anzufangen. Endlich ist das genannte Buch keine Autorität für mich auf diesem Gebiet, sondern ich bin es für das Buch, da dasselbe meine Beschreibung des vaginalen Kaiserschnitts aus dem Winckelschen Handbuch wiedergibt und Brindeau mitteilt, daß er zwei Fälle von Eklampsie mittels vaginalen Kaiserschnitts operiert hätte, und die Methode der französischen Geburtshilfe zum Studium empfiehlt.

Ferner ist das, was man heutzutage im Ausland unter manueller Dilatation des Kollum versteht und mit verschiedenen Namen, z. B. mit dem von Bonnaire oder in Amerika mit dem von Harris verknüpft, etwas anderes als das, was man in Deutschland mit Accouchement forcé bezeichnet. Unter letzterem versteht man das gewaltsame Durchzwängen der ganzen Hand durch den Halskanal und die nachfolgende Wendung und Extraktion. Dieses Verfahren ist allgemein als zu gefährlich verlassen. Die manuelle Dilatation nach Bonnaire und Harris besteht in gelegentlich stundenlangem Ausweiten des Halskanals mit den Fingern. In Deutschland hat diese Methode wenig Anklang gefunden. Sie ist jedenfalls für die Kreißende höchst unangenehm, erinnert an alte Hebammenpraktiken*) und ist, nachdem man die Schwierigkeit einer wirklichen Sterilisierung der Hände erkannt hat, meiner Ansicht nur erlaubt, wenn sie mit behandschuhter Hand ausgeführt wird. Uebrigens hat mir Harris selbst zugestanden, daß der vaginale Kaiserschnitt seiner Methode überlegen sei. Es war dies 1906 auf dem Kongreß der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie zu Hot Springs (Virginia), wo ich auf Einladung der Gesellschaft einen Vortrag über vaginalen Kaiserschnitt hielt. Es wurden übrigens auch dort Fälle gefährlicher Zerreißungen — analog denen nach der Bossi-Dilatation — nach der manuellen Dilatation mitgeteilt. Daß nach solchen Zerreißungen auch Frauen sterben können, ist doch selbstverständlich.

Rohlff moniert, daß ich diese Todesfälle nach Bossi-Dilatation nicht angeführt hätte. Hier hat er nicht genau gelesen: Ich habe sie erwähnt (Nr. 11, S. 169) — und zwar unter Hinweis auf meine verschiedenen Arbeiten, in welchen diese Todesfälle aus der Literatur gesammelt sind.

Meine Empfehlungen für die Behandlung der Plazenta praevia gefallen Rohlff nicht — nun die seinigen scheinen mir ebenfalls bestimmte Einschränkungen zu erfordern. Rohlff formuliert hier die Fragestellung falsch. Diese muß lauten: Welche Methode gibt mir die meisten Chancen für die Erhaltung des mütterlichen und des kindlichen Lebens? Der Zeitverlust der verschiedenen Methoden kommt dann erst in zweiter Linie. Uebrigens schweige ich mich über das Verhalten des Praktikers nach gelungener Blutstillung bei Plazenta praevia durchaus nicht aus — auch hier hat Rohlff flüchtig gelesen —, sondern sage klar und deutlich (Nr. 11, S. 170): „Allerdings darf der Arzt einen Fall von Plazenta praevia, bei welchem er einen Ballon in den Uterus gelegt hat, nicht verlassen. Das darf er aber auch bei den anderen Methoden nicht, bevor die Geburt völlig beendet ist. Bei der Metreuryse dürfte also der Zeitaufwand noch am geringsten sein, zumal bei ihr infolge der kräftigen Anregung der Wehentätigkeit Komplikationen der Nachgeburtsperiode zu fehlen pflegen."

Nach der oben präzisierten Fragestellung empfehle ich die Metreuryse an Stelle der kombinierten Wendung — und zwar eventuell mit angeschlossener innerer Wendung —, weil diese Methode für Mutter und Kind günstigere Resultate gibt als die kombinierte Wendung, leichter für den Praktiker auszuführen ist als die kombinierte Wendung, und ihn auch nicht mehr Zeit kostet als die kombinierte Wendung mit dem nachfolgenden Abwarten des weiteren Geburtsverlaufs. Eine innere Wendung bei mangelhaft erweitertem Muttermund mit sofortiger Extraktion verwerfe ich als gefährlich für die Mutter, wenn es auch das Verfahren ist, welches den vielbeschäftigten Praktiker für den gegebenen Fall als das sympathischste erscheinen mag, weil es ihn am wenigsten Zeit kostet. Vielfach ist diese Rechnung aber doch unrichtig, weil der raschen Entbindung folgende atonische oder Zervixrißblutungen den nötigen Aufenthalt des Arztes bei der Entbundenen recht unliebsam verlängern können.'

Was die Kolpeuryse bei Retroflexio uteri gravidi anlangt, so ist dieselbe natürlich nur in bestimmten seltenen Fällen indiziert. Sie ist, ebenso wie die Reposition, in den Fällen kontraindiziert, wo eine schwere Läsion der Blasenwand nach der allgemein akzeptierten Empfehlung von mir die Einleitung der Fehlgeburt erfordert.

Nachdem ich mit genügender Ausführlichkeit die Methoden besprochen zu haben glaube, welche mir für die Dilatation der weichen Geburtswege unter den verschiedensten Situationen, also auch für den alleinstehenden Praktiker, empfehlenswert scheinen, schließe ich für meine Person eine weitere Diskussion mit Herrn Rohlff, dem ich übrigens seine temperamentvollen Ausführungen gar nicht übel nehme: Kampf ist die Würze des Lebens und der Wissenschaft! Für die Leser dieser Zeitschrift würde sich das angeschlagene wichtige Thema dadurch weiter fruchtbar erweisen, wenn möglichst viele Kollegen ihre Erfahrungen über die verschiedenen Methoden der geburtshilflichen Dilatation hier mitteilen wollten.

REFERATE.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur,** leitend. Arzt des hydrotherapeut.-medikomechanischen Instituts am Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin.

1. **Ueber Reaktions- und Provokationserscheinungen bei hydriatischen Kuren.** Von Dr. Carl Kraus. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 11.*)

2. **Zur hydriatischen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen.** Von Dr. A. Fuerstenberg. Ibidem, Nr. 13.

3. **Bemerkungen zur Mechanotherapie bei Gelenkerkrankungen.** Von Dr. A. Laqueur. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., Bd. XII, Nr. 1.

4. **Erfolge der Duschemassage bei Beschäftigungsneurosen und Neuritiden.** Von Dr. A. Strasser und M. Berliner. Blätter f. klin. Hydrotherap., 1908, Nr. 3.

5. **Die Nierenentzündung im Verlauf von Scharlach.** Von Dr. W. Schönaich. Ibidem.

1. Verf. unterscheidet bei den Reaktionserscheinungen, die nach einer Wasserkur, namentlich im Beginne derselben, auftreten können, zwei Hauptformen: 1. Die Erscheinungen, die in Form einer spezifischen Reaktion des Erkrankungsherdes auftreten, wohl infolge einer vermehrten Fluxion dorthin, und die er deshalb auch als Provokationserscheinungen bezeichnet, weil sie eben ein Aufflackern des Erkrankungsprozesses anzeigen, und 2. die heterogenen Reaktionserscheinungen, die sich hauptsächlich in Symptomen von seiten des Nervensystems, Störungen auf dem Gebiete der Allgemeingefühle u. dgl. äußern.

Als Beispiel für die Provokationserscheinungen wird ein Fall angeführt, wo bei einem Patienten, der die Symptome einer alten chronischen Urethritis und Prostatavergrößerung bot, nach Einleitung einer hydriatischen Behandlung (schottische Duschen auf das Perineum), Temperaturerhöhung und Trübung des Urines auftraten, welche Symptome bald in dem Durchbruch eines kleinen Prostataabszesses in die Urethra ihre Aufklärung fanden; bekannt ist auch die Provokation eines Fieberanfalles bei chronischer Malaria durch eine hydriatische Kur (Duschen auf die Milz); man nimmt an, daß dadurch die bis dahin in verschiedenen

---

*) Anm. bei der Korr.: — zumal wenn sie sogar zur Abkürzung normaler Geburten empfohlen wird, siehe Th. Landau, Berl. klin. W., 1908, N. 1, Ref. in Nr. 14 der Ther. Rundschau.

*) Wir bringen dieses Referat der Krausschen Arbeit, obwohl sie in Nr. 15 von Dr. Esch referiert worden ist, weil die beiden Referate ein persönliches Gepräge zeigen.

Kapillargebieten, vor allem in der Milz, stagnierenden Plasmodien in die allgemeine Zirkulation gebracht werden, denen man dann mit Chinin erfolgreich zu Leibe gehen kann. Auf dieser Beobachtung beruht die von Winternitz empfohlene Kombination von kalten Milzduschen und Chinintherapie bei der Malaria. Verfasser vergleicht diese Provokations- oder Fluxionserscheinungen mit den Temperatursteigerungen, wie sie bei an sich nicht fiebernden Phthisikern nach leichteren körperlichen Anstrengungen beobachtet werden, und die zweifellos auf einen erhöhten Blutzufluß zu dem kranken Organ zu beziehen sind; er bemerkt jedoch ausdrücklich, daß vorsichtig dosierte hydriatische Prozeduren bei Tuberkulösen solche Reaktionen nicht auslösen. Ja selbst Hämoptoe hat er nur in einem Falle bei einem hydrotherapeutisch behandelten Phthisiker beobachtet, und hier war die Lungenblutung offenbar nicht auf die Wasserbehandlung, sondern auf eine Magenüberladung zu beziehen. Referent möchte jedoch auf Grund seiner Erfahrungen zur größten Vorsicht, wenigstens in der Anwendung von Duschen, bei tuberkulösen Individuen raten, die zu Hämoptoe neigen.

Zu den Provokationserscheinungen sind auch Schmerzen zu rechnen, die an kariösen Zähnen zuweilen im Beginne einer Wasserkur sich einstellen. Die Schmerzen dagegen, die bei entzündlichen Adnexerkrankungen, bei chronischem Rheumatismus und bei Ischias zuweilen infolge der hydriatischen Behandlung auftreten, und die gleichfalls als Provokationserscheinungen zu bezeichnen sind, sollten sich ganz oder teilweise durch vorsichtige Dosierung der Applikationen vermeiden lassen. Namentlich hüte man sich bei starken Reizerscheinungen vor extremen hohen und niedrigen Temperaturen im Beginne der Behandlung; die schmerzstillende Wirkung der Hyperämie, wie sie namentlich bei der Heißluft- und Stauungsbehandlung zum Ausdruck kommt, wobei ja stärkere traumatische Schädigungen vermieden werden, ist darum bei Prozessen mit starker entzündlicher Reizung besonders wirksam und beliebt.

Die heterogenen Reaktionserscheinungen, von denen eben die Rede war und die hauptsächlich in nervösen Symptomen bestehen, kommen namentlich bei neurasthenischen und anämischen Individuen vor; sie sind ein Zeichen dafür, daß zunächst infolge des hydriatischen Eingriffs die Dissimilationsvorgänge die assimilatorischen überwiegen. Ein paar Tage Pausieren schafft hier in der Regel Abhilfe, dann stellt sich bei Fortsetzung der Kur die richtige Reaktion verbunden mit der normalen reaktiven Euphorie ein. Durch richtige Dosierung kann man auch hier Schädigungen vermeiden; ebenfalls läßt sich durch genaue Dosierung auch bei den an sich oft schlecht reagierenden Arteriosklerotikern der gewünschte Erfolg erzielen. Bei progressiver Paralyse muß man dagegen jede zu aktive Hydrotherapie vermeiden, da hier sonst leicht bösartige Reaktionserscheinungen provoziert werden können.

Die sogen. Hautkrisen, die bei den alten Hydrotherapeuten eine so große Rolle spielten, beruhen wohl stets auf Infektion durch schlecht gereinigte Wäsche oder auf Mazerationserscheinungen; nur bei der Syphilis läßt sich nach Kraus durch eine hydriatische Kur (feuchte Einpackungen, Dampfkastenbäder) eine spezifische Hautreaktion in Form eines frühzeitig auftretenden Hautexanthems zuweilen provozieren; Verfasser will diese Tatsache auch zu diagnostischen Zwecken, zum Nachweise einer latenten, aber noch nicht erloschenen Lues, verwertet wissen; denn bei genügend behandelten Patienten ruft eine solche hydriatische Behandlung keine weiteren Haut- oder Schleimhautexantheme mehr hervor.

2. Im Gegensatze zu der sonst vielfach üblichen Hitzebehandlung empfiehlt Fuerstenberg bei akutem und subakutem Gelenkrheumatismus sowie bei Arthritis gonorrhoica in frischeren Fällen die lokale Kälteapplikation in Form der von Winternitz eingeführten sogen. Longuettenverbände. Dieselben werden derart appliziert, daß auf das erkrankte Gelenk dachziegelförmig Leinwandstreifen locker gelegt werden, die in kaltes Wasser (6 bis 9° C) getaucht und nur wenig ausgewunden sind, und die durch beständiges Aufträufeln von ebenso kaltem Wasser kühl gehalten werden; das Aufträufeln geschieht am besten dadurch, daß aus einem hoch aufgestellten, mit Eiswasser gefüllten Eimer durch einen mit einer verstellbaren Klemme versehenen Gummischlauch das Wasser auf den Verband geleitet wird; ein untergelegtes Gummituch schützt das Bett und sorgt für den Abfluß. Die jedesmalige Applikation, die eventuell mehrmals am Tage wiederholt werden kann, dauert etwa zwei Stunden lang. Es wird dabei das erkrankte Gelenk gar nicht berührt, auch ist bei dem Arrangement mit Eimer und Gummischlauch eine Hilfsperson während der Behandlung nicht nötig. Teils mit, teils ohne gleichzeitige Salizylbehandlung wurden auf diese Weise namentlich bei verschlepptem akutem Gelenkrheumatismus gute Erfolge erzielt.

3. Daß man bei derartigen Residuen von akutem Gelenkrheumatismus nicht zu früh mit der Mechanotherapie beginnen soll, hat Referent kürzlich in dem oben genannten Artikel ausgeführt. Es soll überhaupt bei Gelenkerkrankungen, akuten wie chronischen, die Regel gelten, daß stets erst durch die üblichen hydrotherapeutischen und thermotherapeutischen Maßnahmen der Reizzustand der Gelenke gemildert oder beseitigt werden muß, bevor Massage und medikomechanische Uebungen in Anwendung kommen; sonst kann durch die Mechanotherapie mehr geschadet als genützt werden. Besonders schwierig liegen die Verhältnisse bei der gonorrhoischen Arthritis, wo einerseits frühzeitige Versteifung droht, während andrerseits zu vorzeitige Mobilisationsversuche neue Rezidive heraufbeschwören können; aber auch hier darf im allgemeinen von obiger Regel nicht abgewichen werden. Am ehesten sind noch vorsichtige Bewegungen im heißen Vollbade in den ersten Stadien dieser Krankheit erlaubt. Sehr gut hat sich mir die Mobilisation versteifter Gelenke in verdünnter Luft nach dem Bier-Klappschen Saugverfahren bewährt, sowohl bei rheumatischen wie bei gonorrhoischen oder traumatischen Versteifungen; das Verfahren erlaubt wegen der schmerzstillenden Wirkung der dabei auftretenden Saug- und Stauungshyperämie auch in solchen Fällen passive Beugungen oder Streckungen vorzunehmen, wo solche Mobilisationsversuche sonst an der Schmerzempfindlichkeit scheitern. Jedoch ist auch hier Bedingung, daß das Reizstadium des Gelenkes vorüber sein muß, was sich in geringer oder fehlender Druckempfindlichkeit sowie durch die Erträglichkeit leichter Massage-Applikationen zu erkennen gibt.

4. Die Verfasser haben in hartnäckigen Fällen von Schreib-, Klavierspieler- und sonstigem Beschäftigungs-Krampf sowie bei Neuralgien in den Händen und Fingern, die auf Ueberanstrengung zurückzuführen waren, mit sehr gutem Erfolge die Duschemassage angewandt; dieselbe bestand hier in der Applikation einer 35 bis 40° C warmen Regendusche, unter der während 5 bis 10 Minuten die Massage gleichzeitig appliziert wird; der Wasserdruck darf dabei kein starker sein. Auch bei Kranken, wo sonstige Methoden, einschließlich Heißluftbehandlung, Massage u. dgl. vorher schon vergeblich versucht worden waren, führte die derart vorgenommene Duschemassage noch zum Ziele.

5. Verfasser wandte in einer Scharlachepidemie in Lodz bei Scharlachnephritis die von Strasser und Blumenkranz empfohlenen, an dieser Stelle schon mehrfach erwähnten protrahierten warmen Vollbäder (28° R eine Stunde Dauer) an, und konnte die von obigen Autoren gemachten Angaben voll bestätigen. Eine unmittelbare diuretische Wirkung dieser Bäder ließ sich fast stets beobachten, auch waren die Resultate bezüglich des Verschwindens der Albuminurie günstiger als bei Vergleichspersonen, die mit gewöhnlichen warmen Bädern oder Schwitzpackungen behandelt worden waren; nur bei starker hämorrhagischer Nephritis sind die protrahierten Bäder wie überhaupt jede Badebehandlung kontraindiziert.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Beiträge zur Konstitutionstherapie.** Von Dr. Klein-Berlin. Arch. f. phys.-diät. Therapie, 1908, Nr. 1.

2. **Die Biologie im Reichstag.**

1. Beiträge zur Konstitutionstherapie finden sich in des Verf.s Arbeit über die Lokal- und Allgemeinbehandlung Augenkranker. Soll eine Krankenbehandlung ersprießliche Ergebnisse zeitigen, so führt er aus, dann dürfen, ja müssen die angewandten Mittel und

Hilfen ausschließlich an Stellen angesetzt und in Richtungen geleitet werden, aus denen ihre Wirkung erkennbar ist.

Nicht die versteckten Vorgänge in und zwischen den letzten Einheiten der Gewebe — den Zellen oder gar den Atomen — können von der praktischen Arbeit des Arztes berücksichtigt werden. Vielmehr sind es ausschließlich die in ihren Wirkungen nach außen hin sinnlich wahrnehmbaren Vorgänge, die den Wertmesser abgeben für das Notwendige, das Mögliche und das Erreichbare beim ärztlichen Handeln.

Was darüber hinausgeht, das sind wissenschaftliche Liebhabereien, deren Zwecke in dem Verlangen erschöpft sind, solche Vorgänge und Beschaffenheiten zu sinnenfälliger Darstellbarkeit zu bringen, die ihrer Natur nach der grobsinnlichen Wahrnehmung entzogen sind. (Das sind goldene Worte, die vor allem für unsere homöopathischen Kollegen von Interesse sein dürften. Ref.)

Für den Arzt — nicht für den Chemiker oder experimentellen Therapeuten — findet die Zufuhr in den Organismus statt in der Aufnahme von Luft, Wasser, Nahrungsmitteln und Wärme; der Verbrauch gibt sich als Bewegung, Arbeit, Organfunktion, Umsetzung von Eindrücken aus der Außenwelt; die Ausfuhr geht vor sich auf dem Wege über die Lunge, die Haut, die Nieren, den Darm und die Drüsenorgane.

Anomalien und Mißverhältnisse im Ablauf dieser Funktionen, die sich bei Untersuchung und Beobachtung der Patienten ergeben, sollen — von gewissen Ausnahmen abgesehen — im allgemeinen nicht mit pharmakologischen, sondern mit „adäquaten", „natürlichen" Hilfsmitteln korrigiert werden.

Klein demonstriert das an folgendem Beispiel: Wenn der Mensch infolge mangelhafter Uebung, infolge Ansammlung von Gas und Stuhlmassen im Darm, infolge örtlicher Fettansammlungen, infolge „Verwässerung" seiner Gewebe oder infolge eines durch unzweckmäßige Arbeitsüberbürdung vergrößerten Herzens unzulängliche Atemarbeit leistet, dann ist es „unnatürlich", ihn, etwa mit Thyreoidin, zu „entfetten", mittels Pilokarpin oder Salizyl zum Schwitzen zu bringen, mit Digitalis sein Herz anzutreiben, durch Diuretika die Harnabsonderung erhöhen oder durch Laxantien den Darm entleeren zu wollen.

Die „natürliche" Allgemeinbehandlung, die in Regelung von Zufuhr, Verbrauch und Abfuhr besteht, hat sich angesichts des Mißbrauchs, der heute fast allgemein mit Essen und Trinken getrieben wird, in der Mehrzahl der Vorkommnisse wohl vor allem im Sinne einer Entziehung zu betätigen. Die Abfuhr über Haut, Nieren, Darm wird Steigerung erfahren müssen durch Hautpflege, Beeinflussung der gesamten Zirkulation mit Hilfe von Hitze, Wasser, Licht und Luft, durch Ersatz mangelnder Leibesbewegung in Form von Muskelübungen und Massage, durch Erzielung einer regelmäßigen, selbsttätigen Stuhlentleerung. Ja, auch die Art der Bekleidung, die oft notwendige Aenderung täglicher Gewohnheiten wird mit in den Bereich der ärztlichen Vorschriften einzubeziehen sein.

Die Therapie wird dadurch oft eine gewisse Eintönigkeit erhalten, aber man vergesse eins nicht: Unsere herrschende klinische Terminologie, die sich aus anatomisch lokalistischen Einteilungsgrundsätzen herleitet, hat es zum großen Teil verschuldet, daß die Krankenbehandlung sich allmählich in zahllose Teilmaßnahmen auflösen mußte. Diese Zersplitterung täuscht aber ein „individualisierendes" Verfahren nur vor, als Gegensatz zu eintönig erscheinenden aber vielseitig wirkenden Maßnahmen.

Als gutes Lehrbeispiel ist hier besonders das „ekzematöse" Kind zu nennen: Je nach der Oertlichkeit, an der die „Ekzematose" auf so einem Organismus zutage tritt — um ein Bild zu gebrauchen: je nach der Ecke, aus der das Feuer nach außen schlägt — wird dessen Träger zum Objekt der unterschiedlichsten Bezeichnungen und Behandlungsmethoden. Ex potiori fit denominatio, e denominatione fit therapia. Es ist kein Kind mehr, dessen gestörte allgemeine Konstitution und Funktion durch allgemeine konstitutionelle Maßnahmen wieder ins Geleise gebracht werden müßte. Vielmehr ist es ein „komplizierter Fall" geworden, dem man bald als Ekzem des Gesichts unter dermatologischer Salbenbehandlung, bald als Ekzem des behaarten Kopfes im Röntgenlaboratorium begegnet, die Konjunktivitis und Keratitis ekzematosa wird vom Augen-, die Otitis vom Ohrenarzt behandelt. Dasselbe Kind wird vom Internisten mit einer — je nach der Erfindungsgabe der zeitgenössischen Chemiker wechselnden — internen Behandlung vom Lebertran bis zur Jodglidine bedacht, und hatte in der Zwischenzeit wohl auch eine oder mehrere verändert erscheinende Lymphdrüsen dem Chirurgen, einige Nasenpolypen, die Mandeln in Rachen und Hals dem Rhino-Laryngologen lassen müssen.

2. Am 28. März hielt der Abgeordnete Dr. Faßbender*) beim Etat des Reichs-Gesundheitsamtes eine Rede, die für unsere Leser von Interesse ist, weil sie, im Einvernehmen mit Kreisarzt Bachmann abgefaßt, jener Behörde eine mehr biologische Ausgestaltung ihrer Tätigkeit ans Herz legen wollte.

Faßbender betonte, daß neben der z. Z. im Vordergrund stehenden bakteriologischen Tätigkeit, die sich hauptsächlich mit der Bekämpfung pathogener Mikroorganismen beschäftigt, andere, mindestens ebenso wichtige Aufgaben im Dienste der Volksgesundheit eine weit höhere Beachtung verdienen, als ihnen bisher zu teil wurde.

Da nämlich die Bakterien einerseits ubiquitär sind, andererseits aber nur auf dem Boden einer schlechten Beschaffenheit oder Konstitution des Körpers gedeihen können, so ist der Kern der Gesundheitspflege nicht in der Bakterienvernichtung, sondern in der Kräftigung des Organismus zum Kampf gegen seine Feinde zu suchen.

Das wird erreicht durch eine rationelle Lebensweise, die beste Prophylaxe gegen Krankheiten, und zwar nicht nur gegen solche bakterieller Natur, sondern vor allem auch gegen die immer mehr zunehmenden Nerven- und Stoffwechselkrankheiten.

Auf diesem Gebiet (der rationellen Lebensweise) sind noch mancherlei Aufgaben zu lösen. Namentlich gilt das von der Ernährungsfrage. An dem Beispiel einer Provinzial-Irrenanstalt, die jährlich 50000 kg Fleisch (und 13000 l Bier), dagegen unverhältnismäßig wenig vegetabilische Nahrungsmittel verbraucht, demonstrierte F. die nach verschiedenen Richtungen hin sehr beklagenswerte Tatsache, daß die Bedeutung des Fleischeiweißes zu ungunsten der so wichtigen pflanzlichen Stoffe vielfach noch immer ganz gewaltig überschätzt wird. Er führte die einschlägigen Forschungen von Külz und Chittenden an, aus denen hervorgeht, daß die so gefürchtete „Unterernährung" weit weniger gefährlich ist als die fehlerhafte und die Ueberernährung.

In diesem Zusammenhang wären auch eingehende Untersuchungen über ein Aenderungsbedürfnis unserer bisherigen Kochweise (vgl. Sternberg etc.) und unserer Brotbereitungsart wünschenswert. An Stelle der weichlichen Weiß- und Feinmehlgebäcke sollte Vollbrot treten.

Auch über die mannigfachen Schädigungen, die sich aus dem Alkohol- und Tabakmißbrauch ergeben, wünscht F. umfassende Aufklärungsarbeit von seiten des Reichs-Gesundheitsamtes.

Die so außerordentlich segensreiche hydrotherapeutische Behandlung und die mit ihr verbundenen Licht-Luftbadeeinrichtungen kommen, wie F. des weiteren anführte, z. Z. hauptsächlich nur demjenigen Teil des Publikums zugute, der die teuren Sanatoriumskuren bezahlen kann. Eine wichtige Frage des Volkswohls ist daher: wie können die Ergebnisse der Sanatorien für die Unbemittelten nutzbar gemacht werden? (vgl. hierzu Frankenhäusers Vorschlag, Therap. Rundsch., S. 113, Ref.)

Im Anschluß daran sprach F. zum Schluß den Wunsch aus, daß die Leitung des Reichs-Gesundheitsamtes ihr Augenmerk darauf lenken möge, daß das Gute, was sich in dem heutigen „Naturheilverfahren" findet, für die Wissenschaft verwertet, und daß diese, in der freien Praxis z. T. etwas verwilderte Methode durch erprobte Männer ausgebaut und wissenschaftlich gestaltet werde (vgl. Therap. Rundsch., S. 211, Ref.).

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ueber die Indikation zur Radikaloperation bei entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** Von Prof. Dr. A. Kuttner-Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 11.

---

*) Verfasser der Schrift: Die Ernährung des Menschen in ihrer Bedeutung für Wohlfahrt und Kultur. Berlin. C. Heymann.

2. **Der Wert des negativen Druckes (Saugens) in der Oto-Rhinologie.** Von Dr. Heinrich Halász, Spezialarzt in Miskoliz. Monatsschr. f. Ohrenheilk., XLI. Jahrg., Heft 12.

3. **Ueber Lupus der oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Komplikation von seiten des Gehörorgans.** Aus der oto-laryngolog. Universitätsklinik und Poliklinik Basel, Direktor Prof. Siebenmann. Von Prosper Lewy, ehem. Assistent der Klinik und Poliklinik. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 75.

4. **Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma.** Aus der laryngologischen Klinik des Prof. Pieniążek in Krakau. Von Dr. Franz Nowotny, Privatdozent und Assistent der Klinik. Monatsschr. f. Ohrenheilk., XLI., Heft 12.

1. Die Radikaloperation kann in der Mehrzahl der Fälle durch interne Eingriffe ersetzt werden. Das ist die Quintessenz der Ausführungen Kuttners, eine Anschauung, die Lublinski kurz vorher, andere schon oft vertreten haben. Vielleicht werden diese mahnenden Stimmen doch allmählich mehr gewürdigt gegenüber denen, die sofort zu der Radikaloperation schreiten, oft ohne bessere und sicherere Heilungen erzielen zu können.

2. Verfasser erklärt sich als enragierter Freund der Saugbehandlung, speziell wie sie mittels der Sondermannschen Maske ausgeübt wird. Allerdings stützt er sich nur auf ein relativ geringes Material, doch erklärt er, daß kein sorgfältig mittels des Apparates behandelter Fall (Ansaugen von ca. zwei Minuten Dauer, drei- bis vierstündlich) zur Mastoidoperation gekommen wäre. Auch für die Diagnostik der Nebenhöhlenempyeme, für trockene Katarrhe, für Ozäna etc. sei er außerordentlich wertvoll.

Es kann nach den zahlreichen Publikationen der Stauung bezw. dem Saugen wohl kaum erheblicher therapeutischer Wert abgesprochen werden. Doch mahnen viele Publikationen zur Vorsicht. Auch wir haben nicht immer günstige Resultate gesehen und möchten doch zur vorsichtigen individuellen Anwendung raten.

3. In längeren einleitenden Ausführungen bespricht Verf. die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Lupus und Tuberkulose, die auch von vielen anderen zitierten Autoren anerkannt wird. Mit Raulin unterscheidet er drei Formen des Schleimhautlupus: Forme hypertroph. ou vegetante, forme ulcereuse, forme sklereuse. Das Vorkommen des Lupus bespricht er an der Hand von 63 Fällen der Baseler Klinik aus mehr denn einem Jahrzehnt. Er fand, daß dreimal soviel Frauen wie Männer erkranken, daß im allgemeinen das dritte Jahrzehnt die größte Krankenzahl liefere, daß der Lupus vorzugsweise eine Krankheit der armen Leute ist. Aetiologisch kommen in Betracht Skrofulose, Tuberkulose, Infektionskrankheiten, trockene Katarrhe der Nasen- und Rachenschleimhaut. Die Haut ist in der Hälfte der Fälle mitbeteiligt.

Die Lokalisation betrifft in erster Linie die Nase, die fast immer beteiligt ist, seltener ist der Mund (zwei Fälle), Rachen (sieben Fälle), Kehlkopf (fünf Fälle) beteiligt. Charakteristisch ist u. a. die absolute Schmerzlosigkeit.

Das Ohr ist in 51% der Fälle mitbeteiligt, eine recht hohe Zahl! Verf. nimmt wohl mit Recht an, daß durch forciertes Schneuzen ein vorhandener Tubenverschluß auf katarrhalischer Basis gesprengt und Sekret ins Mittelohr geschleudert wird, wodurch die Infektion zustande kommt. Der Prozeß betrifft Mittel- aber auch Innenohr und ebenso den Prozessus mastoideus.

Prophylaktisch empfiehlt Verf. dringend die sorgfältige Behandlung von Rhinit. sicc. chron., Ozäna, Pharyngit. sicc. Daneben Berücksichtigung der Konstitution, allgemeine Behandlung von Anämie, Skrofulose etc.

Lokal kommt Kreosotalsalizyl, Jod-Kalomelkur, Kurettement, Galvanokaustik und Heißluftbehandlung in Frage. Von Röntgen-, Radium-, Finsenbehandlung hat er keine Dauererfolge gesehen.

4. Es ist von großem Interesse zu beobachten, wie die auf direktem Sehen aufgebauten Untersuchungsmethoden immer neue Erfolge zeitigen, immer neue Ausblicke gewähren. So hat es den Anschein, als würde die so außerordentlich wertvolle Bronchoskopie, die uns schon manches Krankheitsproblem intra vitam lösen ließ, möglicherweise auch den langjährigen Streit über die Ursache des Bronchialasthmas lösen helfen.

Pieniążek hat als erster einen Asthmatiker im Anfall bronchoskopiert. Verf. untersuchte drei weitere Fälle im Anfall. Sie fanden in allen Fällen starke Rötung und Schwellung der Mukosa an der Bifurkation oder an tiefer gelegenen Stellen in den Bronchien erster und zweiter Ordnung oder an beiden Stellen. In dreien der Fälle wurden sehr reichliche Massen von zähem, festhaftendem Schleim gefunden, die während des Bronchoskopierens großenteils zur Expektoration kamen, angeregt einmal durch das Bronchoskop selbst, anderseits durch das benötigte Kokain-Adrenalin, wodurch eine starke Abschwellung der Mukosa bewirkt und das Lumen des Bronchus oder Bronchiolus erweitert wurde, so daß der Schleim bequemer durchtreten konnte.

Der therapeutische Effekt wird von dem Autor als sehr guter beschrieben, und an der Hand desselben versucht er, das Wesen des Asthmas näher zu erklären. Gilt auch heute nicht mehr der Ruf: Hier Krampf der Bronchialmuskulatur — hier akute Schwellung der Mukosa des Bronchiolus, kommt man sich auch heute auf diesem Gebiet entgegen, so ist man doch zu einer klaren Vorstellung über das Wesen des Asthmas nicht gekommen. Nowotny beschreibt, daß ganze Abschnitte der Lunge, wie er im Bronchoskop feststellen konnte, von der Atmung ausgeschaltet waren, und zwar durch den klebrigen Schleim, der sich erst unter Kokain-Adrenalin löste. Er nimmt daher an, daß dieser Schleim in Verbindung mit dauernder Schwellung der Mukosa ätiologisch außerordentlich bedeutungsvoll für das chronische Asthma ist.

Inwieweit die von Nowotny angenommene therapeutische Beeinflussung sich bestätigen wird, bleibt abzuwarten.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau,** Berlin.

1. **Beiträge zur Hirnchirurgie.** Von Josef Gobiet. Wiener klin. Wochenschr., 1908.

2. **Zwei mit Antitoxin „Höchst“ behandelte Fälle von Tetanus nach gynäkologischer Operation.** Von P. Zacharias. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.

3. **Die hysterische Skoliose.** Von Max Strauß. Die Heilkunde, 1908, H. 2, Febr.

4. **Zur Behandlung der akut lebensgefährlichen Blutungen bei Ulkus ventrikuli.** Von W. Braun. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 8.

5. **Ueber Epiploitis.** Von Oskar Lederer. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1908, Nr. 1.

6. **Operation eines perforierten Magengeschwürs.** Von Pernitza. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

7. **Ueber einen durch Operation geheilten Fall von großknotiger Lebertuberkulose.** Von Victor Bunzl. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

1. Die lehrreichen Krankengeschichten geben Proben aus den meisten Gebieten der heutigen Hirnchirurgie; auf ihre Einzelheiten einzugehen, ist hier nicht der Platz. Es finden sich darunter Beispiele für den bis heute nicht geklärten Widerspruch, daß eine Jacksonsche Epilepsie nach knöchernem Verschluß der Schädellücke heilt, und daß in einem andern Fall gerade der entgegengesetzte Eingriff, die Kraniektomie und Duraresektion es ist, der langjährigen Anfällen ein Ende setzt. Eine neuerdings besonders bei Haematomen der Dura häufiger beschriebene Erscheinung, die auch Gobiet, u. zw. in einem der selteneren Fälle von wahrem Cholesteatom der Dura mater beobachtete, ist die kollaterale Hemiplegie: Verlust der Sprache und Krämpfe im rechten Arm und Bein, die von Lähmung dieser Gliedmaßen gefolgt waren, weisen auf die linke motorische und Sprachregion hin, die bei der Operation auch abgeflacht gefunden werden, ohne daß man die Ursache davon entdeckt. Erst die Leichenschau zeigt den Tumor über der rechten Großhirn-Hemisphäre sitzend, von wo er durch eigentümliche Beeinflussung des Schädelhöhlendrucks jene Fernwirkungen hervorgerufen hatte. Es kommt in solchen Fällen die Trepanation auf der Seite der Erscheinungen in Frage, wenn die Schädelöffnung auf der anderen Seite ergebnislos geblieben ist. Bemerkenswert ist auch eine durch dreiwöchige Tamponade nach Trepanation geheilte Knochensplitterverletzung des Sinus longitu-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Public

dinalis und ein ebenfalls mit Glück angegriffener otitischer Schläfenlappenabszeß: Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, Eröffnung der Schädelgrube und Entleerung eines subduralen Abszesses, dann eines großen Abszesses im Schläfenlappen selber, zu dem die schwer entzündeten weichen Hirnhäute den Weg gewiesen hatten.

2. In der Erlanger Frauenklinik ereigneten sich kurz hintereinander zwei Tetanusfälle nach gynäkologischen Eingriffen. Die Asepsis des Personals und Materials war einwandsfrei; die Erklärung geben vielleicht ausgedehnte Erdarbeiten, die damals auf dem Grundstück der Klinik vorgenommen wurden. Die Vorstellung, daß dabei Tetanus-Sporen aufgewirbelt und durch Luftinfektion an die Kranken im Operationsraum geraten sind, gewinnt dadurch an Wahrscheinlichkeit, daß Schroeder im Jahre 1875 die beiden ersten Ovariotomien in einer an gleicher Stelle frisch errichteten Baracke an Tetanus verlor. Untersuchung von Bodenproben blieb ohne Ergebnis.

Im Anschluß an die beiden Fälle — der erste, schwerere, mit kürzerer Inkubationszeit, starb, der andere genas unter fortgesetzter Serumbehandlung, unterstützt durch große wiederholte Kochsalz-Einspritzungen — gibt Zacharias genauere Anweisungen über die Serumbehandlung des Starrkrampfes, die man in allen einschlägigen Werken, aber auch auf den Gebrauchsanweisungen der Fläschchen selber vergeblich sucht. Die Maximaldosis des Serums (d. h. des Höchster Serums, auf das sich alles Folgende allein bezieht) wird nur durch den Zusatz von Carbolsäure bestimmt; es folgt daraus, daß das hochwertige Serum (10 fach normal = 100 Antitoxin-Einheiten, A-E, im 10 ccm-Fläschchen) dem 5 fach normalen (100 A.-E. in 20 ccm) vorzuziehen ist. Von dem hochwertigen Serum kann man pro dosi 20,0, pro die 60,0 ccm = 600 A-E. einspritzen, ohne die Maximaldosis der beigefügten Carbolsäure zu überschreiten. Nach Versuchen an Meerschweinchen sind als Heildosis auf 1 kg Körpergewicht 8 A.-E. notwendig; man wird also beim Menschen das hochwertige Serum nehmen müssen, um nach Behrings Forderung innerhalb der ersten 30 Stunden nach Ausbruch des Starrkrampfes die volle Heildosis zu erreichen, z. B. für eine 60 kg schwere Frau 60 × 8 = 480 A.-E. = 48 ccm Serum.

In dem erwähnten glücklich verlaufenen Falle gab Zacharias in sieben aufeinanderfolgenden Tagen 1300 A.-E., drei Tage später noch einmal 100 A.-E.; der Erfolg zeigt, daß das Antitoxin sehr häufig in viel zu geringer und nicht konsequent genug wiederholter Gabe verabfolgt wird. Freilich kann das Antitoxin die bereits im Nervensystem verankerten Toxine nicht mehr lösen, sondern lediglich die frisch gebildeten vor ihrer Bindung abfangen. Die Seruminjektion geschieht deswegen am besten in häufigeren kleinen Dosen, ohne lange Pausen. Neben der Flüssigkeitszufuhr durch Kochsalzeinspritzung und Anregung des Herzens (Z. gab bis 3 g Digalen pro dosi!) muß man natürlich für genügende Ernährung sorgen und braucht die gleichzeitige Anwendung der Narkotika nicht zu scheuen.

3. Die hysterische Skoliose ist eine Haltungsanomalie der Wirbelsäule, entstanden durch Muskelwirkung, vom Centralnervensystem aus verursacht: eine rein seitliche Abbiegung der Wirbelsäule ohne Drehung der Wirbelkörper, ohne Keilwirbelbildung, Abknickung der Rippen und Rippenbuckel, wie sie die wirkliche Skoliose kennzeichnen. Das weibliche Geschlecht überwiegt bedeutend (26 : 19 bei Straußens Fällen); sehr häufig liegt der Erkrankung ein Trauma zugrunde, das Wochen und Monate, aber auch Jahre zurückdatieren kann. Rücken- und seitliche Bauchmuskeln, manchmal auch Hals- und Schultermuskeln der befallenen Seite sind kontrakt, die Wirbelsäule scheint umgebogen „wie ein Stab". Anatomische Veränderungen im Röntgenbilde fehlen ebenso wie der Rippenbuckel. Charakteristisch ist das Verschwinden der Verbiegung beim Rumpfbeugen, beim Liegen, schlimmstenfalls in Narkose. Dazu kommen, aber durchaus nicht immer, andere hysterische Kennzeichen und die Anamnese; selbstverständlich wird die Diagnose häufig durch Aggravation erschwert. Die Behandlung soll das Schwergewicht auf seelischen Einfluß legen; Medikomechanik nur bei gut ausgleichbarer Kontraktur. Orthopädische Apparate werden mit Recht verworfen, sie verstärken das Krankheitsbewußtsein und sind dem Muskelkrampf gegenüber nutzlos. Auch dem Vorschlag einer niedrigen Rente für hysterische Skoliose (nach Strümpell) ist beizustimmen; sie veranlaßt zur Wiederaufnahme der Arbeit, während hohe Rente depravierend wirkt.

4. Braun gelang es in einem Falle wiederholter lebensgefährlicher Magenblutung, die Stelle des Geschwürs am freigelegten Magen von außen durchzufühlen. Er umstach die zuführenden Gefäße ohne Eröffnung des Magens und schloß eine Jejunostomie an; die Kranke kam durch. Der Fall beweist, daß die unbedingte Ablehnung der Laparotomie bei akuter Magenblutung, weil das Auffinden des Geschwürs unsicher, der Eingriff zu groß für den ausgebluteten Kranken und die Aussichten bei innerer Behandlung nicht schlechter seien, wenigstens bei verzweifelten Fällen nicht berechtigt ist; allerdings wird sich die Operation dann auf die Umstechung beschränken, der sich die Jejunostomie oder, falls der Zustand des Kranken es erlaubt, die Gastroenterostomie anzuschließen hat. Am günstigsten für die Umstechung liegen die Gefäßverhältnisse an der kleinen Kurvatur; übrigens hat Braun im Tierversuch nachgewiesen, daß beim Hunde Unterbindung der meisten zuführenden Gefäße die Lebensfähigkeit des Magens nicht stört.

5. Die Perforation erfolgte auf der inneren Abteilung des Garnisonsspitals Wien nach längerer scheinbar erfolgreicher Ulcuskur. Sechs Stunden nach dem im Schlaf erfolgten Durchbruche — der charakteristische Schmerz hatte den Kranken geweckt — wurde laparotomiert, das linsengroße Geschwür an der Vorderwand der pars pylorica übernäht und die Gastroenterostomie angeschlossen. Die bei der Frühoperation zu erwartende Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

6. Der Lebertumor erwies sich histologisch trotz mißlungenen Bazillennachweises durch unverkennbare Epitheloidtuberkel als Tuberkulom; er war über mannsfaustgroß und hatte nach einer vor einem Jahr vorgenommenen Laparotomie dem Kranken unerträgliche Schmerzen bereitet. Seine Entfernung gelang stumpf; die starke Blutung aus dem Lebergewebe wurde durch Tamponade mit Adrenalinlösung beherrscht. Die Heilung hat bis jetzt ein Jahr lang vorgehalten. Häufiger noch als Tuberkulose bringt Lues derartige solitäre entzündliche Tumoren in der Leber hervor; ihre gewöhnlich an eine Probelaparotomie angeschlossene Entfernung liefert im ganzen gute Ergebnisse.

7. Die selbständige Entzündung des großen Netzes wird meistens nach Operationen, ganz besonders nach Bruchoperationen beobachtet. Der entzündliche Netztumor birgt in seinem Inneren häufig Ligaturen und kleine Abszesse; seine Symptome sind entsprechend der großen Beweglichkeit des Netzes verschieden; Verwechselungen mit Ovarialzysten, mit Milztumoren, mit malignen Neubildungen sind vorgekommen. Die Tatsache der vorhergegangenen Bruchoperation gibt immer den wichtigsten Fingerzeig; die Zwischenzeit beträgt gewöhnlich nur wenige Monate, doch ist in einem Falle ein Intervall von drei Jahren vorgekommen. Die Behandlung muß durchaus nicht immer operativ sein, zumal der Eingriff, an sich nicht gleichgiltig, durch Komplikation mit Peritonitis in der beschränkten Statistik eine sehr hohe Mortalität aufweist. Durch Bettruhe und Umschläge gehen auch ausgedehnte Netzinfiltrationen zurück; in einem Falle, den Ref. Gelegenheit hatte zu beobachten, und der ohne Eingriff heilte, war die günstige Wirkung lange fortgesetzter Bierscher Saugung mit großer Glocke unverkennbar.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Califig,

ein mildes und zuverlässig wirkendes Abführmittel in der Kinder- und Frauenpraxis.

Von Dr. **C. Peters**, Arzt, Eisenach.

Es sei mir an dieser Stelle ein Hinweis auf ein Präparat gestattet, das entschieden berufen ist, bei der oft so schwierigen und undankbaren Behandlung der habituellen Obstipation, sowie bei der mit besonderen körperlichen Verhältnissen (Krankenlager, Gravidität, Wochenbett, Klimakterium usw.) komplizierten Verdauungs- und Entleerungsträgheit eine hervorragende Rolle zu spielen, und das entschieden eine größere und allgemeinere Würdigung von seiten der Aerzte verdient, als es bisher der Fall war, nämlich auf den „Califig“ genannten, von der California Fig Syrup Co. in San Francisco hergestellten Feigen-Syrup. Ich selbst habe — in Verbindung mit einem anderen Kollegen, dessen Beobachtungen und Erfahrungen völlig mit den meinigen übereinstimmen — dieses Präparat seit nahezu drei Jahren in meiner Praxis erprobt und in allen Fällen ohne Ausnahme, bei Kindern und Erwachsenen, gute Erfolge erzielt.

Das Präparat ist, wie der Name schon andeutet, aus kalifornischem Feigensaft — in Verbindung mit den abführend wirkenden Stoffen der Fol. Sennae und einigen Aromatizis — hergestellt. Es ist somit eigentlich mehr ein diätetisches als ein bloßes Arzneimittel, da man ja auch sonst bei Fällen von chronischer Obstipation den Genuß von Obst, Südfrüchten usw. verordnet. Dasselbe Prinzip liegt hier vor, nur daß die im Obst — hier den Feigen — wirkenden Stoffe in einer konzentrierten, bequemen und angenehmen Form dargeboten werden.

Die Hauptvorzüge des Präparates sind:

1. seine prompte, nie versagende milde Anregung auf die erschlaffte Darmtätigkeit und die dadurch erzielte regelmäßige, breiige Stuhlentleerung;

2. die Möglichkeit, die dargereichten Gaben allmählich zu verringern, ohne daß sich ein Nachlassen der Wirkung zeigt, während man doch bei allen anderen Laxantien allmählich die Dosis steigern muß, um eine gleichmäßige Wirkung zu erzielen. Diese direkt therapeutische Eigenschaft des „Califig“ bringt sogar derartige Fälle zu dauernder Besserung, indem nach längerer regelmäßiger, allmählich verringerter Darreichung ganz mit dem Mittel ausgesetzt werden kann, ohne daß eine Verschlimmerung sich wieder einstellt;

3. die absolute Reizlosigkeit, das völlige Ausbleiben jeder Leibschmerzen oder sonstiger störender Darmerscheinungen, wie sie sonst nach anderen Purgantien sich häufig einstellen;

4. sein Wohlgeschmack und die angenehme Darreichungsform, die seine Verwendung selbst bei den empfindlichsten Patienten, bei Kindern und Schwerkranken, gestatten.

Ich habe hartnäckige, veraltete Fälle von habitueller Obstipation, bei denen schon alle nur denkbaren Laxantien ohne dauernden Erfolg angewandt waren, nach Gebrauch von „Califig“ — natürlich in Verbindung mit geregelter Lebensweise — zu dauernder Heilung kommen sehen, habe auch besonders während der Gravidität, bei der es teils durch Darmkompression, teils durch Darmerschlaffung oder venöse Stauungen zu stärkeren Obstipationsbeschwerden kommt, wie im Wochenbett, wo regelmäßige Verdauung und Stuhlentleerung von größter Wichtigkeit sind, stets bedeutende Erleichterung, erhöhtes Wohlbefinden und Appetitsteigerung bei den Frauen wahrgenommen.

In gleich guter Weise hat „Califig“ sich mir bei den so häufigen Fällen von habitueller Obstipation des Pubertätsalters bei Mädchen bewährt, indem die oft auf dieser beruhenden oder durch sie verschlimmerten Beschwerden bei der Menstruation nach dauernder Beseitigung der Obstipation durch „Califig“ bedeutend erleichtert wurden, zuweilen sogar einem dauernden Wohlbefinden Platz machten.

Endlich habe ich gute Erfolge von „Califig“ bei der Behandlung der Hartleibigkeit des Säuglingsalters gesehen, bei der gelegentlich die Veränderung der Nahrung nicht zur Beseitigung ausreicht; auch hier führt es, wenn eine Zeitlang täglich ein- bis zweimal wenige Tropfen der Nahrung zugesetzt werden, stets ohne störende Nebenerscheinungen einen bedeutend besseren, regelmäßigen Stuhl herbei.

Ich möchte die Kollegen, die „Califig“ bisher noch nicht in ihren Arzneischatz aufgenommen haben, namentlich diejenigen mit Frauen-Spezialpraxis, zu reger Prüfung und Verordnung des „Califig“ anregen.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber die Konsistenz der für künstliche Prothesen empfohlenen Paraffine.** Von Privatdoz. Dr. Spiegel. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 9.

2. **Ueber organische Adstringentien und deren chemische Verwandtschaft mit den Phenolen.** Von Dr. phil. Osborne, Chemiker. Therap. d. Gegenwart, 1908, Februar.

3. **Ueber Anwendungsweise und Nutzen der Kreosottherapie als eines medikamentösen Adjuvans der modernen Lungenheilstätten.** Von Dr. Daus. Beitr. z. Klinik d. Tuberkul., Separatabdruck.

4. **Therapeutische Versuche mit Tinctura Ferri Athenstaedt.** Von Dr. Krone. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 9.

5. **Ein Ersatzmittel des Phosphorlebertrans in der Therapie der Rhachitis.** Von Dr. Lungwitz. Therap. d. Gegenwart, März 1908.

6. **Ueber das Biocitin.** Von A. Altmann. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 17.

7. **Ueber Puro.** Von Hofrat Dr. von Boustedt. Russische med. Rundschau, 1908, Nr. 1.

8. **Neue Arzneimittel und pharmazeutische Spezialitäten.** Pharmazeut. Zeitg., 1908, Nr. 19.

1. Da es erwünscht ist, daß eine zu plastischen Zwecken in den menschlichen Körper einverleibte Masse möglichst lange an dem dafür ausersehenen Orte unverändert bleibt, dies jedoch bei den verschiedenen Präparaten — die Verschiedenheit der Paraffine richtet sich nach ihrem Schmelzpunkte — nicht gleichmäßig der Fall ist, so hat S. Untersuchungen mit einer Reihe von Paraffinen, die zu genanntem Zweck injiziert werden, angestellt und Temperatur und Druck miteinander verglichen. Denn da das Paraffin im Organismus von diesem und von außen her dem Druck ausgesetzt ist, so ist die Bestimmung desselben neben der des Schmelzpunktes zur Lösung der Frage notwendig. S. hat nun gefunden, daß nur die reinen Hartparaffine (Schmelzpunkt 75 bis 56°) den geforderten Ansprüchen genügen. Bei weicheren Paraffinen besteht die Gefahr, daß beträchtliche Mengen derselben in die umgebenden Gewebe gedrückt werden, wodurch die Gefahr von Embolien und Entzündungen einzelner Organe gegeben ist.

2. Die in der Medizin verwendeten organischen Adstringentien gehören fast alle zur Klasse der Gerbstoffe, die ihrem chemischen Charakter nach Phenolderivate und in letzter Linie Abkömmlinge des einwertigen Phenols, der Karbolsäure, sind. Ihre Wirkung beruht darauf, daß sie nicht wie die stets giftigen Antiseptika die Bakterien unmittelbar abtöten, sondern indirekt durch Kontraktion der Gewebe eine Einschränkung und gänzliche Verhinderung der Keimentwicklung im lebenden Organismus herbeiführen. Darin sind sie also den Antiseptizis überlegen, daß sie bei langerer Einwirkung nicht das organische Gewebe schädigen wie diese, und die chemische Wissenschaft und Industrie war deshalb stetig bemüht, diese Zweischneidigkeit des antiseptischen Schwertes nach der unerwünschten Seite hin möglichst abzustumpfen. Da z. B. das einfachste Phenol, Karbolsäure, wegen seiner großen Giftigkeit zu internem Gebrauch ganz ungeeignet ist, fand man Wege, um an den Benzolkern — Karbolsäure ist Monooxybenzol — nicht eine, sondern mehrere Hydroxylgruppen anzuschließen, wodurch die Giftigkeit des Phenolcharakters erheblich abgeschwächt wird. Die freien Hydroxylgruppen können hinwiederum durch esterartige Bindungen unschädlich gemacht werden, so daß sie erst im Magen oder Darm oder auf ihrem weiteren Wege im Organismus nach erfolgter Spaltung der betreffenden Verbindung ihre volle Wirkung entfalten. Von den zweiwertigen Phenolen hat das Resorzin und Brenzkatechin therapeutischen Wert, letzteres namentlich in Form des Guajakols. Seine milde Wirkung beruht auf der Verdoppelung der Hydroxyle und Veresterung derselben. Daraus resultieren eine Reihe bekannter Präparate: Duotal, Guakamphol, Gujasanol, Histosan. Eine ähnliche Umbildung beim einfachen Phenol bewirkt Verbindungen wie Phenetol (als Bestandteil des Phenazetins) und Salol. Die Salizylsäure ist der wichtigste Vertreter der Phenolsäuren. Wird in ihr das noch freie Phenolhydroxyl durch Essigsäure gebunden, so haben wir die Azetylsalizylsäure oder Aspirin. — Eine weitere Auseinandersetzung würde über den

Rahmen eines Referates hinausgehen. Das obige möge eine Probe der interessanten Erörterungen sein, welche vielleicht bei manchem erneutes Interesse für diese Körperklasse erwecken.

3. Als medikamentöses Adjuvans der Lungenheilstättenbehandlung wird von D. sehr das Pneumin empfohlen, eine Verbindung von Kreosot und Formaldehyd. Dasselbe stellt ein gelblich-weißes Pulver dar, das, völlig geruch- und geschmacklos, ungiftig ist, auf die Enteritiden der Phthisiker sowie auf Auswurf und Appetit günstig wirkt. Es kann als Schachtelpulver ordiniert werden und ist so außerordentlich billig. 1 g kostet 8 Pf.; die Tagesdosis (dreimal 0,5 g) würde also 12 Pf. kosten. Daher scheint das Mittel auch in der Armen- und Kassenpraxis verwendbar zu sein. 1 g Pneumin enthält fast 99% Kreosot, ist diesem also fast gleichwertig.

4. Bei 24 Kranken mit Chlorose, Anämie, Neurasthenie hat K. Versuche mit Tinctura Ferri Athenstaedt und der alkoholfreien Athénsa gemacht und faßt seine Erfahrungen dahin zusammen: Beide Präparate sind von zuverlässiger Wirkung und großer Schmackhaftigkeit. Selbst bei subtilem Geschmack und empfindlichem Magen werden sie gern und ohne Beschwerden genommen. Sie entwickeln eine appetitanregende, verdauungsbefördernde Wirkung und üben eine energische Anregung zur Blutbildung aus. Ihre Wirkung ist prompt, verläßlich und nachhaltend.

5. Ersatzmittel für den Lebertran besitzen wir eine ganze Reihe. Nach den Untersuchungen von Sittler (Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 29) ist aber ihr therapeutischer Effekt ungenügend. Auch L. hat sich mit der Frage nach einem brauchbaren Lebertranpräparat beschäftigt, wobei er von folgenden Betrachtungen ausging: An ein Ersatzmittel des Phosphorlebertrans soll man folgende Forderungen stellen können: 1. Geruch und Geschmack sollten möglichst angenehm sein. 2. Verdaulichkeit und Resorbierbarkeit des Lebertrans sollten die größtmöglichen Werte erreichen. 3. Das Präparat sollte auch im Sommer haltbar und verwendbar sein. 4. Der Phosphor sollte in einer nicht flüchtigen, unveränderlichen, also genau dosierbaren und in ungiftiger Form gegeben werden, d. h. in organischer, als Lezithin und Nuklein. 5. Man sollte versuchen, durch Eisen die Anämie und durch Jod die Schwäche des lymphatischen Apparates bei dem Rhachitiker zu beeinflussen. — Schon von Mering wandte zur Erhöhung der Verdaulichkeit und Resorbierbarkeit von Neutralfett freie Fettsäuren an (das Präparat Lipanin). Da man annahm, daß dem Rhachitiker Kalk fehle, gab man ihm solchen. Aber der rhachitische Organismus leidet gar nicht Mangel an Kalk; die Zufuhr desselben ruft nur eine Belastung des Darmes hervor. Ebenso bleiben auch die Hypophosphite ganz wirkungslos. Auf Grund solcher Ueberlegungen hat nun L. ein Präparat hergestellt, das den Namen Rhachisan bekommen hat und folgendermaßen zusammengesetzt ist:

Lebertran 30%; freie Fettsäuren, durch Verseifung aus Lebertran hergestellt, 1%; Jod, an freie Fettsäuren gebunden, 0,1%; Lezithin 0,8%, Nukleine 1,75%; Eisen, organisch an Ovovitellin gebunden, 0,3%; Mannit, der die Verbindung des Eisens mit dem Vitellin vermittelt, 12%; Glyzerin und Alkohol je 5%; destill. Wasser ad 100,0. Der Phosphorgehalt des Mittels beträgt 0,05%. Das Ganze ist eine haltbare Emulsion; die Dosis beträgt dreimal täglich 10 g. Die bisherigen Versuche, die fortgesetzt werden, lauten günstig.

6. Um Lezithin in schmackhafter Form zu verabreichen, wurde kürzlich von Prof. Habermann und Dr. Ehrenfeld ein neues Präparat namens Biocitin hergestellt. Es ist dies ein feines, gelblich-weißes Pulver von sehr schwachem, biskuitartigem Geruch und Geschmack, das in Wasser durch Schütteln alsbald zu einer Emulsion wird. Dieses Lezithin wird aus Eidotter nach einem neuen Verfahren in physiologisch reinem und chemisch unverändertem Zustande gewonnen. Die Wertstoffe im Biocitin sind somit vor allem Lezithin, ferner die Eiweißstoffe des Eidotters und der Milch, sowie der Milchzucker und das Milchfett. Nach den Analysen A.s besitzt das Präparat einen außerordentlich hohen Prozentsatz an physiologisch reinem Lezithin neben überaus leichter Verdaulichkeit, so daß es den im Handel befindlichen Protein- und Proteosenpräparaten als überlegen erscheint.

7. B. hat in der Kinderpraxis viel das Fleischsaftpräparat „Puro" angewendet und gefunden, daß es ohne Nebenwirkung gut vertragen wurde, daß danach meist Gewicht und Ernährungszustand günstig beeinflußt wurden, daß subjektives Befinden und der Appetit gehoben wurde. Bei Ulkus ventrikuli empfiehlt B. Puro als reizloses Nährmittel, das gut vertragen wurde und mit Milch und Schleim genügend nährte; ebenso bei Atonie des Magens und bei Dyspepsie. Auch per Klysma kann Puro gegeben werden. Innerlich reicht man den Fleischsaft in warmer Suppe oder Bouillon, oder mit Wein und Wasser verrührt.

8. In der Pharmazeutischen Zeitung lesen wir Berichte über neue Arzneimittel, denen wir folgendes entnehmen:

Andolin ist ein in der Zahnheilkunde angewendetes Lokalanästhetikum, bestehend aus Eukain. 0,5, Stovain. 0,75, Suprarenin. hydrochlor. 0,008, physiol. Kochsalzlösung ad 100,0 (Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 9).

Chimaphila umbellata, eine Erikazee Nordamerikas, Rußlands und Sibiriens, deren Blätter in Amerika offizinell sind, soll nach Soules als Antidiabetikum vorzügliche Dienste leisten. Verfasser bediente sich eines mit 50% Weingeist hergestellten Fluidextraktes, von dem täglich 8 g eine Zeitlang genommen wurden.

Jodameisensäure, die nach Stern bei der Behandlung der chronisch-ulzerativen Phthise gute Dienste leistet, wird in folgender Form angewendet: Eine sogenannte Stammlösung (10%) besteht aus 40% Ameisensäure 25 ccm, Jod q. s., Glyzerin ad 100,0. Die Behandlung geschieht mit einer 1%igen Lösung, von der täglich 10 bis 30 Tropfen intramuskulär injiziert werden. Weniger wirksam ist die Behandlung per os.

Xerosin wird eine abwaschbare, antiseptisch wirkende, hautfarbene Trockenpaste genannt, welche neben dem als Gelanthum bekannten Hautfirnis Ichthyol, Borsäure, Zinkoxyd und Talkum enthält.

Technische Neuerscheinungen.

Schnellverbandkasten

nach Blume.

Mit den Utermöhlenschen Schnellverbänden hat Dr. Blume in Baden einen Verbandkasten gefüllt, welcher entschieden eine sehr empfehlenswerte Einrichtung zeigt, welche ihn für Fabriken, Eisenbahndirektionen und Unfallstationen sehr geeignet macht. Dieser Verbandkasten enthält neben einer Reihe von Schnellverbänden aller Größen ein Kuvert mit Heftpflaster, mehrere Mullbinden, hydrophilen Mull, Verbandwatte, Bardelebens Brandbinden, einige Instrumente und eine Büchse Dermatol. Es ist alles Notwendige, was man zur ersten Hilfeleistung bei Unfällen braucht, in dem Kasten zu finden. Es ist als großer Fortschritt zu betrachten, daß man aseptische fertige Verbände vorfindet, durch welche ermöglicht wird, daß die Wunden sofort aseptisch bedeckt und verbunden werden. Es ist also nicht notwendig, daß der Arzt beim Verbinden die frischen Wunden mit Dermatol oder Jodoform etc. bedeckt. Es wird am besten nur die aseptische Kompresse auf die Wunde gelegt, wodurch man die Infektion der Wunde verhütet, soweit dieselbe nicht schon bei dem Trauma verunreinigt wurde. Die Verbandkästen werden von Kühne, Sievers & Neumann in Köln-Nippes angefertigt und in den Handel gebracht.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Der Arzt der großen und der kleinen Welt. Aerztliche Skizzen. Von Dr. M. Nassauer. München 1908. Gmelin. 81 Seiten.

Digitized by Google

Der Verlag der Aerztlichen Rundschau, der der Aerztewelt schon so viele anregende und wertvolle Schriften bescherte, die über den heutzutage fast allein geltenden Detailkram hinaus von höheren Gesichtspunkten ausgeht, hat auch diesmal wieder einen glücklichen Griff getan.

Ein erfahrener, gemütvoller Arzt von abgeklärter Weltanschauung schildert hier in flott und anziehend geschriebenen Skizzen einen Teil der Leiden und Freuden des Arztes, die idealen sowohl wie die Schattenseiten seines Berufes. Auch von dem feinen und groben Schwindel, der sich — leider — auch in unserem Stande findet, entwirft Verf. treffende Schilderungen.

Die Skizze „Die Fronarbeiten“ und namentlich die zu Herzen gehende Erzählung „Kurierfreiheit“ verdienen weiteste Verbreitung durch die Presse, da sie sehr geeignet sind, den Kassengewaltigen, den Behörden und dem Publikum überhaupt die Augen zu öffnen über Mißstände, die noch immer nicht genügende Beachtung finden. Esch.

Ueber den Kohlehydratstoffwechsel. Physiologische Vorträge von F. W. Pavy. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. K. Moeckel in Bonn. Leipzig 1907. Verlag von W. Engelmann.

P. legt in etwas weitschweifiger Form seine Auffassung vom Schicksal der Kohlehydrate im Organismus dar und zieht daraus Schlüsse auf das Wesen der diabetischen Störung. Die verdauten Kohlehydrate werden nicht als solche ins Blut aufgenommen, sondern chemisch an die Lymphozyten gebunden; denn Kohlehydrate, die frei im Blute enthalten sind (z. B. ins Blut eingespritzte Zuckerlösung), werden durch die Nieren sicher ausgeschieden. Das gleiche gilt für Peptone. Die Lymphozyten halten die Kohlehydrat- und Peptonmoleküle chemisch fest, so daß eine Ausscheidung im Urin bei normalen Verhältnissen nicht stattfinden kann, und transportieren sie an den Ort ihres Verbrauches bezw. ihres Aufbaues zu Körpersubstanz; denn auch aus Kohlehydraten kann Eiweiß gebildet werden. Beim Diabetes sind die Lymphozyten nicht oder in geringerem Grade zur chemischen Bindung des Kohlehydratmoleküls befähigt, ergo zirkuliert dieses frei im Blute und wird durch die Nieren ausgeschieden, eine Tatsache, die als Selbstschutz des Organismus gegen die giftige Wirkung der im Blute enthaltenen Zuckermoleküle anzusehen ist. Analog erklärt sich der Vorgang der Albuminurie. — Diese Sätze enthalten im wesentlichen das Neue der Auffassung Pavys. Was über die Behandlung des Diabetes gesagt wird, enttäuscht: v. Noordens Monographie bietet mehr und besseres.

Lungwitz, Berlin.

Neuere Arzneimittel, Beziehungen zwischen deren chemischer Konstitution und pharmakologischer Wirkung. Von H. Hildebrandt. Leipzig 1907. Akadem. Verlagsanstalt m. b. H.

Es ist nicht jedermanns Sache, sich in eine Lektüre, welche die chemische Konstitution in Beziehung zur pharmakologischen Wirkung zum Gegenstand hat, so hinein zu lesen, daß er dem Inhalt Geschmack abgewinnt. Wir besitzen zwar ein recht umfangreiches Werk auf diesem Gebiete von S. Fraenkel-Wien, doch wirkt die Fülle des dort angehäuften Materials auf viele — besonders die medizinischen Leser — erdrückend, ohne damit den Wert dieses für uns Pharmakologen fast unentbehrlichen Buches schmälern zu wollen. Hildebrandt hat es verstanden, den für den Mediziner und Pharmazeuten in Betracht kommenden Stoff so darzustellen, daß einem die Lektüre dieser immerhin spröden Materie bedeutend erleichtert wird. Verfasser selbst hat im Lauf der Jahre auf diesem Gebiete reichliche Erfahrungen gesammelt, welche ihm bei der Abfassung des Buches recht zu statten kamen. In gedrängter Form finden wir alle jene Punkte berücksichtigt, die das Verhältnis des chemischen Aufbaues zur pharmakologischen Wirkung bei den modernen Arzneimitteln behandeln. Auf einzelne Kapitel kann hier nicht eingegangen werden, doch sei nicht unerwähnt gelassen, daß das Verzeichnis der besprochenen Arzneikörper bis auf die neueste Zeit durchgeführt ist; so finden wir das Sajodin, Isoform, Jothion usw. bereits behandelt. Endlich sei noch darauf hingewiesen, daß die zahlreichen Literaturangaben ein weiteres Studium dieser Spezialwissenschaft erleichtern.

Bachem-Bonn.

Erfahrungen und Erkenntnisse eines praktischen Arztes während einer fünfzigjährigen Praxis. Ein kurzer praktischer Ratgeber für wichtige Fragen der Gesundheitspflege und zur Verhütung von Magen- und Darmkrankheiten (Blinddarmentzündung usw.). Von Dr. Valentin Rigauer, Königl. Hofrat und praktischer Arzt in München. Verlag von J. F. Lehmann in München. Preis 50 Pf.

Obigen Titel lesen und mir diese Broschüre bestellen, war gewissermaßen eine Reflexhandlung bei mir, denn noch nie hatte ich es zu bereuen, wenn ich mir aus den Werken älterer erfahrener Kollegen Wissen zu holen suchte: stets ging ich nach dem Studium mit neuen guten Gedanken von dannen (Kußmaul, Sonderegger, Billroth, Scholz und viele andere sind mir treue Freunde und Berater auf dem Gebiete ärztlicher Ethik und positiver medizinischer Literatur geworden).

Auch bei Rigauer gestehe ich offen, daß ich glaube, es müsse dem biologisch denkenden Arzte eine wahre Freude bereiten, seine Ansichten und Erfahrungen von einem solch würdigen Kollegen bestärkt und bestätigt zu sehen und noch Neues und Eigenartiges hinzuzulernen.

Um die Tendenz vorliegender Broschüre zu kennzeichnen, scheint es mir zu genügen, Rigauers grundlegende Leitsätze hier zu zitieren und das weitere dem Studium der Kollegen anheimzustellen.

„I. Das Wohlbefinden eines Menschen hängt ab von dem normalen Blutdruck in sämtlichen Organen des Körpers.

II. Der Unterleib (Bauch) beeinflußt den Blutdruck im ganzen Körper, abgesehen von rein mechanischen Störungen der Zirkulation.

III. Die mehr oder weniger intensiven pathologischen Spannungszustände des Bauches verursachen entsprechende Steigerung des arteriellen Blutdruckes in der oberen Körperhälfte.

IV. Die Erzielung regelmäßiger entsprechender Darmentleerungen bei gelegentlicher oder habitueller Stuhlverstopfung verhütet eine Menge mehr oder weniger schwerer, selbst lebensgefährlicher Krankheiten und erleichtert in hohem Grade die Beschwerden bei Krankheiten aller Art.“

Der äußerst niedrige Preis von 50 Pfennigen für die hochinteressante Broschüre wird hoffentlich dazu führen, daß das Büchlein recht lebhaft gekauft wird, zumal der Reinertrag der Schrift dem Pensionsverein für Witwen und Waisen bayerischer Aerzte überwiesen wird. Hünerfauth-Homburg v. d. Höhe.

ALLGEMEINES.

I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Kongress. — Türck-Czermak-Gedenkfeier. — Laryngo-rhinologische Ausstellung. — Unter dem Protektorate Sr. kaiserl. u. königl. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzog Franz Ferdinand. Wien, vom 21. bis 25. April 1908.

Nach dem bisher festgestellten Programm wird am 20. April um 8 Uhr abends eine gesellige Zusammenkunft an einem später zu bestimmenden Orte, am 21. April die feierliche Eröffnung des Kongresses stattfinden. Am 22. werden die Referate erstattet, am 23. beginnen die Vorträge. Die weiteren Einzelheiten des Programms werden seinerzeit bekannt gegeben werden. — Für Damen werden Teilnehmerkarten gegen Erlegung von 15 Kr. ausgegeben.

I. Referate.

1. Sir Felix Semon-London, Referent: Die Allgemeinbehandlung lokaler Leiden der oberen Luftwege. — 2. B. Fränkel-Berlin, Referent, Lermoyez-Paris, Korreferent: Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein medizinischen Standpunkt. Unterricht u. Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten. — 3. Gleitsmann-New York, Referent, Herzog-Warschau, Korreferent: Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege. — 4. Burger-Amsterdam, Referent, Gradenigo-Turin, Korreferent: Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie. — 5. Onodi-Budapest, Referent, Kuhnt-Königsberg, Korreferent:

Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums mit denen des Auges. — 6. Jurasz-Heidelberg, Referent: Internationale Laryngo-Rhinologen-Kongresse.

II. Vorträge.

1. Gluck-Berlin: Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten). — 2. Heymann-Berlin: Das Listen-Garciasche Prinzip. — 3. Heryng-Warschau: Ueber Inhalationstherapie. — 4. Flatau-Berlin: Neuere Erfahrungen uber die Phonasthenie. — 5. Großmann-Wien: Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus. — 6. Baumgarten-Budapest: Kehlkopf- und Oesophagus-Stenose und ihr Einfluß auf die Geschlechtsorgane. — 7. Imhofer-Prag: Die Kenntnis der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Altertum. — 8. Massei-Neapel: Riesengeschwülste im Larynx. — 9. Denker-Erlangen: Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase. — 10. J. Oller Rabasa-Barcelona: Trois cas de tuberculose larynga, traités par la cauterisation galvanique profunde (Methode de Grünwald). — 11. Killian-Freiburg i. Br.: Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration). — 12. v. Eicken-Freiburg i. Br.: Unsere Erfahrungen mit der Killianschen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration). — 13. Brünings, Freiburg i. Br.: Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration). — 14. Nägeli-Aekerblom-Genf: Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700. — 15. Dr. Emil Glas-Wien: Zur Kritik der Masseischen Gesetze. — 16. Dr. Emil Glas und Dr. Emil Kraus-Wien: Kehlkopftuberkulose und Gravidität. — 17. Doz. Ullmann-Wien: Beiträge zum Verhältnis zwischen Exanthemen und Exanthemen bei typischen Dermatosen. — 18. Katzenstein-Berlin: Ueber Versuche am Gyrus praerucialis Owen. — 19. Dr. Sedziak-Warschau: Die Frage der Radikalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858 bis 1908). — 20. Dr. Alb. Blau-Görlitz: Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx. — 21. Doz. Réthi-Wien: a) Indikationen der Operationen an der Nasenscheidewand; b) Einiges über die Pendelzuckung. — 22. Onodi-Budapest: Ueber den diagnostischen Wert der Stirnhöhlendurchleuchtung. — 23. Prof. Marquis-Chicago: Enucleatio tonsillae (Demonstration). — 24. Brieger-Breslau: Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberkulose. — 25. Jörgen Möller-Kopenhagen: Beiträge zur Kenntnis des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme. — 26. Struycken-Breda: Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vokalklänge, Galtontöne usw.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration). — 27. Dr. Otto Mayer-Graz: Demonstration mikroskopischer Präparate. — 28 Doz. Hajek-Wien: Meine Erfahrungen über meine endonasale Radikaloperation der Keilbeinhohle. — 29. Kanasugi-Tokio: Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri. — 30. Vohsen-Frankfurt a. M.: a) Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinititis vasomotorica; b) Operation der bösartigen Mandelgeschwülste; c) Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instrumentes. — 31. Moure-Bordeaux: Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie. — 32. Doz. Fein-Wien: Zur Fensterresektion der Nasenscheidewand. — 33. Dr. Hugo Stern-Wien: Thema vorbehalten. — 34. Doz. Koschier-Wien: Die operative Behandlung des Larynxkarzinoms. — 35. Schiffers-Siége: Trophödeme des Larynx. — 36. Hennig-Königsberg: Der Einfluß der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberkulose der oberen Luftwege. — 37. Dr. Mahu-Paris: Emploi de l'Abaisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie. — 38. Tapia-Madrid: a) Observations personelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoskopie directes; b) Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observés dans ma clinique. — 39. Vedora-Mailand: „Su di alcuni punti relativi allo soiluppo della ecrita nasali nell' nomo". — 40. Vedora und Clerc-Mailand: „Considerazioni cliniche e ricerche utopatologische nelle riniti ipertrofiche". — 41. Weil-Wien: Ueber die konservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen. — 42. Harmer-Wien: Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen. — 43. Cauzard-Paris: a) De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinuoites frontales; b) Ostéo-fibrôme du Maxillaire Supérieur ayant comblé la cavité du sinus; c) Extraction de deux arêtes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 aretes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian. — 44. Kahler-Wien: Ueber die Erfolge der radikalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen. — 45. Löwe-Berlin: a) Ueber die Freilegung des Naseninneren vom Munde aus; b) Ueber die Aufdeckung der Hypophysis. — 46. L. Clerc-Mailand: Rilievi istopatologici sopra alcune neoplasie della laringe. — 47. Pardi-Mailand: Caratteristiche istologiche di alcuni tumori nasali e del rinofaringe. — 47. Scheier-Berlin: Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.

Wohl war's gewagt, dem seit Urväter Zeiten gepriesenen Lebertran, einem jedem Bauer bekannten Volksheilmittel, etwas anderes entgegenzustellen. Aber das andere, in diesem Falle das Fucol, erwies sich als schneller und energischer wirkend und war obendrein leichter einzunehmen. Hierin liegt das Geheimnis seines Erfolges. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Wien, im Januar 1908.

Der Präsident:
Hofrat Prof. Dr. O. Chiari m. p., Wien, I, Bellariastr. 12.
Der Sekretär:
Prof. Dr. M. Großmann m. p., Wien, IX, Garnisongasse 10.
Der Kassierer:
Dr. G. Scheff m. p., Wien, I, Hoher Markt 4.

Aerztliche Studienreise 1908. Das „Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen" beabsichtigt in diesem Jahre eine längere Seereise zu unternehmen. Es ist in Aussicht genommen (Aenderungen vorbehalten) der Besuch der Insel Wight, St. Hilier auf Jersey (Iles Britanniques), Funchal auf Madeira, Orotava oder Santa Cruz auf Teneriffa, Tanger (Marokko), Lissabon, event. Ostende oder Scheveningen und Helgoland. Die Fahrt wird in Hamburg beginnen und daselbst enden. Die Reise findet im September statt und wird ca. 21 bis 24 Tage dauern. Der Preis für diese Reise, der sich z. Zt. noch nicht genau feststellen läßt, wird sich auf ca. 425 bis 525 M., je nach Lage der Kabine, belaufen. In diesem Preise sind alle Ausflüge auf dem Lande etc. eingeschlossen, ebenso die Gepäckbeförderung sowie das Ein- und Ausbooten. Getränke und Trinkgelder exkl.

Diese Reise wird nur unternommen, wenn umgehend eine genügende Anzahl fester Anmeldungen eingehen. Vormerkgebühr, welche jeder Anmeldung beizufügen ist, beträgt 5 M. Dieselbe wird auf den Gesamtpreis verrechnet, verfällt jedoch bei Nichtteilnahme oder Nichtzustandekommen der Reise. Damen und Nichtärzte können nicht teilnehmen. Alles Weitere wird binnen kurzem bekannt gegeben. Anfragen sind zu richten an den Generalsekretär des Komitees zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Dr. A. Oliven, Berlin NW., Luisenplatz 2/4. Umgehende feste Anmeldung dringend geboten, Anmeldungen ohne Beifügung der Vormerkgebühr von 5 M. haben keine Gültigkeit.

Patent-Nachrichten.

Patenterteilungen.

30 b. 315 828. Auswechselbare Greifbackenbefestigung an den Handschenkeln von Zangen zum Ziehen von Zähnen. Carl Kocher, Remscheid, Lobornerstr. 19. 9. 8. 07. K. 31 907.

30 b. 316 269. Vorrichtung zur Herstellung nahtloser Zahnkappen, aus einem von einem Gehäuse getragenen Stempelpaar. Otto Schwahn, Rixdorf bei Berlin, Reuterstr. 50. 13. 8. 07. Sch. 26 395.

30 b. 316 270. Presse zur Herstellung nahtloser Zahnkappen, mit zentrisch einspannbaren, auswechselbaren Stempeln. Otto Schwahn, Rixdorf bei Berlin, Reuterstr. 50. 13. 8. 07. Sch. 26 396.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 26. April 1908. Nr. 17.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Hydriatik der Malaria.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

Es könnte scheinen, daß bei der Behandlung des Wechselfiebers die Hydrotherapie ganz überflüssig, daß da ihrer Dienste völlig zu entraten sei. Besitzen wir doch in der Chinarinde, wie wir schon auf der Schulbank vernahmen, seit dritthalb Jahrhunderten ein absolutes Spezifikum. Aber leider deckt sich die offizielle Lehre nicht ganz mit der Praxis und Wirklichkeit. Denn abgesehen von der bekannten Resistenz der halbmondförmigen Plasmodien, daß ferner Chinin vor Rezidiven so wenig schützt als vor Kachexien, wofern der Patient die Malariagegend nicht dauernd meidet, so stehen seiner exklusiven Verwendung noch außerdem arge Folgen im Wege. Zunächst die so häufige Chinintaubheit und andere Intoxikationssymptome, mit denen der Praktiker rechnen muß. Zum zweiten hat die genannte Drogue die leidige Macht, Hämoglobin zu zerstören und schwächend auf das Herz zu wirken. Was dies bedeutet, mag daraus erhellen, daß der Tod bei perniziöser Malaria in den meisten Fällen durch Herzschwäche eintritt. Endlich wird bei den üblichen großen Chinindosen, wenn sie länger fortgesetzt werden müssen, die Malariakachexie durch eine Chininkachexie verstärkt. Aus allen diesen Gründen muß man sich wohl nach einem Mittel umsehen, das auch dort noch hilft, wo Chinin schon versagt, ohne dessen leidige Fehler zu besitzen. Ein solches ist nun nicht das Arsen oder andere Droguen, sondern eine entsprechende Hydriatik.

Die Wasserbehandlung des Wechselfiebers ist eigentlich ein Kind des 19. Jahrhunderts. Denn wenn auch schon früher, wie Winternitz erzählt*), sich manche bei Intermittens hydriatisch versucht hatten, so sind doch Giannini und bald darauf Currie die ersten, die genauere Angaben machten. Giannini tauchte im Hitzestadium die Kranken für 5 bis 15 Minuten in kaltes Wasser, das ihm symptomatisch gegen das Fieber nützlich erschien, Chinin hingegen, das er gleichzeitig brauchte, sollte dann kausal die Krankheit kurieren. James Currie, der anfangs auch erst im Hitzestadium eingriff, vermochte dasselbe durch seine Uebergießungen schnell zu beenden. Doch konnte auch er das Chinin nicht entbehren, sonst stellte sich das Fieber rasch wieder ein. Aber diesem so überaus glücklichen Arzte gelang in der Folge noch eine andere hochwichtige Entdeckung. Er fand nämlich bald, was für alle Zukunft Gewinn bedeutet, daß die Wiederkehr der Anfälle aufzuhalten sei, wenn man eine Stunde vor Beginn derselben Uebergießungen mache. Vier bis fünf von solchen genügten auch ohne Chinin, das Fieber dauernd zu beseitigen. Man kann es heute ruhig aussprechen, daß die wirksame Hydriatik des Wechselfiebers erst mit diesem entscheidenden Funde anhebt.

Wie Prießnitz das Wechselfieber kurierte, darüber wurde just in der wissenschaftlichen Literatur soviel Unrichtiges kolportiert, daß ich die Beschreibung seines Verfahrens und dessen Würdigung nach jeder Richtung mir bis zum Schlusse verspare.

Der nächste Fortschritt kam dann aus Frankreich von Seite Fleurys und seiner Schule. Auf Curries bedeutsamer Entdeckung fußend, hat Fleury 117 Malariakranke hydriatisch behandelt, darunter eine größere Anzahl solcher, bei denen Chinin erfolglos gewesen, sowie auch schwere Malariakachexien, und hat sie sämtlich dauernd kuriert Seine Methode bestand ausschließlich in kalten Duschen (12 bis 14° C), die eine viertel bis eine halbe Stunde vor dem Anfall gegeben wurden. Er ließ zuerst eine allgemeine Regendusche und hierauf eine 3 cm starke Strahldusche auf die Milz applizieren und beide zusammen etwa 15 bis 20 Sekunden dauern. Höchst interessant und noch heute zutreffend sind einige weitere Erfahrungen Fleurys. So hat er beobachtet, daß, wenn man die hydriatische Behandlung nur früh, gleich im Beginne der Krankheit einleite, der Entwicklung der Kachexie meist vorgebeugt werde. Es gelinge häufig, das Fieber selbst in veralteten Fällen durch eine einzige Dusche zu kupieren, in anderen Fällen hinauszuschieben, den Anfall zu mildern und abzukürzen, den Allgemeinzustand wesentlich zu bessern. Selbst in schweren Fällen genügten im Maximum fünf solcher Duschen, das Fieber zu bannen. Damit sei der Kranke jedoch nicht geheilt, die Behandlung müsse fortgesetzt werden, bis auch die hyperämische Schwellung der Milz, eventuell auch der Leber behoben sei. Dies erreiche man erstens durch die horizontale mobile Lokaldusche auf jene Organe, zum zweiten durch die allgemeine Regendusche, die als Revulsivum wirke.

Fleury hat zahlreiche Nachahmer gefunden, in Frankreich nicht minder wie in anderen Ländern. So hat Becquerel mehr als 40 Fälle von Wechselfieber hydriatisch geheilt und zwar meist solche, bei welchen trotz reichlichen Chiningebrauchs stets wieder Rückfälle eingetreten waren. Er schreibt der Wasserbehandlung nicht bloß eine antiperiodische Wirkung zu, sondern rühmt ihr auch nach, daß sie zwei Anzeigen besonders entspräche: der Beseitigung des Milztumors und der prompten Bekämpfung der Malariakachexie. Erwähnenswert dünkt mich, daß Dauvergne in Manosque aus Mangel geeigneterer Apparate sich einer — Klistierspritze zur Milzdusche bediente und trotzdem in allen behandelten Fällen die gleichen schönen Erfolge erzielte.

---

*) „Die Hydrotherapie im Wechselfieber". Wiener Medizinische Presse, 1865. Diesem Artikel sowie einem Aufsatz von Julius Fodor, „Die Wasserbehandlung des Wechselfiebers", Blätter für klinische Hydrotherapie, 1892, sind meine obigen historischen Angaben zum größten Teile entlehnt.

In Ungarn behandelte Dr. Fischhof nach anderer Methode, nicht mehr mit Duschen, sondern einzig und allein mit kalten Sitzbädern. Auch er ließ stets vor dem Froste baden, und bei Fiebern mit tertianem und quartanem Typus auch an den anfallsfreien Tagen zur nämlichen Stunde. Er hat aber noch ein Neues betont: die Wichtigkeit des gleichzeitigen kräftigen Reibens, die Bedeutung des mechanischen Faktors also. In seinen Sitzbädern mußte der Kranke nicht bloß aktiv sich selber frottieren, sondern außerdem wurde sein Rücken gerieben von der öfters befeuchteten Hand eines andern. Und zwar geschah das Frottieren stets so lange und kräftig, bis die Haut des Patienten sich deutlich gerötet hatte. So appliziert erwies sich das Sitzbad dem Chinin überlegen und hat Dr. Fischhof in 34 hartnäckigen, verjährten, mitunter sogar perniziösen Fällen auch nicht ein einzig Mal im Stiche gelassen. Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß Fränkel in Berlin mit kräftigen Abreibungen und Eduard Preiß mit Hinterhauptsduschen Malaria kurierten.

Aus dem vorstehenden kurzen geschichtlichen Abriß geht zweierlei hervor, was noch heute gültig:

1. Soll die Wasserbehandlung des Wechselfiebers sich wirksam erweisen, dann muß sie vor Beginn des Frostes eingeleitet werden, und zwar nicht allzulang vor demselben.

2. Die Form der Wasserbehandlung ist im großen und ganzen irrelevant, da mit den verschiedensten Applikationen Heilung gebracht wird.

Ich will diese beiden historischen Leitsätze schärfer präzisieren und auch ergänzen. Wir wissen seit Currie, daß der wirksame hydriatische Eingriff erfolgen muß, kurz ehe der Frost sich einzustellen pflegt. Wie lange zuvor soll nun eingegriffen werden, welches sind die äußersten Grenzen der Wirksamkeit? Als längster Termin sind wohl zwei Stunden vor dem Anfall zu setzen, als kürzester etwa eine viertel Stunde. Wann innerhalb dieser beiden Extreme das kalte Wasser appliziert werden soll, scheint ziemlich gleichgültig, wenn ich auch persönlich die kürzere Frist von einer viertel bis einer halben Stunde vorziehe. Immerhin aber kann man auch eine, anderthalbe, ja zwei Stunden früher die Prozedur ansetzen, ohne deshalb die Chancen des Erfolges zu mindern.

Ganz ebenso gleichgültig ist auch die Form der Applikation. Nur ist es geradezu unerläßlich, eine wahre conditio sine qua non, daß die denkbar stärkste Reaktion erfolgt. Wir können demnach die verschiedensten Prozeduren verwenden, applizieren dieselben jedoch nur ganz kurz, eine viertel bis höchstens drei Minuten, und verbinden den mächtigen Kältereiz stets mit einem nicht weniger starken mechanischen. Also außer der Kälte noch kräftige Friktion von eigener oder von fremder Hand, bis Rötung der Haut in jedem Falle erzwungen ist. Erzwungen aber muß sie stets werden, ja mich dünkt der Vorschlag Strassers zu beherzigen, die äußerste Dilatation der Gefäße selbst bis zur Schweißabsonderung zu treiben, was seinerzeit schon eine Lehre von der Deckens gewesen. Zu diesem Behufe empfiehlt es sich stets, wenn der Patient nicht ganz heruntergekommen ist, der Wasserprozedur ganz unmittelbar einen tüchtigen Marsch anschließen zu lassen, womöglich einen Berg oder Hügel hinauf. Nur völlig dekrepide Personen, die zu solch einem Marsche unfähig sind, mag man zu Zwecken der Wiedererwärmung ins Bett legen lassen.

Ich sagte oben, die Wahl der hydriatischen Einzelprozedur sei irrelevant, sofern nur die stärkste Reaktion erfolgt. Und wirklich standen im geschichtlichen Abriß als solche erwähnt: kalte Uebergießungen, Regenduschen nebst lokalen Strahlduschen, die letzteren von eigenen Apparaten gesandt, aber auch im Notfall aus einer Klistierspritze, dann ferner Sitzbäder, Hinterhauptsduschen und Ganzabreibungen, welchen Applikationen noch Julius Fodor ganz kurze Halbbäder mit kräftigem Frottieren angereiht hat. Man sieht, es gibt nicht viele Prozeduren, die bei der Malaria nicht angewendet würden. Welche soll nun der Praktiker in jedem konkreten Falle auswählen? Ich glaube, das richtet sich wesentlich nach den äußeren Umständen. Hat man den Kranken in einer wohleingerichteten Anstalt, dann ist's am bequemsten, demselben einen kurzen Allgemeinregen mit nachfolgender Fächerdusche auf die Milz zu verordnen, bei Lebertumor auch auf diesen, eine jede Prozedur zu 10° etwa und 20 bis 30 Sekunden Dauer. Was tut man jedoch in praxi privata, wo Duscheapparate nicht vorrätig sind? Ist unter dem Hausrat ein Sitzschaff zu finden, so füllt man dasselbe mit Wasser von 8 bis 10°*) und setzt den Patienten für zwei bis drei Minuten hinein. Doch muß ihm strenge aufgetragen werden, sich Bauch und Brust mit dem kalten Wasser kräftigst zu reiben, während gleichzeitig eine zweite Person, nach Fischhofs Vorschlag, den Rücken frottiert. Fehlt aber dem Kranken auch noch das Sitzschaff, dann hat er doch sicher ein Leintuch zu Hause, das man in kaltes Wasser eintaucht von 8 bis 10° R. Mit dem triefenden Leintuch wird dann eine kräftige Ganzabreibung des Körpers vollzogen (etwa drei Minuten). Im äußersten Falle kann man nach Fischers Vorschlag endlich Vollbäder von 12° eine Minute lang geben, sogar im Bassin einer ganz gewöhnlichen Badeanstalt oder ebendaselbst in einer Wanne. Für Kinder unter zehn Jahren empfiehlt der nämliche Autor ein Halb- oder Vollbad von 15° und eine halbe bis eine Minute Dauer.

So ist die Behandlung des einzelnen Anfalls. Es erübrigt nur noch, eine Reihe technischer Details zu berühren. Ehe man zur hydriatischen Behandlung schreitet, ist auf das genaueste zu erheben, wann der nächste Anfall mutmaßlich beginnen wird. Nur wenn der Patient ganz zuverlässige Angaben macht und seine Intelligenz dieselben glaubwürdig erscheinen läßt, kann man sofort hydriatisch vorgehen. Sonst empfiehlt es sich stets, unter irgendeiner exspektativen Behandlung, zum mindesten einen, wohl auch noch zwei Anfälle abzuwarten, um den Typus des Fiebers exakt zu bestimmen. Dann geht man wie oben beschrieben vor. Ein Schaden erwächst dem Patienten nie, und man vermeidet oft Mißerfolge. Ist aber das Fieber völlig atypisch, der Frosteintritt nicht vorauszusehen, dann kann man noch immer Wirkung erzielen, wenn man sofort, wie der Kranke das Herannahen des Anfalls verspürt, mit einer der genannten Prozeduren eingreift. Auch ist es nach Fodor in diesen Fällen recht vorteilhaft, je eine der obigen Applikationen in der Frühe und am Nachmittag anzuwenden.

Die vorhin bezeichneten Prozeduren zur Bekämpfung des einzelnen Malariaanfalls sind ohne weiteren Zusatz erschöpfend, solange uns nur ein quotidianer Typus vorliegt. Was machen wir aber bei einem tertianen und quartanen Fieber an jenen Tagen, die anfallsfrei sind? Die lassen wir durchaus nicht ungenützt, zumal ja erwiesen, daß die Hydrotherapie der Malaria stets eine roborierende Wirkung ausübt. Auch an den Zwischentagen demnach applizieren wir Duschen, Abreibungen und Sitzbäder, wie oben beschrieben, oder wählen als treffliche Prozedur die kurze Einpackung (15 bis 30 Minuten) mit nachfolgendem Halbbad oder auch Vollbad. Hingegen ist jede lange Einpackung, in welcher der Kranke dunstet oder schwitzt, sowie auch jegliche Schwitzkur sonst aufs strengste verpönt. Hat man den Patienten in einer Anstalt, oder sind die Behelfe sonst zu beschaffen, so ist es jedenfalls angezeigt, ihm zwei bis drei energische Prozeduren im Laufe des Tages zu applizieren, also etwa des Morgens kräftige Abreibung, zu Mittag ein Sitzbad, nachmittags Duschen, und auch die Leibbinde vier- bis fünfmal pro die zu wechseln.

Wie stellt sich nun aber der weitere Verlauf der Intermittens? Mitunter gelingt es, durch eine einzige Applikation den ganzen Malariaprozeß zu beheben, so daß überhaupt kein Anfall mehr kommt, nicht einmal in rudimentärster Weise. Doch ist dies keineswegs allzuhäufig und wohl nur denkbar, wenn erstens der Patient den Malariaherd schon dauernd verließ und zweitens das Virus bereits erheblich abgeschwächt ist. Viel häufiger stellt sich bei rechtzeitiger Applikation des Wassers zur Zeit des Anfalls und statt desselben nur ein gewisses Unbehagen ein, gelindes Frösteln oder leichter Schauer als Rudiment eines Schüttelfrostes. Ein kurzes Fortsetzen der Wasserbehandlung führt sicher zu einer dauernden Heilung. Ein dritter Ausgang ist dann auch der, daß die Anfälle zwar nicht mehr zur gewohnten Stunde eintreten, wohl aber ein wenig später und schwächer. Ich will einmal sagen: der tägliche Anfall wurde um 8 Uhr morgens erwartet. Die Applikation um $^3/_4$ 8 schiebt ihn um einige Stunden hinaus, bis 11 Uhr etwa, auch leidet der Kranke diesmal minder. Behandelt man nun am nächsten Tage um $^3/_4$ 11, so kommt der neuerliche Anfall wieder drei Stunden später und ist noch geringer als das vorige Mal. Wir haben also künstlich durch Wasseranwendung einen postponierenden Typus geschaffen und auch noch die Stärke eines jeden Anfalls beständig vermindert. Die fortgesetzte Behandlung bringt auch hier in der Regel baldige Heilung. Als Grundsatz für sämtliche Fälle gilt, die Behandlung so lange fortzusetzen, bis jegliche Spur von Kachexie vollständig beseitigt, das Blut zur Norm zurückgebildet und nach Tunlichkeit auch der Milz- und Lebertumor verkleinert ist, am besten durch Anwendung von Fächerdusche.

---

*) Die Grade sind hier, wie im ganzen Artikel, wo nicht ausdrücklich C angegeben, in Réaumur gemeint.

Nun gibt es jedoch, wenn auch in sehr bescheidener Zahl, unzweifelhafte Malariafälle, bei welchen das Wasser scheinbar versagt, in den ersten Tagen und selbst auch Wochen nur wenig oder gar keinen Nutzen bringt. Das betrifft allerdings vornehmlich Personen von ganz besonders schlechter Reaktion, Skrofulöse, Dekrepide oder endlich schwer kachektische Leute. Mitunter nützt dann noch Chinin, das in solchen Fällen selbst Wilhelm Winternitz nicht mehr verschmähte. Ist solches nun nötig, muß wirklich das Wasser die Segel streichen vor dem pharmazeutischen Spezifikum? Ich glaube mit nichten. Vorerst ist hier nachdrücklichst zu betonen, daß unser Chinin doch höchstens die Fieberanfälle vertreibt, hingegen durchaus nicht die Dyskrasie, ja daß es die letztere eher noch steigert. Ist dann der Kranke die Malaria auch los, so muß er jene erst recht beseitigen, und dazu benötigt er — wieder das Wasser. Erscheint es da nicht weitaus vernünftiger, von vornherein beim Wasser zu bleiben, wenn es nur die mindeste Aussicht gewährt? Denn das müssen selbst verbohrte und skeptische Gegner einräumen, daß unsere Malariahydrotherapie den Kräftezustand des Kranken hebt, weit mächtiger als irgendein anderes Verfahren, und daß ihr schädliche Nebenwirkungen absolut fehlen. (Schluß folgt.)

Die Darmreinigung als Heilfaktor.

Von Dr. **M. Meyer**, Bernstadt-Sa.

Die Erkenntnis, daß der lokale oder allgemeine krankhafte Zustand des Körpers häufiger das Endergebnis fortgesetzter Schädlichkeiten ist als die Folge eines einmaligen Insults, beginnt in letzter Zeit immer mehr Anhänger zu gewinnen. Das, was man bisher als auslösende Ursache ansah, die vermutete bakterielle Infektion, kann in vielen Fällen nicht mehr als ausreichende Ursache gelten. Selbst wenn man lokale Läsionen der Körperoberfläche als Eingangspforte des supponierten und schließlich demonstrierten Virus annahm, blieb doch immerhin noch die Frage offen, weshalb dann nicht bei der überaus häufigen Möglichkeit, mit bakteriellen „Erregern" in Berührung zu kommen, die „Infektionen" nicht häufiger erfolgten und immer epidemischen Charakter annahmen. Man nahm bei diesem Dilemma schließlich an, daß gewisse „Dispositionen" den Boden für die Infektion bereiten müßten. Die nächste Folge dieses Gedankenganges mußte nun die sein, daß es gelingen müsse, den Körper in einen Zustand zu versetzen, der ihn gegen Infektion durch Mikroben schütze. Bestimmend für diese Anschauung war vor allem der Umstand, daß das einmalige Ueberstehen einer „Infektion", z. B. Scharlach, Masern, Pocken, Varizellen, Diphtherie etc. dem Betroffenen einen beinahe sicheren Schutz vor einem nochmaligen Befallenwerden zu verschaffen schien. Diese Ansicht hielt nun aber einer nüchternen Kritik nicht Stand, denn abgesehen von den nicht ganz seltenen Fällen, wo die erwähnten Krankheiten, Scharlach, Pocken etc. ein und dasselbe Individuum wiederholt befielen, scheint das einmalige Ueberstehen einer Krankheit, z. B. des Gelenkrheumatismus, der Pneumonie, des Erysipels, die Disposition für weitere und häufige Erkrankungen geradezu zu erhöhen. Immerhin suchte man dem einmal gefaßten Gedankengange folgend nach „Schutzmitteln", die dem Körper einverleibt ihn „immun" gegen weitere krankmachende Infektionen machen sollten. Dies führte zu der Lehre und Ausübung der Serumbehandlung, bezüglich deren Wertes oder Unwertes die Meinungen bekanntlich noch recht differieren.

Manche weisen aber auf den Rückgang der Sterblichkeitsziffer im allgemeinen hin (1880: 28 v. Tausend, 1900: 22 v. T.) und nehmen an, daß hieran nicht sowohl bessere hygienische Verhältnisse in Wohnung, Kost, Kleidung, Hautpflege, Sport, Leibesübungen etc., sondern auch vielleicht vorerst unbekannte klimatische oder tellurische Verhältnisse beteiligt seien und daß vielleicht eine ausreichendere ärztliche Beratung gegen früher vorbeugend wirke. In der Tat scheint es, als ob die akuten Infektionskrankheiten absolut und relativ genommen einen deutlichen Rückgang erfahren hätten. Für das Heer der sogen. konstitutionellen Krankheiten hat sich ein derartiger Rückgang nicht mit irgendwelcher Sicherheit feststellen lassen, ja es scheint fast, als habe hier eine Zunahme stattgefunden, wenigstens wird eine größere Häufigkeit der krebsigen Erkrankungen, der Geisteskrankheiten, der Nervenleiden, der Herz- und Gefäßerkrankungen, gewisser Entartungserscheinungen etc. allgemein angegeben.

Einiges Licht in die unter solchen Verhältnissen obwaltende Unklarheit brachten nun die Untersuchungen und Veröffentlichungen ärztlicher Forscher, die z. T. auf empirischem Wege zu der Erkenntnis gelangten, daß gewisse körperfremde oder bei dem Abbau des Körpers gebildete Stoffe die Eigenschaft besaßen, protoplasmafeindlich i. e. giftig zu wirken oder daß das Fehlen einiger früher unbeachteter Substanzen eine gewisse Unterbilanz des Körperhaushaltes zeitigte. Es sind dies die bekannten Veröffentlichungen Bunges über Stoffwechsel des Körperhaushaltes speziell der Körpersalze, Haigs über die schädigende Wirkung der eingeführten und im Körper gebildeten Harnsäure, Hueppes hygienische Arbeiten, Bouchards über Darmgiftbildung und Lahmanns über Kohlensäurebildung und -Stauung im menschlichen Körper. Diese Veröffentlichungen als bekannt vorausgesetzt, möchte ich darauf hinweisen, daß keine der genannten Schädlichkeiten allein die eigentliche Krankheitsursache bildet. Der gewissenhafte Beobachter wird bei jedem Fall eine ganze Reihe verschiedener Schädlichkeiten vorhanden finden, die dann wiederum in Form eines förmlichen circulus vitiosus einander in die Hände arbeiten. Dem Unkundigen mußten freilich häufig die unter dem Bilde blühender und robuster Gesundheit verlaufenden Antezedentien der Krankheit mit ihrem jähen Wechsel zur Krankheit rätselhaft erscheinen um so mehr, als ein anscheinend nur geringer Anlaß (Erkältung, Verletzung, Gemütsbewegung etc.) das Gebäude der scheinbar gefestigten Gesundheit ins Wanken zu bringen vermochte.

Die tägliche Erfahrung bringt hierfür zahlreiche Beispiele: Ein vollsaftiger, robust aussehender Fleischer, mäßiger Potator, zieht sich eine unbedeutende Verletzung zu; der Arm schwillt alsbald an, verfärbt sich, es stellt sich hohes Fieber und schließlich Kollaps ein. Die Tageszeitungen bringen fast täglich derartige Fälle. Man nimmt in solchen Fällen eine Infektion an und behandelt antiseptisch und antiphlogistisch, und doch läßt sich vielfach der tödliche Ausgang nicht abwenden.

Ein Beamter, sogen. Staatshämorrhoidarius, mit geringer Körperbewegung, gutem Appetit und durch warme Kleidung verzärtelter Haut erleidet eine Erkältung der Füße; es stellt sich alsbald Schüttelfrost und Lungenentzündung ein. Man nimmt im Verfolg bakteriologischer Anschauungen ein Einatmen von Pneumoniekokken an.

Ein mit unregelmäßiger Verdauung behafteter Mensch im jugendlichen Alter erleidet eine Gemütsbewegung; es zeigen sich Erscheinungen von Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Fieber — Diagnose: Typhus. Man fahndet nach Typhusbazillen, findet sie aber oft nicht trotz des ausgesprochenen klinischen Typhusbildes.

Ein chronisch Obstipierter, Fleisch- und Alkoholliebhaber, oder eine Frauensperson mit sitzender Lebensweise zieht sich einen Diätfehler zu oder auch eine Erkältung; die starke Schmerzhaftigkeit des Leibes deuten auf eine Blinddarmentzündung. Ist eine „Infektion“ nachzuweisen?

Ganz besonders verwirrend hat vielfach das Sammelwort für so vielfache akut oder schleichend einsetzende Erkrankungsformen, das Wort „Influenza“ gewirkt, um so mehr irreführend, als man in diesen allgemeinen Sammeltopf eine ganze Menge klinisch differenter Dinge zusammenwarf, die höchstens das gemeinsam hatten, daß sie einen ähnlichen Beginn zeigten und zu Zeiten in gehäufter Menge auftraten. Die örtlich verschiedensten Erkrankungen wurden nun mit dem Kollektivnamen „Influenza“ bedacht, wobei man von der Vorstellung ausging, daß eingedrungene Kleinlebewesen sich bald hier bald dort im Körper ein Gebiet zur Besiedelung suchten.

Betrachtet man aber ohne bakteriologische Voreingenommenheit die einzelnen Fälle genauer, so wird man sehr bald bei jedem einzelnen eine Reihe von Schädlichkeiten nachweisen können, die vorher eingewirkt hatten und die ihre Anwesenheit bereits vorher durch Symptome, die nur dem Kundigen deutlich wurden, verrieten. Es sind dies die eingangs erwähnten Störungen im Körperhaushalt hinsichtlich Ein- und Ausfuhr (Zufuhr von Giftbildern und Mangel an Ausscheidung, Unterbilanz in der Zufuhr von Erden und Salzen und als Folge davon Säureüberschuß und Gefäßstauung im Körper etc.), sowie Mangel an ausreichender Inanspruchnahme der einzelnen Organe, die nur bei regelmäßiger Tätigkeit gesund bleiben können. Alle diese und ähnliche Schädlichkeiten bereiten nun im stillen, oft in monate- und jahrelanger Vorarbeit, das Terrain für das Auftreten einer mehr oder weniger schnellen Erschütterung des gesamten Körpergleichgewichts, wie wir sie unter dem Bilde einer akuten bezw. chronischen Erkrankung kennen. Schon zu Zeiten der Hochsaison der Bakteriologie erkannten französische Forscher derartige Verhältnisse sehr treffend und klar und daher ihr Wort: la microbe n'est rien, le terrain c'est tout. Statt der „Mikrobe“ aber, die man früher als die alleinige auslösende Ursache bei den sogenannten Infektionskrankheiten ansah, kann man an der Hand neuerer biologischer Forschungsergebnisse getrost ein bisher unbekanntes Etwas setzen, das je nach Mächtigkeit und Schnelligkeit der Einwirkung die Sachlage entschied.

Ich habe nun in meinen bisherigen Schriften*) darauf hingewiesen, daß der auslösende Faktor in akuten (und auch chronischen) Erkrankungsfällen sich bei näherer Untersuchung sehr oft als eine intensive Vergiftung vom Darm aus herausstellte Ich habe das an der Hand meines Krankenmaterials bei der Entstehung der Diphtherie, der Pneumonie, der Hautausschläge, des Gelenkrheumatismus und zahlreicher anderer Erkrankungen nachweisen können und beschrieben und verweise auf die bezüglichen Krankengeschichten. Wenn nun auch bei den erwähnten Krankheiten der Erfolg der eingeschlagenen Therapie der Annahme der supponierten auslösenden Ursache Recht gab, so war doch im einzelnen Falle die Entstehung des lokalen Krankheitsherdes nicht mit aller Sicherheit und Genauigkeit zu beobachten und zu demonstrieren. Noch schwieriger war häufig der Nachweis der Darmstörung und Giftbildung überhaupt, einmal wegen der Unsicherheit anamnestischer Angaben und zum anderen, weil die eine der verschiedenen Typen der Verdauungstätigkeit**) oftmals geradezu den Eindruck einer regelrechten und geradezu beschleunigten Darmpassage erweckt, trotzdem sich gerade hier eine besonders intensive Giftbildung zeigen kann. Es ist dies die bei Fleischgenuß sich häufig einstellende zähklebrige Beschaffenheit der Ingesta, die wegen der Beimengung des zähen Fibrins der Darmwand innig anhängen und nur langsam weiterwandern, wobei dann bisweilen, jedenfalls durch den Reiz zersetzter Massen, sich Reizungen einzelner Bezirke der Darmwand mit wiederholten Entleerungen stark fäkulenter Massen einstellen. Die oftmals häufigen Entleerungen können dann geradezu das Bild einer normalen, ja beschleunigten Verdauung vortäuschen, bis erst der weitere Verlauf den wahren Sachverhalt zeigt. Gewöhnlich stellt eine reflektorisch auf die Darmganglien und -Muskulatur einwirkende Erkältung die Darmpassage mehr oder weniger plötzlich still*) und der schon vorher durch die oben erwähnte Stoffwechselunterbilanz vorbereitete Körper erfährt dann zu seiner bereits vorhandenen Blutentmischung eine massenhafte Ueberschwemmung durch Darmgifte. Das Gebiet der eigentlichen lokalen Erkrankung erweist sich dann bei näherer Betrachtung zumeist als eine vererbte oder erworbene pars minoris resistentiae, deren Vorhandensein sich auch sonst zeitweise bemerkbar macht.

Die geschilderten Verhältnisse habe ich s. Zt. durch verschiedene Krankengeschichten**) näher illustriert.

In letzter Zeit habe ich einen Fall beobachten können, der sich für die prompte Einwirkung einer darmreinigenden Behandlung geradezu als ein Schulfall demonstrieren ließ, und der noch dazu gestattete, das gleichzeitige Eintreten des krankhaften Vorganges zugleich mit dem Eintritt der Darmstörung bezw. als unmittelbare Folge dieser genauest zu studieren.

Ein 55jähriger Landmann A. hatte im Juli 1906 beim Häckselschneiden durch ein Stückchen Stroh eine Verletzung des rechten Auges erlitten. Der Verletzte begab sich, da sein bisheriger Arzt verreist war, einige Tage nach der Verletzung in eine Augenklinik, wo grüner Star diagnostiziert und eine Operation (jedenfalls Iridektomie) vorgenommen wurde. Alsbald war die Sehkraft des betreffenden Auges erloschen und ist bis heute erloschen geblieben

Ende November 1907 war A., nachdem er bis auf das Fehlen der Sehkraft nur geringe Beschwerden von seiten des verletzten Auges gehabt und sich körperlich wohlgefühlt hatte, bei naßkalter Witterung auf dem Felde beschäftigt gewesen, hatte dort auch ausgeruht und war durchnäßt, ermüdet und ohne warme Kleidung auf einem offenen Feldwagen nach Hause gefahren. Am nächsten Tage hatte er, ohne daß ihm ein Fremdkörper in das Auge gekommen war, ein zunehmendes Drücken im äußeren Augenwinkel des blinden Auges bemerkt. Gleichzeitig war ihm aufgefallen, daß er, ohne sich sonst krank zu fühlen, weniger Appetit und eine belegte Zunge hatte. Die Stuhlentleerung scheint schon damals keine regelmäßige gewesen zu sein.

Anfang Dezember bemerkte A., daß das Auge anschwoll und daß sich das „Weiße“ im Auge stark rötete, etwa vom 4. Dezember ab begannen sich die Lider zu verdicken und zwischen der Lidspalte quoll eine rötliche Wulst (verdickte und aufgequollene Bindehaut) hervor. Die Hornhaut wurde trüb und glanzlos. Das Gefühl von Drücken steigerte sich und es stellten sich Schmerzen an der rechten Schläfe, am Jochbein und am Stirnbeinrand ein.

Der Kranke hatte bis dahin verabsäumt, sich an einen Arzt zu wenden und hatte von Tag zu Tag gehofft, daß sich das Auge, in das sich nach seiner Meinung eine „Erkältung hineingelegt hatte“, bessern würde.

Der Zustand blieb der gleiche bis zum 6. Dezember, wo der Kranke den Arzt aufzusuchen beabsichtigte. An diesem Tage trat nun eine ganz unerwartete Wendung ein. Der Kranke war beschäftigt, sich die Stiefeln anzuziehen, und bückte sich bei dieser Gelegenheit stark, wobei ihm das Blut zu Kopfe stieg. Er bemerkte hierbei einen plötzlichen Druck und Schmerz im kranken Auge und mit einem Male das Hervorquellen von Blut aus dem Auge. Die Ehefrau des Kranken teilte später mit, daß das Blut förmlich in einem Strahle minutenlang ausgespritzt wäre und daß die Blutung durch kein Mittel, weder durch kalte Umschläge noch durch Verbinden zu stillen gewesen sei. Nun eilte die Frau zu dem 3 km entfernt wohnenden Arzt, der rasch herbeikam.

Die Untersuchung des Auges ergab zunächst eine hochgradige, beinahe phlegmonöse Konjunktivitis palpebrae et orbitae, eine gelbgraue Verfärbung der Kornea (Keratitis purulenta) und eine etwa weizenkorngroße Oeffnung in der Mitte der Kornea, aus der geronnenes Blut und ein hautähnliches Gebilde — jedenfalls ein Teil der Iris — hervorquoll. Die Blutung war kurz vor Ankunft des Arztes zum Stehen gekommen; es mußte aber eine erhebliche Menge Blut geflossen sein, denn der Fußboden zeigte eine große Blutlache, und Kopfkissen und Bettbezüge wiesen starke Blutspuren auf Die Blutung aus dem Inneren des Auges rührte jedenfalls aus der Chorioidea her, ließ sich aber bezüglich ihrer Herkunft nicht genau feststellen.

Der Kranke selbst machte einen pastösen, fettleibigen Eindruck. Die Zunge war dick belegt, mäßiger foetor ex ore. Einige Tage lang hatte keine Stuhlentleerung bestanden. Der Kranke war appetitlos.

Die Behandlung bestand in kühlen Kompressen mit etwas Chinosollösung und drei Blutegeln am Schläfenrand. Intern wurde eine starke

---

*) Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus; München. Der Zusammenhang zwischen Störungen der Darmtätigkeit und Erkrankung. Zentralblatt f. innere Medizin. Unklare Krankheitsbilder. Wien. med. Wochenschrift 1907.

**) Vergl. die erste der zitierten Schriften.

*) Vergl. l. c. S. 39.

**) Vergl. Unklare Krankheitsbilder.

Lösung von Natr. sulfuric. u. Magnes. sulfuric. in Wasser verordnet mit dem Bedeuten, die Lösung am selben Tage abends noch ein zweites Mal zu geben, falls keine ausgiebige Stuhlentleerung stattgefunden hätte. Am folgenden Morgen war eine geringe Entleerung aashaft riechender Massen eingetreten, die Salzlösung wurde deshalb an diesem Tage noch zweimal gegeben mit dem Erfolge, daß am dritten Tage einige stärkere breiige Entleerungen mit starkem Verwesungsgeruch eintraten. Dem Kranken war gleich beim Eintritt in die Behandlung bedeutet worden, unter keinen Umständen feste oder flüssige Nahrung zu sich zu nehmen und nur Wasser zu trinken. Die Salzlösung wurde täglich fortgegeben mit dem Erfolge, daß weiterhin reichliche Entleerungen in flüssiger Form folgten. Die Zunge blieb während der ersten Tage dick belegt, die Appetitlosigkeit bestand fort.

Etwa vom 5. Tage seit Eintritt in die Behandlung an begann die Zunge sich am Rande zu röten und feucht zu werden. Die Entleerungen blieben stark fäkulent bis zum achten Tage und begannen von da ab geruchloser zu werden.

Auffälligerweise zeigte das kranke Auge fast genau dasselbe Verhalten wie die belegte Zunge, denn mit dem allmählichen Verschwinden des Belages ging zunächst die starke Anschwellung der geröteten Schleimhaut zurück und die gelbliche Verfärbung der Hornhaut begann sich zurückzubilden.

Allmählich begann auch unter Verschwinden des Zungenbelages die Rötung der Konjunktiva abzublassen und gegen den 20. Dezember zeigte das Auge zwar noch eine mäßige Rötung, aber keine Anschwellung mehr und konnte aktiv, was vorher nicht möglich war, geöffnet werden. Die Hornhaut zeigte bis auf die Wunde keine eitrige Verfärbung mehr und der vorgefallene Teil der Iris hatte sich zurückgebildet. Das Auge ist seitdem frei von entzündlichen Erscheinungen geblieben und der Zungenbelag verschwunden. Der Kranke begann über starken Hunger zu klagen und erhielt geringe Mengen von Vegetabilien mit strengem Ausschluß von Fleischspeisen oder Fleischbrühen. Die interne Behandlung mit darmreinigenden Salzen wurde späterhin durch das wohlschmeckendere Sanosal ersetzt (täglich einen Kaffeelöffel voll auf ein Glas Wasser) und der Kranke auf streng vegetarische Diät angewiesen. Das kranke Auge ist seitdem in seinem Volumen etwas zurückgegangen, zeigt aber weder Schmerzen, noch Druck noch erhebliche Rötung mehr. Der Kranke befindet sich subjektiv wohl und verlangt selbst nach der morgendlichen Darmreinigung mit Sanosal. Das gesunde Auge, für welches während der ganzen Krankheit die Gefahr einer sympathischen Entzündung bestand, war frei von irgendwelchen Störungen geblieben.

Epikrise: Das zeitliche Zusammentreffen der schweren Augenentzündung mit der hartnäckigen Darmstörung war sicher kein zufälliges. Der pastöse, fettleibige Mann hatte jedenfalls seit längerer Zeit bei mangelhafter Hautpflege seinen Körper einseitig ernährt und durch Bevorzugung von Fleischnahrung — auf dem Lande ganz besonders in Form des Pökelfleisches von selbstaufgezogenen Schweinen beliebt — Harnsäure im Körper angehäuft, durch geringe Zufuhr natronhaltiger Speisen (Gemüse, Obst etc.) die sich im Körperhaushalt bildenden Säuren, namentlich Kohlensäure und Harnsäure nicht binden können, dadurch lokale Gefäßkonstriktionen erlitten, durch wollene Unterkleidung die Haut verzärtelt und dadurch gegen Witterungseinflüsse äußerst empfindlich gemacht. Es genügte dann eine heftige Abkühlung, um den Gefäßkrampf namentlich in dem Unterleibsplexus stationär zu machen, hierdurch eine Reizung der tonischen Darmnerven mit aktiver Mittelstellung der Darmmuskulatur, konsekutiver Verlangsamung der Darmpassage und Stagnation der Ingesta mit unausbleiblicher Toxinbildung herbeizuführen und schließlich den Körper und ganz besonders die pars minoris resistentiae (das früher erkrankte Auge) mit massenhaften Toxinen zu überschwemmen. Am Auge selbst trat unter solchen Verhältnissen eine ausgedehnte Entzündung mit Auswanderung weißer Blutkörperchen (Keratitis) und durch die Lockerung der Weichteile in den gefäßreichen Bezirken (Chorioidea) und der dünnwandigen Kapillaren schließlich die starke Blutung ein. Der ganze entzündliche Vorgang stellte den Beginn einer Panophthalmie dar und wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf das andere Auge übergegangen, dieses zur völligen Erblindung führend, wenn es nicht gelungen wäre, der Toxinbildung und -Zufuhr durch die energische Darmreinigung mit Mittelsalzen Einhalt zu tun.

Angesichts solcher Erwägungen und Erfolge einer zielbewußten Beeinflussung ist man wohl berechtigt, die Darmauswaschung als einen Heilfaktor ersten Ranges anzusehen und sie überall da in erster Linie zu bevorzugen, wo die Verhältnisse für das Vorhandensein der geschilderten Störungen des Körperhaushaltes sprechen. Es sind dies nicht nur lokale Entzündungen and en verschiedensten Körperstellen (Pneumonie, Angina, Gelenkrheumatismus, Erysipel, Augen- und Ohrenerkrankungen, Nierenleiden, Meningitis etc.), sondern auch die verschiedenen Allgemeindyskrasien (Diabetes, Gicht etc.). Es dürfte namentlich im Hinblick auf letztere außer allem Zweifel stehen, daß die anerkannte Wirkungsweise der einzelnen Heilquellen einmal in ihrer auswaschenden Einwirkung auf den Verdauungstraktus (Bitterwässer, Kochsalzquellen, Schwefelwässer) und zum anderen in ihrer regulierenden Einwirkung auf die Stoffwechselbilanz beruht. In letzterer Hinsicht dürfte bekannt sein, daß die einfachen Säuerlinge die Nierentätigkeit und das Durchwaschen des Körpers befördern, während die Kochsalzquellen außer der darmanregenden Wirkung eine Anregung und Regulierung der Magen- und Darmfunktionen — möglicherweise durch gesteigerte Quellungsvorgänge in den Geweben — bewirken und die Harnstoffausscheidung befördern. Die alkalischen Quellen schaffen durch ihren Gehalt an kohlensauren und schwefelsauren Salzen sowie Lithion eine Einschmelzung von Eiweiß, Fett und krankhaften Ansammlungen nebst Abführung dieser Stoffe der regressiven Metamorphose durch Nieren und Darm, die alkalisch-erdigen Quellen wirken vermöge ihres Gehaltes an Kalksalzen ableitend und reinigend durch erhöhte Nierentätigkeit, die Eisenwässer versorgen die Eisenreservoire des Organismus (Leber, Milz, Knochenmark) mit Eisen, während die Schwefelwässer desinfizierend auf Magen und Darm, einschmelzend und verflüssigend auf Stoffwechselschlacken und anregend auf die Ausscheidungsorgane wirken. Allen den verschiedenen salz- und erd-haltigen Quellen ist mehr oder minder die Eigenschaft gegeben, dem Organismus die zum Aufbau des Zellmaterials benötigte, aber bei dem Ueberwiegen ammoniakalischer Substanzen in der Nahrung (Fleisch, Eier, erdarme Vegetabilien) in ungenügender Menge zugeführten Erdsalze zu ersetzen. — Wenn schon die Wirkung der verständnisvoll angewandten Quellen trotz hygienischer Sünden und falscher Ernährung bei vorübergehendem Gebrauch oftmals eine frappante ist, wie viel mehr würde nicht erreicht werden, wenn Hand in Hand mit ihr eine planmäßige Selbstzucht des Körpers in hygienischer Hinsicht ginge! Ueberall da aber, wo eine derartige zeitweise Mauserung des Körpers nicht tunlich ist oder wo der charakterschwache Patient — und das sind die meisten, besonders unter dem Einflusse der chronischen Gehirnkollämie — nicht das Aufraffungsvermögen besitzt, hygienisch günstig zu leben, tritt in Krankheitsfällen als wesentlicher Heilfaktor die Darmreinigung in erster Linie in Betracht. Zuweilen ist die durch Darmreinigung gestärkte Energie des Kranken sogar hinreichend, um unter dem Einflusse hygienischer Belehrungen eine Lebensweise durchzusetzen, welche den Kranken dauernd vor der großen Menge vermeidbarer Krankheiten bewahrt, als welche wir nicht nur die meisten Infektionskrankheiten, sondern auch alle Konstitutionsleiden bei unseren verbesserten Ursachenkenntnissen ansehen müssen.

REFERATE.

Syphilidologie.

Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl.

Sammelreferat von Dr. **M. Lewitt**, Abteilungsarzt am Ostkrankenhause in Berlin (dirig. Aerzte: Prof. Kromayer, v. Chrismar).

Die Anwendung merkurieller Präparate gegen die Syphilis ist nicht nur alt, sondern auch zuverlässig, da man die schädlichen Einflüsse in geeigneter Weise durch rechtzeitige Anordnung entsprechender Vorsichtsmaßregeln vermeiden kann. So konnte das Quecksilber bis zum heutigen Tage aus dem Arzneischatz nicht verdrängt werden. Es ist aber nicht zu leugnen, daß es zuweilen dem Arzte wünschenswert erscheint, ein anderes antisyphilitisches Mittel zu besitzen — sei es, daß der Laie aus unbegründeter Furcht vor dem Quecksilber zurückschreckt oder daß bei Ansteckung durch den Ehegatten die wahre Natur des Leidens verheimlicht werden soll oder daß gelegentlich ein Individuum gegen Quecksilber eine Idiosynkrasie an den Tag legt.

So konnte es nicht Wunder nehmen, daß Versuche mit einem neuen Mittel bereitwilligst in weitem Umfange von zahlreichen Klinikern aufgenommen wurden, als aus Frankreich und zwar aus dem Institut Pasteur höchst bemerkenswerte und überraschende Nachrichten über die Anwendung des Atoxyls bei Syphilis bekannt wurden.

Das Atoxyl, ein farb- und geruchloser Körper von schwach salzigem Geschmack, ist nach Untersuchungen von Lemaire (1) durch eine Reihe von Reaktionen ausgezeichnet, welche seine Unterscheidung von anderen organischen und anorganischen Arsenverbindungen gestatten.

Die wichtigsten pharmakologischen Versuche über Atoxyl rühren von F. Blumenthal (2) her, der eine relative Ungiftigkeit des Präparates feststellte und neuerdings (3) ein Resümee seiner Erfahrungen gibt. Dagegen sind Croner und Seligmann (4) zu anderen Resultaten gekommen, die mit denen Blumenthals in Widerspruch stehen, sich aber vielleicht aus der Verschiedenheit der Versuchstiere erklären lassen. Blumenthal experimentierte nämlich an Kaninchen, während Croner und Seligmann ihre Versuche an Menschen und Hunden ausführten.

Die Anregung, das Atoxyl zur Behandlung der Syphilis zu versuchen, gab Uhlenhuth (5) auf Grund seiner günstigen Erfahrungen bei Hühnerspirillose. Die Frage, ob dem Atoxyl überhaupt ein nachweisbarer Einfluß auf den syphilitischen Krankheitsprozeß zukommt, wurde von Uhlenhuth (6) und seinen Mitarbeitern zuerst im Tierversuch entschieden, und als der Erfolg der ersten Experimente ermutigend gewesen war, wurde von Hoffmann (6) und Roscher (6) unter steter Aufsicht von Geheimrat Lesser die Wirkung des Atoxyls auch am Menschen erprobt. Es wurden zunächst zwei Syphiliskranke kurz vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen mit einer 20%igen Lösung behandelt; der eine erhielt in sieben Einspritzungen 1,0, der zweite in fünf Injektionen 0,64 Atoxyl. In beiden Fällen kam bald nach der ersten Spritze ein spezifisches Exanthem zum Vorschein, welches trotz weiterer Injektionen bestehen blieb, während es nach Uebergang zur Sublimatspritzkur prompt verschwand.

Nach diesen Erfahrungen wollten die Verfasser die therapeutischen Versuche beim Menschen einstellen, als die Aufsehen erregenden Mitteilungen von P. Salmon (7) erschienen. Letzterer gelangte zu äußerst ermutigenden Resultaten, die ihn von einer spezifischen Wirkung auf die Syphilis sprechen lassen. Es wurde nicht ein Fall von Intoleranz bei 3,0 Atoxyl in einer Woche beobachtet. Lokal verursachten die Injektionen weder Schmerz, noch Verhärtung, noch Abszesse. Gerühmt wird die Beständigkeit der Resultate — die günstige Heilwirkung zeigte sich in allen Stadien der Syphilis — sowie die schnelle Wirkung des Medikaments und die schnelle Heilung der Krankheitsformen. Salmon empfiehlt eine 10- oder 15%ige Lösung, welche zwei Minuten lang bei 100° sterilisiert ist, und Dosen von 0,5, welche zwei bis drei Wochen lang alle zwei Tage wiederholt werden.

Diese Angaben veranlaßten Hoffmann (6) und Roscher (6), die vorläufig unterbrochenen Versuche wieder aufzunehmen. Die Erfahrungen ließen nun auch schließen, daß Atoxyl in genügend großen Dosen auf syphilitische Krankheitserscheinungen eine unverkennbare Wirkung besitzt, welche bei den malignen Formen besonders eklatant hervortrat. Aber von den behandelten elf Fällen waren, obwohl im allgemeinen geringere Gaben als von Salmon verwandt wurden, nur fünf ganz frei von Nebenerscheinungen. Vier litten an kolikartigen, heftigen, mit Appetit- und Schlaflosigkeit einhergehenden Schmerzen, einer an Durchfällen, einer an Albuminurie mit Zylindern und roten und weißen Blutkörperchen im Sediment.

Auch Lassar (8) wurde durch die oben erwähnten Arbeiten von Salmon zur Nachprüfung angeregt. Es wurden nur Fälle ausgesucht, die vorher überhaupt nicht, am allerwenigsten mit Quecksilber oder Jod behandelt waren. Auf 0,5 in 10%iger, steriler Lösung dreimal wöchentlich gingen die Erscheinungen der Syphilis prompt zurück, einerlei ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte.

Der französische Dermatologe Hallopeau (9) bestätigt vollkommen die günstigen Resultate, welche Salmon erzielte. Nur in vier Fällen konnte er eine Intoleranz konstatieren.

Lesser (10) hat 28 Fälle von Syphilis mit Atoxyl behandelt. Die Injektionen wurden fast immer mit einer 10%igen Lösung intramuskulär gemacht, pro dosi nur wenige Male 0,6, sonst 0,5 und bei Frauen meist 0,4 gegeben. Ueber 6,2 als Gesamtdosis wurde nicht hinausgegangen. Die Injektionen wurden gewöhnlich jeden zweiten Tag gegeben, gegen das Ende der Kur meist nur jeden dritten Tag. Der Erfolg bezüglich des Verschwindens der Erscheinungen war in allen Fällen ein ganz unverkennbarer. Auch Lesser hat das Auftreten zum Teil erheblicher Nebenwirkungen beobachtet, wie recht heftige Magenschmerzen, Kolik, Uebelkeit, manchmal Erbrechen, Durchfall und Schwindelgefühl; in einem Falle trat nach 1,7 Atoxyl Nephritis auf, vereinzelt auch Blasenreizung, Harndrang und geringe Dysurie.

In der Medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu Jena (Sitzung am 20. Juni 1907) berichtet Spiethoff (11) über seine Versuche mit Atoxyl bei sekundärer, tertiärer Lues und einigen parasyphilitischen Erkrankungen. Von einer 15%igen Atoxyllösung wurden jeden zweiten Tag 0,5 g intramuskulär injiziert. Unter dieser Behandlung bildeten sich die sekundären Haut- und Schleimhauterscheinungen manchmal sehr schnell zurück. Ein günstiger Einfluß war auch bei gummösen Prozessen zu verzeichnen, doch empfiehlt Spiethoff, neben dem Atoxyl auch noch Jod zu geben, da nach 6 g Atoxyl Hautgummata noch nicht abgeheilt waren.

Günstige Resultate sahen Kreibich (12) und Kraus (12), denen Atoxyl im dritten Stadium der Syphilis sich als besonders wirksam bewährte. Rezidive traten aber manchmal bald nach der Behandlung auf. Scherber (13) hat mit verhältnismäßig sehr kleinen Dosen — zweimal wöchentlich 0,1 bis 0,2 g — eine ganz zweifellose Beeinflussung der Syphilis in allen Stadien beobachtet.

Die Erfahrungen am Menschen scheinen durch das Tierexperiment eine Stütze zu erhalten.

Neißer (14) kann nach Tierversuchen bestätigen, daß eine energische, am besten in großen Einzeldosen durchgeführte Atoxylkur einen sehr starken Einfluß auf die Syphilis hat.

Durch die Untersuchungen von Uhlenhuth (15), Hoffmann (15) und Weidanz (15) wird der Nachweis erbracht, daß das Atoxyl bei der Syphilis auch im Tierexperiment eine recht gute Wirkung entfaltet, und nicht nur eine heilende, sondern auch eine präventive.

Metschnikoff (16) ist es gelungen, beim Affen nach erfolgter Injektion mit dem syphilitischen Virus das Ausbrechen der syphilitischen Symptome zu verhindern, wenn innerhalb einer gewissen Zeit (8 bis 14 Tage) Atoxyl angewendet wird. Es bleibt abzuwarten, ob diese Präventivwirkung sich auch beim Menschen bestätigt.

Auf dem Kongreß der französischen Internisten, Oktober 1907, ist die Atoxyltherapie der Syphilis Gegenstand der Diskussion gewesen. In Frankreich scheinen ernste Schädigungen mit dem Mittel nicht beobachtet worden zu sein, und Hallopeau ist geneigt, die Nebenwirkungen auf schlechte Zubereitung des Medikaments zurückzuführen. Vedel dagegen schreibt dem Mittel gar keine spezifische Wirkung zu.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Syphilisbehandlung mit Atoxyl in Frankreich berichtet v. Holstein (17).

Von verschiedenen Seiten sind Versuche gemacht worden, metasyphilitische Erkrankungen durch Atoxyl zu beeinflussen. Die Erfahrungen sind aber nicht günstig.

Waterman (18) unterwarf zehn Fälle von zerebraler Lues und tabischer Atrophie einer Kur. „Wir begannen mit Hoffnung und schließen mit völliger Enttäuschung.“ Als Dosis benutzte W. die von Lassar angegebenen 5 g einer 10%igen sterilisierten Lösung, die jeden zweiten Tag intramuskulär eingespritzt wurde.

Verfasser gelangt zu der Schlußfolgerung, daß Atoxyl in der Behandlung zentraler Sehnervenerkrankungen auf luetischer

Grundlage keine günstigen Erfolge gezeigt hat und daß wir berechtigt sind, vor der Anwendung des Atoxyls zu warnen.

Spielmeyer-Freiburg i. B. (19) versuchte das **Atoxyl** bei Paralyse.

Ein Einfluß der Atoxylbehandlung auf den zentralen Erkrankungsprozeß konnte nicht festgestellt werden. Allerdings wurde die Höhe einer Tagesdosis von 0,36 nicht überschritten. **Spielmeyer** hält es jedoch für möglich, daß die Atoxylbehandlung zusammen mit den bislang üblichen therapeutischen Maßnahmen **prophylaktisch** gegen die nervösen metasyphilitischen Erscheinungen aussichtsreich ist.

Es fehlt aber auch nicht an Stimmen, die dem Atoxyl entweder jede spezifische Wirkung absprechen oder wegen der großen Gefahren von seiner Anwendung abraten.

Nach **Zeißl** (20) und Volk (21) wirkt Atoxyl mehr als Roborans denn als spezifisches Antisyphilitikum.

Curschmann (22) verabfolgte 0,1 g Atoxyl jeden zweiten Tag mehrere Wochen hindurch, ohne daß die schweren syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden gebracht wurden, während sie dann unter Quecksilberbehandlung schnell abheilten.

Bruhns (23) hat zwar mehrmals schnelles Schwinden der Exantheme gesehen und eine Rezidivfreiheit von ca. 4 Wochen bisher erhalten, verwendet aber das Mittel nicht mehr wegen seiner Gefährlichkeit.

Perls (24) bespricht die Erfahrungen in der Breslauer Universitätsklinik. Die Syphilis blieb in ihrem Verlauf vom Atoxyl nicht unbeeinflußt, doch waren die Erfolge noch zu gering und die Gefahren der Anwendung zu groß. In der **Neißer**schen Klinik wird daher in neuester Zeit erst Jod und einige Salizylquecksilberspritzen gegeben und dann folgt die Atoxylbehandlung. Das Resultat dieser Versuche wird später veröffentlicht werden.

Wenig ermunternd lautet auch der Bericht von **Felix Moses** (25). Verfasser hat 19 Kranke mit Atoxyl behandelt, es wurde pro dosi 0,8 bis 0,5, im ganzen im Maximum 4,9 gegeben. Von den 19 Fällen waren 14 frisch sekundär bezw. noch mit Primäraffekt behaftet, vier spät sekundäre, ein Fall von tertiärem Ulkus. Von diesen wurden fünf allein durch Atoxyl geheilt (1,9 g bis 4,7 g). Sieben wurden gebessert. In vier Fällen mußte die Kur wegen Nebenerscheinungen abgebrochen werden nach 0,8 bis 2,7 g.

Von den **Nebenwirkungen** ist besonders hervorzuheben das Exanthem, vorwiegend urtikariellen Charakters, das nach Aussetzen des Mittels verschwand und nach einer neuen Atoxylinjektion stärker wieder auftrat. Außerdem wurden Durchfälle beobachtet sowie Albumen mit und ohne Zylinder. Ganz ohne Nebenerscheinungen blieben von den 19 Fällen nur 7. Bei den übrigen traten sie 10 bis 12 Stunden nach den Injektionen auf.

Daß Atoxyl keineswegs unschädlich ist und man bei seiner Anwendung recht vorsichtig sein muß, war bereits bekannt, das beweisen die in der Literatur beschriebenen Fälle von Intoxikation.

So berichtet **Bornemann** (26) über den traurigen Ausgang in Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus. Einen zweiten Fall von Erblindung veröffentlicht v. **Krüdener** (27). Auch **Brenning** (28) und **Waelsch** (29) haben Intoxikationserscheinungen beobachtet; der erstere schon nach verhältnismäßig geringen Dosen. Als nun die Atoxylbehandlung der Syphilis in den Vordergrund trat, mehrten sich die üblen Zufälle, wie oben geschildert. Ueber zwei Fälle von Sehstörung nach Atoxyl berichten **Lesser** und **Greeff** (30). Sehnervenerkrankung durch Atoxyl beobachtete **Fehr** (31); durch rechtzeitiges Aussetzen des Mittels konnte jedoch der Verfall des Sehvermögens aufgehalten werden.

In seinem Schlußbericht über die Tätigkeit der deutschen Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit erwähnt **Koch** (32) dauernde Erblindung durch die Atoxylbehandlung.

Ein Mittel, das solche Gefahren in sich birgt und seinen Namen mit Unrecht trägt, ist weit davon entfernt, als Heilmittel zu gelten, und dem Publikum gegenüber, das durch verfrühte Zeitungsberichte allzu hoffnungsfreudig gestimmt wurde, dürfte einstweilen die größte Vorsicht am Platze sein. Gehen doch auch die Ansichten der Forscher (33) über den Wirkungsmodus bei der Atoxylbehandlung noch weit auseinander.

Bereits **vor** der Entdeckung der Spirochaeta pallida und mehrere Jahre früher als die französischen und deutschen Autoren hat **Iwan Bloch**-Charlottenburg (34) das Arsenik als ein Spezifikum gegen Syphilis empfohlen, da er nach Analogie anderer Tropenkrankheiten einen protozoischen Erreger dieser Krankheit vermutete und Arsenik als spezifisches Protozoengift sich bewährt hatte. Uebrigens weist **Bloch** (35) darauf hin, daß der Gebrauch dieses Mittels bei der Syphilis ein sehr alter ist und daß erst die neueren Forschungen über Ursprung und Ursache der Syphilis die älteren Erfahrungen über die Arsenbehandlung der Krankheit auf die exakte, wissenschaftliche Basis gestellt haben.

In neuerer Zeit hat **Rosenthal** (36) die Arsenbehandlung der Syphilis wieder aufgenommen. Nach seiner Ueberzeugung beruht die Wirksamkeit des Atoxyls darauf, daß große Quantitäten Arsenik sich im Organismus abspalten, während die Anilinkomponente gar nicht in Betracht zu ziehen sei. Hierfür sprechen auch die Tierexperimente **Blumenthals** (37). **Rosenthal** hat, zumal in Anbetracht der zahlreichen. oft schweren und nicht allein von der Höhe der Dosis abhängigen Intoxikationserscheinungen beim Atoxyl, in einer Anzahl von Fällen arsenige Säure in schnellsteigender Dosis subkutan mit Erfolg angewendet.

In der Diskussion zu **Rosenthals** Vortrag macht **Lassar** (38) darauf aufmerksam, „welch unberechenbare Zwischenfälle uns selbst bei sorgfältiger Behandlung eventualiter mit dem Atoxyl begegnen können. Das mahnt gewiß zu recht großer Vorsicht in der heute doch immer noch mehr oder weniger kritiklosen Anwendung des neu aufgetauchten Mittels.

Wir dürfen auch betonen, daß die Pariser Mitteilungen — wir wollen nicht gerade sagen schön gefärbt sind, aber von diesen Schwierigkeiten mehr schweigen, als das in unseren Kreisen laut geworden ist“.

Literatur.

1. Répertoire de Pharmacologie, 3 Sér., 19, 337.
2. Medizinische Woche, 1902, Nr. 15.
3. Medizinische Klinik, 1907, Nr. 12; Dtsch. med Wochenschr, 1907, Nr. 26, S. 1065.
4. Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 25
5. **Uhlenhuth**, **Groß** und **Bickel**, Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf Trypanosomen und Spirochäten. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 4, S 129.
6. **Uhlenhuth**, **Hoffmann** und **Roscher**, Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die Syphilis. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 22.
7. Comptes rendues hebdomadaires de la Societe de Biologie, 22. März und 19. April 1907.
8. Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 16 und 22.
9. Bulletin général de Thérapeutique, 23. Juni, 1907.
10. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 27.
11. Münchener med. Wochenschr., 23. Juli, 1907; Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 45, S. 1884.
12. Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 40.
13. Wiener klin. Wochenschr., 1907, 26. Sept.
14. Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 38.
15. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 39.
16. Vortrag auf dem Hygiene-Kongreß in Berlin, September, 1907; vergl. auch Hallopeau.
17. Medizinische Klinik, Bd. III, Nr. 40.
18. Berl. klin Wochenschr., 1907, Nr. 35.
19. Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 26.
20. Wien. med. Presse, 1907, Nr. 24 und 33.
21. Wiener med. Wochenschr., 1907, Nr. 26.
22. Therapeutische Monatshefte, Dezember, 1907.
23. Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, 9. Juli, 1907.
24. Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur zu Breslau. Klinischer Abend am 25. Oktober 1907.
25. Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 29.
26. Münchener med. Wochenschr., 1905, Nr. 22.
27. Festschrift für Kuhnt, 1906.
28. Dermatologisches Zentralblatt, X, Nr. 5.
29. Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 19.
30. Verein für innere Medizin, Sitzung am 1. Juli, 1907.
31. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 49.
32. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 46.
33. **Möller**, Wien. med. Presse, 1907, Nr. 48; **Blumenthal**, l. c.; **Schild**, Berl. klin. Wochenschr., 1902, Nr. 13.

34. Medizinische Klinik, 1905, Nr. 4.
35. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 33.
36. Berliner medizinische Gesellschaft, 3. Juli, 1907; Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.
37. Medizinische Woche, 1902, Nr. 15; Therapeutische Monatshefte, Juli, 1907; Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 26.
38. Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 28.
39. Darier, La clinique ophthalmologique, 1907, Nr. 11.
40. Heuck, Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 35.
41. Meißner, Medizinische Woche, 1907, Nr. 21.

Thalasso-Therapie.

Referent: Professor Dr. **Julius Glax**, Abbazia.

1. **Schwimmende Sanatorien.** Eine klimato-therapeutische Studie. Von Karl Diem, unter technischer Mitarbeit von Ernst Kagerbauer. Mit zwei Schiffsplänen. Leipzig und Wien 1907. Verlag Franz Deuticke.

2. **Ueber therapeutische Seereisen**, mit besonderer Berücksichtigung der Nordlandfahrten der Hamburg-Amerika-Linie. Von H. Paull. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therap., Bd. XI, H. 9.

3. **Kalte Seebäder**, mit besonderer Berücksichtigung der Ost- und Nordseebäder. Von A. Hennig. Leipzig. Verlag Alfred Langkammer.

4. **Winterkuren an der Nordsee.** Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein zu Hamburg am 12. Novbr. 1907. Von Dr. Nicolas-Westerland-Sylt.

5. **Ueber den Einfluß der offenen See und des Schaukelns auf einige Psychosen.** Von Wladytschko. Dissertation. Moskau 1907.

1. Nach einer längeren Einleitung, in welcher die Vorzüge des Seeklimas hervorgehoben werden, erörtert D. eingehend die Frage der therapeutischen Seereisen im allgemeinen und der schwimmenden Sanatorien im besonderen. Der Verf. weist darauf hin, daß derartige Kurschiffe ein dringendes Bedürfnis seien und daß die bisher bestehenden Mittelmeerfahrten und Nordlandsfahrten der Hamburg-Amerika-Linie, für welche besonders Paull mit großer Wärme eingetreten ist, nicht die Bedeutung von Kurfahrten für Kranke, sondern höchstens als Erholungsfahrten für reiche Leute haben. Ref., welcher alljährlich mehrmals Gelegenheit hat, den „Meteor“ der Hamburg-Amerika-Linie in Abbazia zu sehen, muß der Ansicht D.s in vieler Beziehung beistimmen, denn wenn auch diese Schiffe bezüglich ihrer Größe und des gebotenen Komforts geeignet sind zu einer Erholungsreise für Menschen, deren Nerven erschöpft sind, oder für Rekonvaleszenten, so haben sie doch nicht jene Einrichtungen, welche ein Kurschiff haben müßte. D. kommt deshalb auf das schon mehrmals — zuletzt von Maurer und Michael — angeregte Projekt der Erbauung schwimmender Sanatorien zurück und gibt im Vereine mit dem Schiffsbauoberingenieur E. Kagerbauer eine Planskizze eines derartigen mit allen erforderlichen Einrichtungen ausgestatteten Kurschiffes. Als Kreuzungsgebiet dieses Kurschiffes schlägt D. die Adria vor, und zwar für Winter und Sommer, mit dem Ausgangspunkte Abbazia. Der Verf. tritt mit großer Begeisterung für sein Projekt ein, dessen Durchführung gewiß für viele Kranke eine unermeßliche Wohltat wäre, aber — er vergißt den Kostenpunkt. Die langsame Fahrt des Schiffes und der hierdurch bedingte geringere Kohlenverbrauch genügen noch lange nicht, um den Preis soweit herabzumindern, daß die Benutzung eines solchen schwimmenden Sanatoriums den breiteren Schichten der Gesellschaft möglich würde. Ein Schiff mit einem Deplacement von 5000 Tonnen, mit einem Stab von 18 Personen und 147 Personen Mannschaften bei einer Anzahl von 211 Passagieren muß Preise fordern, welche jedenfalls jene der Seereisen auf erstklassigen Dampfern überschreiten. Das von Diem geplante Schiff verfügt nicht nur wie jeder erstklassige Dampfer über eine entsprechende Zahl von Gesellschaftsräumen, sondern es besitzt auch zwei ärztliche Untersuchungszimmer, einen Operationssaal, ein Verbandzimmer, ein Laboratorium, je einen großen Saal für hydropathische Prozeduren und für Zanderapparate, einen kleinen Saal für Elektrotherapie und Massage und 34 Einzelbadekabinen. Hierzu kommen noch zwei vollkommen eingerichtete Lazarettzimmer, ein Inhalatorium und eine Apotheke. Unserer Berechnung nach dürften, abzüglich verschiedener Nebenauslagen, die täglichen Reise- und Verpflegskosten für eine Person wenigstens 100 M. betragen, so daß eine auf mehrere Monate ausgedehnte Fahrt dem Patienten Kosten auferlegen würde, welche wohl nur für wenige erschwinglich sein dürften. Das ist die Klippe, an welcher ebenso wie alle früheren Gesundheitsschiffe auch jenes des Dr. Diem scheitern dürfte.

2. H. Paull, welcher schon im verflossenen Jahre den therapeutischen Wert der von der Hamburg-Amerika-Linie veranstalteten Winterfahrten im Mittelmehr gebührend gewürdigt hat, tritt nun mit gleicher Begeisterung für die sommerlichen Nordlandfahrten derselben Gesellschaft ein. Die Nordlandfahrten der Hamburg-Amerika-Linie bewegen sich zwischen der deutschen und britischen Küste, den Orkneyinseln, Faröern, Island, Spitzbergen, der norwegischen, jütischen und schleswig-holsteinschen Küste. Verf. ist zunächst bemüht, an Hand meteorologischer Aufzeichnungen zu zeigen, daß die Temperaturverminderung auf den Nordlandfahrten nicht größer ist als diejenige, welche der Mitteleuropäer bei seinen bisherigen Sommerreisen gewohnt ist. Die relative Feuchtigkeit der Luft ist eine hohe und von einer Gleichmäßigkeit, wie sie am Festlande nie gefunden wird, dagegen sind die Regenverhältnisse im Gebiete der Nordlandfahrten während der Monate Juli und August günstiger als in Mitteldeutschland. Nebel, Gewitter- und Sturmtage gehören zu den größten Seltenheiten. Durchweg herrschen auf der ganzen Reise die Seewinde, welche keim- und staubfreie Luft zuführen, vor, und selbst die Landwinde an der norwegischen Küste bringen absolut reine Luft, da sie über das Hochgebirge streichen. P. hat bei Nervosität, Neurasthenie, allgemeiner Erholungsbedürftigkeit, Blutarmut, Schwächezuständen und Katarrhen der oberen Luftwege sehr ermutigende Erfolge gesehen.

3. Ohne Zweifel wurde bisher der therapeutische Wert der Ostseebäder häufig unterschätzt, und es ist daher dankenswert, daß A. Hennig abermals eine Lanze für die Ostseebäder bricht, nur schießt er über das Ziel hinaus, wenn er das Ostseebad nicht nur einen dem Nordseebad in vielen Beziehungen gleichwertigen Heilfaktor nennt, sondern auch behauptet, daß manche Ostseebäder allen Nordseebädern in mancher Hinsicht überlegen sind. Es kann nicht oft genug betont werden, daß es sich hier nicht um absolute Werte handelt und daß es ein völlig nutzloses Beginnen ist, feststellen zu wollen, ob die Bäder der Nordsee, der Ostsee oder der südlichen Meere wirksamer sind, denn jedes Bad hat seine bestimmten Indikationen. Hervorzuheben ist, daß die Ostseebäder mit ihren herrlichen Laub- und Nadelholzwäldern die Möglichkeit gewähren, Patienten bald mehr bald weniger dem direkten Einflusse der Seeluft auszusetzen, wodurch sie für schwächlichere Konstitutionen besonders wertvoll werden. Ein weiterer Vorzug der Ostseebäder ist, daß die Badezeit nicht auf bestimmte und überdies mit dem Auftreten der Flut wechselnde Tagesstunden beschränkt ist, wie dies an der Nordsee der Fall ist. An der Ostsee steigt die Wassertemperatur von morgens früh bis gegen 5 Uhr nachmittags, so daß es möglich ist, die Kälteeinwirkung zu dosieren, indem man robustere Individuen am Morgen, schwächlichere in den frühen Nachmittagstunden baden läßt.

4. An der Hand meteorologischer Beobachtungen führt Nicolas den Beweis, daß die Nordseebäder das mildeste Winterklima von ganz Deutschland besitzen und daß, abgesehen von der Temperatur, Sommer und Winter sich klimatisch kaum unterscheiden. Die Nordseebäder sollten in weit ausgedehnterem Maße, als es bisher geschehen, für Winterkuren verwendet werden. Ob, wie N. behauptet, die hygienischen Anlagen, Wasserversorgung, Kanalisation usf., in den deutschen Badeorten mehr Vertrauen verdienen als in den ausländischen, möchte ich, insoweit die Bäder der Nord- und Ostsee in Frage kommen, bezweifeln. Trinkwasserversorgung durch Brunnen und Beseitigung der Abfallstoffe durch Abfuhr bilden mit wenigen Ausnahmen in den Nordseebädern die Regel, und an der Ostsee entbehrt selbst der Weltkurort Heringsdorf einer Kanalisation. Daß N. bei einer Frequenz von 500 Personen keine Infektionskrankheiten beobachtete, hat nicht viel zu bedeuten.

5. Wladytschko begleitete einen Transport von geisteskranken Offizieren und Soldaten von Port Arthur nach Odessa (70 Tage Ueberfahrt), wobei er die Beobachtung machte, daß

psychisch Erkrankte zur Seekrankheit neigen, unter diesen am wenigsten Maniakalische und Alkoholpsychosen. Rollen des Schiffes wird schlechter vertragen als Stampfen. Die Seekrankheit beeinflußt Geisteskranke ungünstig, Seefahrt bei ruhiger See dagegen günstig. Seefahrten auf offener See, welche mit Schaukeln verbunden sind, können Geistesgesunde geisteskrank machen.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Ueber die immunisierende Kraft der normalen Nervensubstanz, verglichen mit der Wutnervensubstanz der Wut gegenüber.** Von Fermi. Zentralbl. f. Bakt., Bd. XLVI, H. 1.

2. **Ueber das Verhalten der menschlichen Haut gegen verschiedene bakterielle Giftstoffe.** Von R. Erty. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 12.

1. Alle Versuche, mit normaler Nervensubstanz gegen Wut zu immunisieren, waren bisher fehlgeschlagen, nur Babes gelang es in zwei Fällen, Hunde, welche mit Wutgift (Virus fix) subdural geimpft waren, durch Einspritzung von normaler Nervensubstanz (Hammelhirn) zu retten.

Trotzdem unternahm es Fermi, in großen Versuchsreihen die wutimmunisierende Wirkung normaler Nervensubstanz nachzuprüfen, weil er aus folgenden Gründen die Wirkung des Pasteurschen Wutschutzimpfstoffes (Medulla von Kaninchen, die an Wut verendet waren) im wesentlichen als reine Nervensubstanzwirkung auffaßte: es sind sehr verschiedene Methoden der Wutschutzimpfung im Gebrauch: nach Pasteur wird die Nervensubstanz der wutverendeten Tiere getrocknet, Férrans benutzt frische Substanz, desgleichen Högyes, nur daß er stark verdünnt; Puscarin erwärmt die Nervensubstanz von Wuttieren in bestimmter Weise, während Valli und Centanni sie mit Magensaft vorbehandeln. Alle diese verschiedenen Wutschutzimpfstoffe haben praktisch ungefähr dieselben Resultate bei der Wutschutzimpfung ergeben. Weiterhin hat sich herausgestellt, daß Wutnervensubstanz ungefähr die gleiche Giftigkeit wie normale Nervensubstanz besitzt. Die Versuchsergebnisse Fermis sind sehr interessant; er fand, daß zwischen der immunisierenden Wirkung von normaler und Wutnervensubstanz kaum ein Unterschied besteht, auch dann nicht, wenn man beide Impfstoffe in gleicher Weise verdünnte, erwärmte, der Wirkung des Magensaftes oder verdünnter Salzsäure aussetzte; nur bei dem Austrocknungsverfahren nach Pasteur erwies sich einmal in einer Versuchsserie die Wutnervensubstanz der normalen an Wirkung überlegen. Die Nervensubstanz der verschiedenen Tiere wirkt durchaus nicht gleichwertig, und F. konnte folgende Reihenfolge der Wertigkeit aufstellen: am besten wirkt Nervensubstanz von Ratte, dann folgt Kaninchen, Lamm, Ochse, Hund, Truthahn, Frosch, Huhn. Je empfänglicher ein Tier gegen Wutinfektion, desto wirksamer scheint seine normale Nervensubstanz als Impfstoff gegen Wut zu wirken.

Sollten die Nachuntersuchungen der Fermischen Experimente die gleichen Resultate ergeben, so wären wir in der Bekämpfung der Wutkrankheit mit einem Schlage soweit gediehen, daß jeder Arzt ohne irgendwelche besonderen Hilfsmittel die Behandlung von Wutkranken durchführen könnte. Normale Nervensubstanz läßt sich fast überall leicht beschaffen und die teueren Wutschutzimpfinstitute, die heute der Pat. zwecks Schutzimpfung aufsuchen muß, wären nicht mehr nötig. Zunächst heißt es freilich, die Nachuntersuchungen abwarten.

2. Ausgehend von der Tatsache, daß der einmal mit artfremdem Serum geimpfte Mensch auf eine zweite gleiche Impfung heftiger reagiert (cf. Diphtherieserumbehandlung, diese Z.), glaubt v. Pirquet, daß auch der durch eine Invasion von Tuberkelbazillen früher oder gegenwärtig gereizte und zur Reaktion gezwungene menschliche Organismus auf eine neue Reizung mit den Stoffwechselprodukten des Tuberkelbazillus, welche wir künstlich durch kutane Einverleibung (Impfung) von Alt-Tuberkulin setzen, spezifisch reagiere. In dieser Reaktion (Rötung und Pustelbildung) sieht v. Pirquet und mit ihm eine Reihe von Klinikern, welche bisher Nachprüfungen vornahmen, ein Diagnostikum für die Tuberkulose des Menschen; freilich nur bei Säuglingen und Kindern, denn Erwachsene reagieren bis ca. 90%.

Es haben demnach von Erwachsenen 90% schon einmal im Leben auf Infektion von Tuberkelbazillen irgendwelche spezifischen Antistoffe gebildet, und diese dokumentieren sich bei der Tuberkulinkutanreaktion, einerlei ob die ursprüngliche Tbc.-Infektion schon ausgeheilt ist oder zur Zeit noch besteht.

In einigen Fällen versagt die Kutanreaktion vollständig (bei weit vorgeschrittener und allgemeiner Tuberkulose) oder tritt erst bei wiederholter Impfung auf. In solchen zweifelhaften Fällen empfiehlt Hamburger (ibidem: Ueber den Wert der Stichreaktion nach Tuberkulininjektion) 0,01 bis 0,1, in Ausnahmefällen 1 mg Tuberkulin subkutan einzuspritzen, worauf an der Einstichstelle eine spezifische Reaktion eintrete. Diese Stichreaktion soll der Pirquetschen Kutanreaktion überlegen sein, weil sie einmal in allen nach Pirquet positiven Fällen auftritt, aber auch bei negativer oder zweifelhafter Kutanreaktion häufig positiv ausfällt — solche Fälle sind dann bei einer zweiten Pirquetschen Impfung stets positiv —; ist die Stichreaktion negativ, so gibt auch wiederholte Kutanimpfung kein Resultat. H. erklärt die Ueberlegenheit der Stichreaktion gegenüber der Kutanreaktion durch quantitative Verhältnisse. Bei der Stichprobe werden jeweils viel größere Mengen Tuberkuli neingebracht, und es reagieren deshalb auch Personen, die weniger empfindlich sind, auf die erste Impfung: eine Steigerung der Empfindlichkeit durch wiederholte Impfung, wie sie bei der Kutanmethode zur Erzielung eines positiven Resultates häufig angewandt werden muß, ist nicht nötig. Wie weit die Kutan- und die Stichmethode der Tuberkulinimpfung einwandfreie Resultate lieferte, kann natürlich mit Sicherheit erst an einer großen Anzahl von Sektionen bei Personen, die intra vitam geimpft waren, sichergestellt werden. Einstweilen stützt man sich meist nur auf die klinische Bestätigung der Tuberkuloseinfektion oder nimmt eine abgelaufene, klinisch nicht mehr nachweisbare Tb.-Infektion an, deren Reaktionsprodukte im Körper (Tuberkulinempfindlichkeit) noch erhalten geblieben sind. Andrerseits mehren sich die Stimmen, welche der Hautreaktion gegen bakterielle Giftstoffe jede Spezifität absprechen. Nachdem schon 1907 (Wien. klin. Wochenschr., Nr. 47) Kraus, Sensenberger und Ruß den Beweis erbrachten, daß die Hautreaktion gegen Koli-, Typhus- und Paratyphusreaktion nicht spezifisch ist, hat jetzt Enz auch für Cholera-, Pyozyaneus-, Rauschbrand- und andere Bakteriengifte eine nicht spezifische Hautreaktion nachgewiesen: „Die Effloreszenzen stellen einen rein lokalen Prozeß in der Haut dar, der in keiner Weise mit Immunitätsvorgängen im Organismus in Zusammenhang steht. Es ist vielleicht auch die durch Tuberkulin erzeugte Kutanreaktion bei Menschen, ausgenommen vielleicht Neugeborene, nichts anderes als der Ausdruck eines rein örtlichen reaktiven Vorgangs der Haut gegen das eingebrachte Gift, ein Vorgang, dem man eine Spezifität im Sinne v. Pirquets nicht zuzuerkennen braucht."

Wenngleich Zweifel an der Spezifität der Hautreaktionen bisher nur vereinzelt laut geworden, so mahnen sie doch zur Vorsicht; bei der großen Zahl der gegenwärtigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen, bei der Schwierigkeit, dieselben kritisch zu beurteilen und nachzuprüfen, sollte der praktische Arzt eine neue Methode, sei es zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, nur dann in Anwendung bringen, wenn dieselbe an großem klinischem Material unter Berücksichtigung der event. Sektionsergebnisse kritisch nachgeprüft und ihre praktische Verwendbarkeit einwandsfrei bewiesen ist.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Impftuberkulose der Sehnenscheiden beim Pflegepersonal.** Von Richard Mühsam. Therapie d. Gegenwart, 1908, März.

2. **Rheumatismus tuberkulosus Poncet.** Von P. Esau. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 8.

3. **Ein Fall von habitueller Torsion des linken Testis.** Von Quadflieg. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 52.

4. **Ueber das Kriechverfahren bei Skoliose.** Von Rudolf Kuh. Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 52.

5. **Beiträge zur Milzchirurgie (Abszesse und Exstirpationen).** Von Riese. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 8.

6. **Sind Todesfälle in der Narkose vermeidbar?** Von Strauch. Med. Klinik, 1908, Nr. 10.

7. **Stichverletzung des Bauches. Laparotomie nach 73 Stunden, Heilung.** Von Hartleib.

8. **Beitrag zur Chirurgie des unteren Oesophagusabschnitts.** Von O. Hildebrand. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 12.

9. **Die Myositis ossifikans im M. brachialis nach Ellbogenluxationen, ihre Diagnose und Behandlung.** Von Paul Frangenheim. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 12.

1. Zwei gesunde Pfleger schnitten sich an den Scherben eines Phthisiker-Speiglases und erkrankten nach Heilung der oberflächlichen Fingerwunde an schwerer Sehnenscheidentuberkulose von der schwammigen Art, die bei dem einen wiederholte, ausgedehnte Spaltungen bis zum Ellbogengelenk hinauf nötig machte, während der andere unter Stauung und Schienenbehandlung heilte. Eine etwas leichtere Sehnenscheiden-Erkrankung über dem Handgelenk trug eine Schwester davon, die, selbst schwindsuchtsverdächtig, sich nach Morphiuminjektion bei einer Phthisika mit der Nadel der Spritze in den kleinen Finger gestochen hatte. Die Fälle fordern dazu auf, die Umgebung Tuberkulöser zur größten Vorsicht auch in dieser Beziehung anzuhalten. — Marmoreks Serum wurde bei beiden Pflegern angewendet, und zwar ohne sichtlichen Erfolg; deutlicher war der gute Einfluß der Sonnenstrahlen, denen der operierte Kranke seinen fistulösen Unterarm täglich stundenlang aussetzte. Ref. kann diese von Bernhard in Samaden zuerst planmäßig angewandte Wirkung des Sonnenlichts gerade auf tuberkulöse Wunden und Geschwüre aller Art bestätigen; die Bestrahlung ist der medikamentösen Behandlung überlegen.

2. Ein in Deutschland noch wenig bekanntes Krankheitsbild, multiple ankylosierende Entzündungen in den Gelenken mit verschiedenem, manchmal subakutem, manchmal stürmisch fieberhaftem Beginn, von Polyarthritis durch den Verlauf, die Nichtbeteiligung des Herzens, die Ohnmacht der üblichen Behandlung unterschieden, andererseits ohne Fungusbildung und ohne Abszesse, wie man sie bei der gewöhnlichen Gelenktuberkulose sieht. Das Leiden kann mit völliger Beweglichkeit ausheilen, führt aber mit Vorliebe zu Versteifungen, zur Beugekontraktion, zur fibrösen oder nach schwerer Knorpelzerstörung, wie bei Trippergelenken, zur knöchernen Ankylose. Sonstige Tuberkulose, auch in der Familie und in der Vorgeschichte, fehlt; die Impfung mit Gelenkflüssigkeit und die Kochsche Tuberkulinreaktion, die andere zur Feststellung der Krankheit fordern, sind in Esaus Fall nicht ausgeführt worden; doch läßt der ganze Verlauf kaum eine andere Deutung zu. Esau erreichte bei dem an beiden Knien und Fußgelenken, der rechten Hüfte und der Halswirbelsäule erkrankten Kinde mit der künstlichen Hyperämie im Bierschen großen Saugglas gute Erfolge.

3. Die Drehung des Hodens war das erste Mal durch einen Fall rittlings auf Hölzer entstanden, wiederholte sich in den nächsten Jahren ohne besondere Veranlassung noch zweimal, und machte das letzte Mal die Entfernung des nach zehntägiger Torsion nekrotischen Hodens samt Nebenhoden notwendig. Die Torsion scheint häufiger zu sein, als angenommen wird, da man sie oft trotz aller Beteuerungen der Kranken mit einer akut entzündlichen Orchitis und Epididymitis (Gonorrhoe!) verwechselt; sie kommt nach verhältnismäßig geringen Traumen oder auch anscheinend spontan vor, besonders bei jungen Leuten, wenn der Hode „gestielt" ist, d. h. kein Mesorchium besitzt und frei am Samenstrang hängt. Es ist sehr wichtig, eine Torsion früh zu erkennen, um durch Einschnitt und Zurückdrehen den Hoden zu retten, der bei länger bestehender Torsion sicher dem Gewebstode verfällt. Für die Diagnose können frühere ähnliche, von selber zurückgegangene Anfälle von Hodenschwellung entscheidend sein.

4. Das Klappsche Kriechverfahren biegt die Wirbelsäule stärker als die bisherigen Uebungen im Stand oder im Liegen. Es gelingt aber nicht, den Abbiegungspunkt genau zu bestimmen: daher können die Nachbarwirbel der Verkrümmungsstelle übermäßig beweglich gemacht und in den Bereich des Buckels gezogen werden. Auch bei bestehender Gegenkrümmung ist vom Kriechen eher eine Verschlimmerung der Skoliose zu erwarten (Lange); noch mehr bei den ganz schweren Skoliosen, deren geschwundene Muskulatur nicht imstande ist, der starken Dehnung der Zwischenwirbelscheiben durch das Kriechen Widerpart zu halten. Da das neue Verfahren ferner sehr anstrengend ist, kann es bei schwachen Kindern mit weichen Knochen in der „berufsmäßigen" Form, wie Klapp sie fordert, nicht durchgeführt werden. Das Kriechen leistet bei ganz bestimmten Formen und in bestimmten Zeitabschnitten der Skoliose Gutes; falsch ist es, in der Methode ein Allheilmittel zu sehen, mit dem allein der praktische Arzt zu Hause jede beliebige Skoliose behandeln könnte (Vulpius).

5. An neun Fällen wird u. a. die Erfahrung bestätigt, daß die Milzexstirpation bei Stauungsmilz dringend zu widerraten, bei Leukämie weder von großem noch besonders von dauerndem Nutzen ist. — Erregt eine Wandermilz stärkere Beschwerden, zumal Anfälle, die auf Stieldrehung schließen lassen, so soll sie entfernt werden, schon um der Gefahr der Abszeßbildung auf dem Boden thrombotischer Infarkte zuvorzukommen. Aus infektiösen embolischen oder thrombotischen Infarkten, als deren Ursache gynäkologische und puerperale Erkrankungen neben Typhus usw. die Hauptrolle spielen, gehen die sequestrierenden Abszesse hervor, mit deren Eiter sich nekrotische Milzfetzen entleeren. Diese Sequester im braunen Eiter der subphrenischen Abszesse sichern die Diagnose; die Aussichten der lebensrettenden Operation sind nicht schlecht.

6. Um eine ruhige Narkose zu erzielen, gibt Strauch am Vorabend der Operation 1,0 Veronal, eine Stunde vor der Operation $1^1/_2$ bis 2 cg Morphium als Einspritzung und zur Kräftigung des Herzens Alkohol als Klistier (je 50,0 bis 75,0 Kognak, Rotwein und Tee mit 5 bis 10 Tropfen Opiumtinktur). Die Narkose wird als Aethertropfnarkose durchgeführt. — Die Beigabe des Veronals, das der Nacht vor der Operation die Unruhe nimmt, scheint neben der Witzelschen Morphium-Aethernarkose gerechtfertigt; der Ersatz der üblichen Strophanthus- oder Digalengabe durch das Alkoholklistier ist umständlich und dürfte auf dem Operationstisch zum unerwünschten Abgang des Klistiers führen.

7. Ein siebenjähriger Knabe erhält einen Taschenmesserstich in den Bauch; nach anfänglichem Erbrechen, das der Khok des Stoßes erklären konnte, schien der Verlauf gegen eine Darmverletzung zu sprechen, bis 70 Stunden nach der Verletzung steigender Puls und beginnende Auftreibung des Leibes die Laparotomie veranlaßten. Man fand zwei verklebte Darmlöcher mit umschriebener Bauchfellentzündung. Heilung.

Der Fall zeigt, daß bei Bauchwunden die Möglichkeit einer Eingeweideverletzung nach gutem Verlauf der ersten 24 Stunden keineswegs ausgeschlossen ist, selbst wenn die regelmäßigsten Zeichen dafür, besonders die Bauchdeckenspannung, fehlen. Ist nach Sitz und Aussehen der Wunde und Art des verletzenden Werkzeuges auch nur entfernt an eine Eingeweideverletzung zu denken, so ist rasche Laparotomie angezeigt; nicht jede Spätoperation verläuft so glücklich, wie im vorliegenden Fall, und die Gefahr der Blutung und Bauchfellentzündung wächst mit jeder Stunde.

8. Die Behandlung der Erkrankungen und Fremdkörper im unteren Oesophagusabschnitt hat aus den Fortschritten der Röntgentechnik und der Oesophagoskopie bei weitem nicht den gleichen Vorteil ziehen können wie die Diagnostik dieser Fälle. Fremdkörper werden noch immer von einem Schnitt hoch oben an der Vorderwand des Magens aus mit Zange oder Finger gefaßt; Verhakung oder Sitz in einem Divertikel kann, wie in einem Fall von Hildebrandt, die gleichzeitige Oesophagotomie notwendig machen. Die Resektion im Bereich des unteren Oesophagusdrittels wegen Karzinom hält Hildebrandt für aussichtslos, wenn auch das Sauerbruchsche Verfahren die Komplikationen von seiten der Pleura beseitigt. Die Schwierigkeit der Operation in der Tiefe zwischen lauter lebenswichtigen Organen ist ungeheuer groß; größer noch, selbst bei gelungener Naht, die Gefahr der Phlegmone und der weitergreifenden Infektion. Für diese Kranken bedeutet eine einfache Gastrostomie auch heute noch die beste Hilfe.

9. In nicht allzu seltenen Fällen kommt es nach Ellbogenluxationen, aber auch nach einfachen Traumen des Ellbogens und Oberarms (Stoß mit dem Bajonettiergewehr) zu einer vom intramuskulären Bindegewebe, seltener auch von der Vorderfläche der Gelenkkapsel ausgehenden Knochenneubildung im Musk. brachialis internus, die im Gegensatz zu anderen Lokalisationen der Myositis ossifikans traumatika ganz erhebliche Schmerzen und Störungen verursacht, selbst zur Versteifung des Gelenkes führen kann. Das Röntgenbild, das überhaupt bei Diagnose und Behandlung des Leidens die größte Rolle spielt, läßt den Muskelknochen leicht von etwa abgesprengten Knochenstücken unterscheiden. Die Knochenbildung wurde frühestens am fünften Tage, spätestens vier Monate nach der Verletzung erkannt; im Durchschnitt konnte man sie drei bis vier Wochen nachher feststellen. Man hat keinen Anhaltspunkt dafür, daß in der Methode oder in der früheren oder späteren Einrenkung des Unterarms eine Ursache für die Knochenbildung zu suchen wäre; immerhin wird man zur Reposition der Verrenkung nach hinten den einfachen Zug am Vorderarm der gewaltsamen Ueberstreckung vorziehen, um unnötige Zerrung] des Muskels zu vermeiden. Auch von der frühzeitigen Massage und Bewegung, die als begünstigendes Moment für die Ossifikation angesehen wurde, hat Frangenheim in einem frischen Fall keine Verschlimmerung gesehen, eher den Eindruck gehabt, daß die drohende Versteifung dadurch verhütet wurde. Bei der Behandlung dieser Muskelknochen muß man daran denken, daß sie manchmal von selber verschwinden und daß andererseits nach einer Operation Rückfälle auftreten können. Unbedingt angezeigt ist der Eingriff, wenn der Muskelknochen auf Gefäße und Nerven drückt und die entsprechenden Störungen in Kreislauf und nervöser Versorgung hervorruft, ebenso bei alten Fällen mit starker Bewegungsstörung oder gar Versteifung, wo selbst Resektion in Frage kommen kann. Um den richtigen Zeitpunkt zur Operation zu treffen, empfiehlt Frangenheim, den Arm in regelmäßigen Zwischenräumen zu durchleuchten, am besten seitlich, die Platte auf den medialen Epikondylus gelegt; man kann dann an den einzelnen Bildern verfolgen, wie der Knochenschatten, manchmal von mehreren Zentren aus, sich vergrößert und vertieft, um je nach Lage des Falles sich wieder zu verkleinern, zu verschwinden oder unverändert zu bleiben. Ist letzteres eine Zeitlang der Fall gewesen, so kann mit guter Aussicht auf vollen Erfolg von einem oder zwei Längsschnitten aus der Knochen herausgeholt werden; man braucht dann nicht zu fürchten, daß noch Verknöcherungszentren im intramuskulären Bindegewebe zurückgeblieben sind. Im Stadium des wachsenden Knochenschattens dagegen müßte man die verknöcherte Partie wie einen Tumor im Gesunden entfernen, um Rezidive zu verhüten.

Chirurgie.

Ausländische Literatur.

Referent: Dr. med. **Alois Pollak,** Prag-Weinberge.

1. **Behandlung des Karzinoms mit Trypsin.** Americ. Med., 1908, Feber.

2. **Le Compresse di Etere nella cura delle ernie strozzate.** (Aetherkompressen bei inkarzerierten Hernien.) Von E. Tasciotti. Annali di Eletricita medica e terapia fisica, 1907, XII, pag. 433.

3. **Contribution à l'etude d'une variété particulière d'adenites inguinales.** Von Pigeon et Tanton. Archives gener. de Medic., 1908, pag. 76.

4. **Skoliose.** Von Kirmisson. Annali di Eletricita medica e terapia fisica, 1907, Nov.

5. **Malum Pottii.** Von Chipaull. Congr. intern. di fisioterapia. Ibidem.

1. Für die Behandlung inoperabler Krebspatienten wird wieder die von Beard inaugurierte Trypsinbehandlung empfohlen. Alcindor (Brit. med. Journ., 1908, 11. Jan.) macht auf Verschlimmerungen und einen unerwarteten Todesfall aufmerksam; er führt sie darauf zurück, daß bei unvorsichtigem Vorgehen (Injektionen in die Umgebung des Tumors) die unter dem Einflusse des Trypsins entstehenden Verdauungsprodukte des Eiweißes in die Zirkulation übergehen und dann natürlich ihre deletären Wirkungen äußern müssen. Es sollen also nur oberflächlich gelegene Karzinome mit Trypsin behandelt werden.

2. T. beschreibt drei Fälle von eingeklemmten Leistenbrüchen (Alter: 2 Jahre, 60 Jahre, 70 Jahre), welche nach vergeblichen Taxisversuchen mit Aetherkompressen behandelt wurden und dann nach kurzer Zeit (eine Stunde) teils spontan zurückgingen, teils leicht reponiert wurden. Der Autor empfiehlt die Methode, macht aber mit Recht darauf aufmerksam, daß man sich bei diesen Versuchen nicht etwa so lange aufhalten solle, daß dabei kostbare Zeit verloren ginge und der Pat. zu spät zur Operation käme. Dagegen führt er die Methode mit Unrecht auf Flessinger (1906) zurück; sie ist viel älter. Schon Gussenbauer hat wiederholt auf sie aufmerksam gemacht (aber auch nicht als neu) und Ref. hat selbst sie vor Jahren schon in zwei für die Operation ungeeigneten Fällen mit Erfolg angewendet.

3. P. und T. beschreiben eine eigentümliche Affektion der inguinalen Lymphdrüsen; es handelt sich um eine meist sehr rasch, seltener etwas langsamer, zu Eiterung führende Entzündung der oberflächlichen Inguinaldrüsen, welche sich regelmäßig auf die benachbarten oberflächlichen und tiefen Gruppen von Drüsen ausbreitet. Es entwickelt sich eine ausgedehnte Periadenitis, die Drüsen selbst vereitern dabei aber nicht vollständig, so daß keine einheitliche Eiterhöhle entsteht. Die Eintrittspforte des Erregers liegt immer in den äußeren Genitalorganen, es handelt sich aber nicht immer um venerische Affektionen (auch Balanitis u. ähnl., oft wurde gar nichts nachgewiesen). In einer großen Reihe von Fällen wurde der Bazillus fluoreszens (putridus und liquefaereus) nachgewiesen. Therapie: Radikale Exstirpation der ganzen befallenen Drüsengruppe in Narkose. Inzisionen und Auskratzungen sind ganz nutzlos.

4. Die Skoliose der Jugendlichen ist nicht so sehr eine lokale Affektion, als der Ausdruck einer allgemeinen Ernährungsstörung des Knochengewebes; sie soll auch dementsprechend behandelt werden: Regelung (Besserung) der Ernährung, Aufenthalt in freier Luft, Seebäder, Hydrotherapie in zweckentsprechender Kombination und Abwechslung. Dazu kommt als lokale Behandlung aktive Gymnastik mit genügenden Ruhepausen. Als Unterstützungsmittel kommen nur ganz leichte Mieder (keine schweren Redressionsmieder) in Betracht; keine Gipsmieder.

5. Die Behandlung jugendlicher Patienten wird folgendermaßen geschildert: Wo eine Deformation besteht, wird sie in Narkose nach Möglichkeit durch Extension und mäßigen Druck reponiert; in der guten oder gebesserten Lage ein Gipsmieder angelegt. Solche Mieder müssen zwei bis drei Jahre lang getragen, in dieser Zeit fünf- bis sechsmal gewechselt werden. Der Miederwechsel wird anfangs häufiger, später seltener vorgenommen, wenn nötig unter Narkose mit neuerlicher Verbesserung der Lage. Unter Umständen Gipsbett und andere Verbände.

Röntgentherapie.

Referent: Dr. **Karl Försterling,** I. Assistent bei Prof. Dr. Schlange, Hannover.

1. **Die Elfenbeinstifte bei der Behandlung von Frakturen und Pseudarthrosen und als osteoplastischer Ersatz.** Von Dr. Eugen Bircher. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr., Bd. XI, S. 321.

2. **Plastische Röntgenogramme.** Von Dr. Eduard Gottschalk. Ibidem, S. 353.

3. **Die Bedeutung der Enterolithen des Prozessus vermiformis im Röntgenogramm.** Von Dr. Otto Fittig. Ibidem, S. 356.

4. **Die Radiotherapie der Leukämien.** Von Dr. A. v. Decastello und Doz. Dr. R. Kienböck. Ibidem, S. 377.

5. **Ein Röntgenfrühsymptom bei Pes planovalgus.** Von Dr. Stein und Dr. Preiser. Ibidem, S. 452.

6. **Beitrag zur Röntgendiagnostik der Knochensyphilis.** Von Dr. G. F. Haenisch. Ibidem, S. 449.

1. Verf. tritt in dieser ausführlichen Arbeit sehr für die Einführung von Elfenbeinstiften in die Markhöhle bei gebrochenen

Knochen ein. Er führt neun mit solchen Maßnahmen behandelte Fälle an. Als Vorzüge rühmt er die vorzügliche Adaption und Fixierung in dieser Stellung, den Reiz zur Knochenneubildung und dadurch Beschleunigung der Heilung. In bezug auf diese Vorzüge wirken die angeführten Fälle nicht gerade überzeugend. Ob die Resultate z. B. mit einfacher Drahtnaht schlechter gewesen wären, lasse ich dahingestellt. Ferner lassen sich auch bei komplizierten Frakturen durch einen event. in Narkose angelegten exakten Gipsverband gute Resultate bei schneller Heilung erzielen. Kleinere Dislokationen in der Diaphyse sind ja für die spätere Funktion erwiesenermaßen völlig unerheblich, gleichen sich bei jugendlichen Personen auch gut wieder aus. Beim Ersatz ausgedehnter Knochendefekte scheinen die Resultate mit den Elfenbeinstiften gut gewesen zu sein.

2. Angabe eines Verfahrens, das die Geheimtuerei von Alexander lüften soll.

Das Negativ (I) und Diapositiv (II) werden exakt aufeinander gelegt und unter Schräghalten kopiert; dies gibt Nr. III. Kopiert man nun Nr. III und II unter Schräghalten, so bekommt man Platte Nr. IV, die völlige Plastik bei guter Strukturzeichnung bieten soll.

3. Bringt ein Röntgenbild mit einem im Prozess. vermif. gelegenen Kotstein. Verf. weist die Möglichkeit, auf Grund eines Röntgenbildes nun etwa die Diagnose Perityphlitis stellen zu wollen, zurück. Es kann dadurch höchstens einmal bei Untersuchung der Harnwege auf Konkremente Veranlassung zu einer Fehldiagnose gegeben werden.

4. Unter ausführlicher Beschreibung von 18 eigenen Fällen und Berücksichtigung der gesamten einschlägigen Literatur geben die Verf. eine kritische Abhandlung nach Resultat, Wirkungsweise und Methodik der Behandlung. — Bei myelogener Leukämie ist in ca. 90%, bei lymphatischer in 70% eine Besserung erzielt. Ob jedoch eine Lebensverlängerung bewirkt wurde, muß als noch sehr zweifelhaft gelten, während wohl sicher der Rest des Lebens durch die Bestrahlungen verbessert und erträglicher gemacht ist. — Die Wirkung der Strahlen erfolgt hauptsächlich auf die hämatopoetischen und lymphatischen Organe direkt; Fernwirkung ist nur unbedeutend.

Bei myelogener Leukämie wird ausschließlich die Milz bestrahlt, bei lymphatischer Milz und sämtliche Drüsenpakete; daneben natürlich auch Leberschwellungen und Hautinfiltrate leukämischer Natur. Jede Hautstelle soll gleich die größtmögliche Dosis bekommen, d. h. bis zur Hervorrufung einer leichten Rötung. Daneben ist natürlich Regelung der Lebensweise, Ernährung etc. nicht außer Betracht zu lassen.

5. Verf. weisen darauf hin, daß Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit über dem proximalen Teile der Grundphalangen der zweiten bis fünften Zehe, besonders nach längeren Märschen, meist Symptome des Plattfußes und zwar oft des beginnenden sind. Das Röntgenbild zeigt dann häufig eine Periostitis an der medialen Seite der Grundphalanx zwei bis vier, hervorgerufen durch abnorme Anspannung der medialen Interossei.

6. Neben anderen besonders Beschreibung eines Falles, der aus dem Röntgenbilde die Diagnose Lues nicht erkennen ließ, sondern eher auf Sarkom hinwies. Der Verlauf (und Erfolg der Kur) entschieden für Lues. Es war eine kongenitale Spätlues, die wahrscheinlich das entzündliche Höhestadium bereits überstanden hatte und deshalb atypische Bilder bot.

Oeffentliches Sanitätswesen und soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Künstliche Befruchtung und eheliche Abstammung.** Von Dr. Th. Olshausen, Gerichtsassessor in Berlin. Deutsche med. Wochenschr., 1908, 19. März, S. 515.

2. **Bemerkungen dazu.** Von J. Schwalbe. Ibidem, S. 516.

3. **Säuglingsfürsorge und Mutterschutz in Bayern.** Med. Reform, 1908, Nr. 11, 12. März, S. 124.

1 u. 2. Die theoretisch interessante Frage, ob das Kind einer Frau, die mit dem Samen ihres Ehemannes künstlich, also ohne Kohabitation, befruchtet wurde, als eheliches anzusehen ist, hat einen Juristen und einen Mediziner zur Darlegung ihrer Ansichten veranlaßt.

Der Jurist Olshausen (Hilfsarbeiter im Reichsjustizamt) meint, daß ein Kind als vom Manne empfangen im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches dann nicht angesehen werden kann, wenn eine Beiwohnung nicht stattgefunden hat. Der Mediziner Schwalbe ist der Ansicht, daß O. den Begriff der Beiwohnung doch wohl zu wörtlich gefaßt und ausgelegt hat, daß es vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus für die Abstammung des Kindes völlig gleichgültig sei, ob es mit oder ohne Beiwohnung des Mannes erzeugt worden ist, und daß somit für die Ehelichkeit des Kindes die Beiwohnung des Gatten keine conditio sine qua non sei, wofern nur der Mann und die Frau die Produkte dazu geliefert haben. Auch die Beiwohnung des Gatten gewährleiste ja nicht unbedingt die Ehelichkeit des später geborenen Kindes. Wir schließen uns als Mediziner der Ansicht Schwalbes an, es fragt sich jedoch, ob gegebenenfalls vor Gericht die wörtliche Auslegung der Beiwohnung juristisch nicht doch obsiegen würde. Zur Sache selbst entnehmen wir dem interessanten Meinungsaustausch, daß bisher nur Marion Sims einmal auf künstliche Weise Konzeption herbeigeführt hat. Dementsprechend hat die künstliche Befruchtung vor Gericht auch noch keine häufige Rolle gespielt. In Frankreich klagte einmal 1884 ein Arzt in Bordeaux ein Honorar von 1500 Frcs. für eine von ihm ohne Erfolg vorgenommene künstliche Befruchtung ein, wurde jedoch vom Gericht abgewiesen. Es trete hier zwischen Mann und Frau etwas Widernatürliches, das bei Mißbrauch zu einer sozialen Gefahr führen könne. Neuerdings hat sich ein deutsches Oberlandesgericht (Düsseldorf am 1. Juni 1907) mit der Behauptung einer ohne Beischlafsvollziehung erfolgten Konzeption mit nachfolgender Entbindung zu befassen gehabt. Ein Ehemann, der mit seiner Frau in der Empfängniszeit nicht kohabitiert hatte, wollte ein während der Ehe geborenes Kind für unehelich erklären lassen, doch wurde eingewendet, daß sich die Ehefrau mit dem Sperma des Mannes ohne sein Wissen selbst befruchtet habe. Der Kläger wurde abgewiesen, weil zwar die Darstellung der Frau unwahrscheinlich, es aber nicht unmöglich sei, daß sie das Kind auf die von ihr angegebene Weise ohne Vollziehung des Beischlafs von ihrem Manne empfangen habe. Schwalbe hat zweimal unter günstigen Bedingungen künstliche Befruchtung ohne Erfolg herzustellen versucht. Das eine Mal handelte es sich um impotentia coeundi eines älteren, das zweite Mal um impotentia generandi eines sterilen Mannes, in letzterem Falle, in welchem übrigens später eine Befruchtung auf natürlichem Wege zustande kam, mit dem Sperma eines anderen Mannes.

3. Die Säuglingssterblichkeit in Bayern ist, wenngleich von 1862 bis 1901 stetig zurückgegangen, mit 24% doch noch höher, als die durchschnittliche im Reich (1902/03 = 19,3%) und anderen Staaten (Italien 1903 = 11,5, England 1904 = 14,5, Norwegen = 10, Schweden = 7 bis 8%). Die Hauptursache liegt natürlich auch hier, wie überall, in mangelhafter, namentlich künstlicher Ernährung und Pflege. Staatliche Säuglingsfürsorge ist daher um so mehr geboten, als sich die Geburtshäufigkeit in Deutschland nicht mehr auf der früheren Höhe zu halten scheint. Von diesem Gesichtspunkt aus hat die Bayerische Regierung eine Zusammenstellung der Mittel und Wege zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit herausgegeben und diese allen Kreisregierungen usw. zur Richtschnur mitgeteilt. Es gehören dahin: 1. Beratungsstellen für stillende Mütter (Mutterschulen, Säuglingsfürsorgestellen) zur unentgeltlichen ärztlichen Beratung der Mutter möglichst schon vor der Entbindung. 2. Stillprämien zum teilweisen Ersatz für verloren gegangenen Arbeitsverdienst der Mutter bis auf drei Monate. 3. Auskunftsstellen, möglichst in Verbindung mit Nr. 1; über alle zur Unterstützung von Wöchnerinnen bestehenden Vereine, gute Kostplätze usw. 4. Kindermilchanstalten. 5. Aufsicht der Kostkinder. 6. Die reichsgesetzlichen Maßnahmen zur Unterstützung von Wöchnerinnen und Schwangeren sowie zum Schutz von Wöchnerinnen. 7. Sonstige Maßnahmen (Verbreitung von Flugblättern des Bayr. Frauenvereins).

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

Der erste Kriegsverband. Von Regimentsarzt Dr. H. Freund-Reichenberg. Der Militärarzt, 1908, Nr. 5, S. 68.

Gegenwärtig haben fast alle Armeen für den ersten Kriegsverband Verbandpäckchen von ähnlicher Beschaffenheit, doch entsprechen die meisten den Anforderungen eines gutsitzenden antiseptischen Verbandes deshalb nicht, weil die Fixation mittels Binden eine Verschiebung des Verbandes während des Transports namentlich am Stamm nicht ausschließt. Aus diesem Grunde haben besonders Port und A. Köhler Klebeverbände vorgeschlagen: eine zentral durchlochte Wundbedeckungshülle, an deren Innenseite sehr aufsaugungsfähige Verbandstücke befestigt sind, die entweder durch Kollodium (Port) oder durch Heftpflaster befestigt werden. v. Oettingen gebrauchte im letzten russisch-japanischen Kriege zur Fixation eine Mastixlösung, doch eignet sich auch dieser Verband wie die anderen nur zur Anlegung durch den Arzt, nicht durch den Verwundeten selbst. Heusner stäubt auf die Umgebung der Wunde einen Spray einer rasch fixierenden Harzlösung (Kolophon 50, Benzin 50, venet. Terpentin 1) und klebt darauf ein Stück Filz oder Preßwatte. Auf dem Schlachtfeld wird immer nur ein einfacher Fixationsverband möglich sein. Freund hat daher nach Analogie des von Dr. Bernario als „Vulnoplast“ in den Handel gebrachten Wundverbandes einen ersten Kriegsverband konstruiert, der aus einem aseptischen oder antiseptischen, mit Aktollösung durchtränkten, vielfach zusammengelegten Gazestreifen besteht. Dieser birgt im Inneren eine Schicht Zellstoffwatte. Die Gazekompresse liegt auf einem dichteren, luftdurchlässigen Verbandstreifen auf, an welchem sie angeheftet ist. Die überragenden Seitenteile des letzteren sind mit Heftpflasterstreifen (Leukoplast) versehen, mittels deren der ganze Verband dann auf die Umgebung der Wunde geklebt wird. Zur Verhütung des Zusammenklebens der Heftpflasterstreifen dienen Organtinstreifen, die sich beim Oeffnen des Verbandpäckchens selbsttätig ablösen, so daß die Mullkompresse nicht mit der Hand berührt zu werden braucht. Der Verband erscheint recht zweckmäßig, hat jedoch den Nachteil aller Pflasterverbände. Die Pflastermasse behält ihre Klebekraft etwa nur ein Jahr.

Varia.

1. **Zum Problem der Hautelektrizität.** Von Erich Harnack. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 11.
2. **Bericht über die Blatternepidemie in Wien im Jahre 1907.** Von Dr. E. Mairinger. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 11.
3. **Trunkenheitsdelikte und Strafrecht.** Von Prof. Heilbronner-Utrecht. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 13.
4. **Der mikroskopische Nachweis von Blutspuren an undurchsichtigen Objekten.** Von E. Kalmus. Prager med. Wochenschrift, 1908, Nr. 12.
5. **Hyperämie in der Therapie innerer Krankheiten.** Von A. Lewandowski. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 10.
6. **Was ist Todesursache?** Von Joh. Orth. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 10.

1. Sehr mit Unrecht hat man über Harnacks Studien und Publikationen über (seine) Hautelektrizität den Kopf geschüttelt; die neueste Veröffentlichung, die in der Münchener medizinischen Wochenschrift abgedruckt ist, belehrt uns, daß wir dank der Hautelektrizität wahrscheinlich unmittelbar vor dem Anbruch einer neuen Aera in der Therapie stehen, denn wir lesen darin einen Brief, den ein Elektrotechniker und Stadtbaurat an Harnack geschrieben hat und den wir in der Tat sehr gern in extenso wiedergeben würden, wenn uns mehr Raum zur Verfügung stände. Dieser Herr „behandelte“ eine Dame, die an Kopfschmerzen litt, derart, daß er ihr durch seinen Bureaudiener gewöhnliche Backoblaten übersandte, nachdem er sie einigemale mit den Fingerspitzen seiner rechten Hand bestrichen hatte. „Diese Oblaten haben nun, auf die schmerzende Stelle gelegt oder gegessen, den Einfluß, daß die Kopfschmerzen verschwinden.“ Wenn solche „Heilerfolge“, von Harnack gewissermaßen beglaubigt, nicht überzeugen, so muß allerdings die „Wissenschaft“ schweigen! Auch sonst sind die Ausführungen Harnacks so interessant, daß wir ihre Lektüre dringend empfehlen.

Lungwitz-Berlin.

2. Der Bericht umfaßt 162 von den 163 vorgekommenen Blatternfällen, auf Grund ihrer Beobachtung im Franz Josephspital. Begreiflicherweise drängte sich alles zur Notimpfung, und es ist von allgemeinem Interesse, daß dieselbe auch schon bei eingetretener Blatterninfektion den Erfolg hatte, die Erkrankung zu einer leichten zu machen, ja Mairinger glaubt behaupten zu dürfen, „daß die Vakzination die Variolaerkrankung selbst dann noch vollständig unterdrücken kann, wenn sie ein bis zwei Tage nach erfolgter Infektion mit Erfolg vorgenommen wird“. Auch schafft die Vakzination, nur einmal in der Jugend vorgenommen, eine gewisse Anwartschaft auf leichteren Verlauf der Variola, wie aus den beigefügten Tabellen hervorgeht.

Sämtliche 33 Todesfälle erfolgten unter schwerer Herzinsuffizienz, und auch die Genesenen, soweit sie schwerer erkrankt waren, zeigten meist als schwerstes Symptom akute Herzschwäche.

F. von den Velden.

3. Die großenteils polemische Arbeit zeichnet sich durch die vorsichtige Zurückhaltung aus, mit der die Leistungen der Aerzte in der Beurteilung und Behandlung der Trinker eingeschätzt werden. Es ist für den Arzt schwer und oft unmöglich, zu entscheiden, ob sinnlose Trunkenheit vorgelegen hat; die meisten Trinker bedürfen keiner Behandlung, und es ist fraglich, ob die Resultate der Trinkerheilanstalten viel besser sind als die der Gefängnisse; jedenfalls kann man auf einigermaßen dauernde Erfolge nicht rechnen, wenn die Entlassung unbedingt und ohne Kautelen für die Zukunft erfolgt; die Bekämpfung der Trunksucht und der Trinkgewohnheiten wird mehr erreichen als die das einzelne Individuum betreffende Alkoholentziehung. Dies sind etwa die Grundgedanken des lesenswerten und inhaltsreichen Aufsatzes.

F. von den Velden.

4. Die Arbeit bringt ein mit auffallendem Licht aufgenommenes Mikrophotogramm eines blutigen Messers, an dem, obgleich seine Verwendung drei Jahre zurückliegt, wohlerhaltene Blutkörper zu bemerken sind. Zur Aufnahme hat der Leitzsche Opakilluminator gedient, der die auffallende Beleuchtung des Objektes in der Blickrichtung durch eine seitlich oberhalb des Objektivs angebrachte Linse nebst durchsichtigem Glasspiegel ermöglicht. Die Einfachheit des neuen Verfahrens sowie der Vorteil, daß die Blutspur durch die Untersuchung nicht zerstört wird, leuchtet ein.

Mit Recht hebt K. hervor, daß die Möglichkeit, im auffallenden Licht zu mikroskopieren, für die Mikroskopie überhaupt neue Aussichten eröffnet. F. von den Velden.

5. Lewandowski betrachtet die von jeher üblichen heißen Applikationen bei inneren Krankheiten vom Standpunkt der Bierschen Stauung und sucht sie dadurch auch demjenigen, dem die bloße Empirie widerstrebt, näher zu bringen. Er bevorzugt die wiederholte akute Hyperämie und bringt sie durch heiße Teilbäder (bis 50°) und heiße Kompressen oder Kataplasmen, event. auch durch Heißluftbäder, hervor. Mit Uebergehung der allgemein mit diesen Hilfsmitteln behandelten Affektionen seien nur einige weniger bekannte Anwendungen, die er empfiehlt, hier erwähnt.

Bei Herzkranken wendet er heiße Fuß- und Handbäder in jedem Stadium an, besonders bei Angina pectoris.

Um bei Lungentuberkulose Hyperämie der Lungen hervorzubringen, bevorzugt er die Atemgymnastik. (Man kann diese auch als verstärkten Gebrauch des erkrankten Organs betrachten und wird dadurch aufmerksam darauf, daß das beste Heilmittel starker Gebrauch ist, der nur, wo er nicht möglich, durch seine Begleiterscheinung, die Hyperämie, ersetzt werden muß.) In gleichem Sinne behandelt L. die offene Knochentuberkulose mit heißen Kamillenbädern.

Ekzeme behandelt er mit heißen lokalen Bädern und vermutet, daß auch die Wirkung des Teers u. a. auf der Hyperämie beruht.

Kalte Hände und Füße, das weitverbreitete Uebel der stubensitzenden Kulturmenschheit, vertreibt er durch häufige und konsequent durchgeführte lokale Bäder; ebenso Schweißfüße und -hände.

Heiße lokale Bäder verwendet er auch bei Anämie, Gicht und Diabetes. F. von den Velden.

6. Es ist ein großer Unterschied, ob die Todesursache für den Arzt und Statistiker, den Richter, die Versicherungsgesellschaft oder für den Laien formuliert wird. Der Arzt sollte deshalb häufiger, als es nach Orths Erfahrung der Fall ist, bedenken, für wen er die Todesursache feststellt, und dabei alle Schablone vermeiden. Einige interessante Beispiele mangelhafter und irreleitender Bezeichnungen der Todesursache illustrieren das Gesagte.

Bemerkenswert im Munde eines pathologischen Anatomen ist das Geständnis, daß dieser, wenn ihm die klinische Beobachtung nicht bekannt sei, in der Regel ein vollständiges Urteil über die Todesursache nicht abgeben könne, ja zuweilen überhaupt keines. Auch hierfür wird ein lehrreiches Beispiel gebracht.

F. von den Velden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger,** Magdeburg.

1. **Solurol.** Von Dr. Linke. Therapeut. Neuheiten, 1908, März.
2. **Zum Verbote des Verkaufs von Aspirin (und Veronal) durch Drogisten.** Von G. Zeitschr. f. neuere physik. Medizin, 1908, Nr. 5.
3. **Ueber Jodglidine und praktische Erfahrungen mit demselben.** Von Dr. Steinsberg. Allgem. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 12.
4. **Untersuchungen über die Desinfektionswirkung des Autans.** Von Dr. Krombholz. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 12.
5. **Die Behandlung der schweren Ankylosen der Gelenke mit Fibrolysin.** Von Dr. Gara. Ibidem.
6. **Neuere Arzneimittel: Sublamin und Lezithol-Riedel.** Von Dr. Zikel. Zeitschr. f. Neuere physik. Medizin, 1908, Nr. 6.
7. **Versuche mit Pädotheon.** Von Dr. Lehrecke.

1. Auf der alten Grundlage, daß die im menschlichen Körper kreisenden oder daselbst abgelagerten Harnsäurepartikelchen, die Mononatriumurate, durch die Gichtmittel ebenso aufgelöst werden wie in vitro — entgegen neueren Theorien, die diese Annahme in Abrede stellen und im Gegenteil Zufuhr von reinem Wasser oder von Salzsäure für indiziert halten — ist auch ein neues Antiarthritikum aufgebaut, nämlich das Solurol. Dasselbe besteht aus Nukleotinphosphorsäure und ist ein braungelbes, nur in Wasser, nicht in Alkohol und Aether lösliches, schwach saures, geschmackloses Pulver. Im Reagenzglase löst es bei Lufttemperatur die gleiche Menge Harnsäure. Von Fenner und Blut wurden beim Menschen Nachlassen der Gichtschmerzen und Vermehrung der Harnsäureausscheidung beobachtet. Schittenhelm und Bendix berichten Mißerfolge. Der Verfasser hat seit 1905 bei vielen Patienten treffliche Erfolge erlebt. Die Firma Max Elb, G. m. b. H., in Dresden liefert die bekannten kleinen Originalglasröhrchen zu je 21 Tabletten (à 0,25 g Solurol) für den leider sehr hohen Preis von 5 M. Allerdings braucht man täglich nur dreimal eine Tablette zu nehmen und nur in schweren Fällen das doppelte. Alkohol soll während der Kur vermieden werden, da sonst der Spaltungsprozeß in die Komponenten zu früh eintritt. L. empfiehlt das Mittel zum Versuch.

2. Im Dezember vorigen Jahres wurde vom Reichskanzler eine Verordnung erlassen, nach welcher vom 1. März d. J. ab Aspirin (bzw. Azetylsalizylsäure) und Veronal (bzw. Diaethylbarbitursäure) zum „Feilhalten und Verkaufe außerhalb der Apotheken" ausgeschlossen sind. Da von den Drogisten dagegen die Harmlosigkeit des Aspirins in den Vordergrund gestellt wurde, dürfte eine Zusammenstellung über die unangenehmen Nebenwirkungen des Aspirins, wie sie auf Grund der Literatur in der Zeitschrift für neuere physikalische Medizin veröffentlicht wird, auch für unsere Leser von Interesse sein.

Zunächst beobachteten Rospil und Gazert (nach einem Berichte von Wielsch in der Wiener med. Presse, 1902, Nr. 5) in mehreren Fällen kurz nach der Darreichung von Aspirin Kollapse mit bedrohlichen Erscheinungen. Ein eigenartiges Krankheitsbild nach Einnahme von 1 g Aspirin bemerkte der Harzburger Arzt Dr. Franke (Münch. med. Wochenschr., 1903, Nr. 30) an sich selbst. Etwa eine Viertelstunde, nachdem er das Medikament, welches er sonst gut vertragen, genossen hatte, traten bei ihm Schwellungen im Gesicht und heftige Schluckbeschwerden auf, während die Atmung beschleunigt wurde und der Puls auf 160 Schläge in der Minute stieg. Nach 20 Minuten schwanden diese beängstigenden Erscheinungen, gleichzeitig aber entstand plötzlich auf dem ganzen Körper ein quaddelartiger, juckender Ausschlag, welcher ungefähr eine Stunde anhielt und durch eine starke Transpiration abgelöst wurde. Mit ihr war die heftig einsetzende Erkrankung erloschen. Im Harn fanden sich große Mengen Phenol. Franke nimmt als Ursache des den sonst beobachteten Aspirinvergiftungen nicht gleichenden Krankheitsbildes an, daß das Aspirin mit den kurz vor seinem Gebrauche genossenen Nahrungsmitteln eine Zersetzung im Magen eingegangen sei, aus welcher eine Phenolverbindung gebildet und sofort resorbiert worden wäre.

Im vergangenen Jahre wurden mehrere Aspirinvergiftungen publiziert, so von Thesen, Otto, Meyer, Winkelmann, Franke und Hirschberg. In den publizierten Fällen dauerten die Intoxikationserscheinungen einen Tag und waren die Folgen von 1 g Aspirin. Thomsen beschreibt in den Therap. Monatsheften, 1904, Nr. 51, einen Fall, wo nach Einnahme von zehnmal 0,3 Aspirin in drei Tagen ödematöse Schwellung des Gesichts mit nachfolgender Blasenbildung auftrat. Ebenso berichtet Eberson an gleichem Orte eine Intoxikation nach Verabreichung von nur einmal 0,3 Aspirin, die sich in Auftreten eines Erythema oedematosum äußerte. Ob der gleichzeitige Genuß von Gießhübler Brunnen für die Entstehung des Ausschlages etwa verantwortlich zu machen ist, konnte nicht festgestellt werden.

3. Bekanntlich führen die bei der Jodtherapie zur Anwendung kommenden Jodsalze, Kalium, Natrium, Rubidium jodatum infolge der überaus raschen Resorbierbarkeit häufig zu Vergiftungserscheinungen. Man suchte deshalb durch eine feste Bindung des Jod an organische Substanzen, tierisches Eiweiß und Fette, eine Verlangsamung der Jodresorption herbeizuführen. Aber auch bei dem Sajodin ist dies noch nicht völlig gelungen. Nun hat A. Klopfer in Leubnitz bei Dresden es unternommen, Jod an das von ihm hergestellte Pflanzeneiweiß Glidine zu binden. Dieser Gedanke scheint glücklich, wenn man erwägt, daß in dem Tempo, als das Eiweiß verdaut wird, dem Organismus Jod zugeführt wird, eine Ueberschwemmung mit Jod also ausgeschlossen erscheint. Im Jodglidine ist Jod an ganz nukleinfreies und reizloses Pflanzeneiweiß gebunden, wobei der Eiweißcharakter keine Veränderung erfahren hat; die Jodverbindung ist aber eine so feste, daß bei Aufkochen mit Säuren, bei Behandlung mit Alkalien oder Pepsin kaum freies Jod abgespalten wird. Das Präparat ist ein dunkelgelbes, geruchloses und fast geschmackloses Pulver, das in Tabletten zu 0,5 Gewicht, 10% Jod enthaltend, abgegeben wird. Es ist unbegrenzt haltbar, in Wasser unlöslich. Prof. Boruttan hat mit dem Jodglidine umfangreiche physiologische und Stoffwechselversuche an Tieren und Menschen angestellt. Auch Prof. Bickel und Geheimrat v. Leyden berichten über sehr günstige Erfolge mit Jodglidine, was Prof. Minkowski bestätigt. Auf Grund dieser Empfehlungen hat St. das Präparat bei 73 Kranken mit bestem Erfolge angewendet. Alle vertrugen es ausgezeichnet und ohne jede Nebenwirkung. Es wurden zwei bis sechs Tabletten täglich verabreicht, eine halbe bis eine Stunde nach den Hauptmahlzeiten, ohne Rücksicht auf die Diät. (Neuerdings wird auch von Dr. Zikel in der Zeitschr. f. neuere physikal. Medizin das Jodglidine gelobt. Z. wandte es in drei Fällen an und hat bei sechswöchiger Verabreichung von sechs Tabletten pro die Erscheinungen von Jodismus nicht beobachtet. Ref.)

4. K. berichtet über die im Hygienischen Institut der Universität Wien vorgenommenen Untersuchungen mit dem von der Firma Bayer & Co. in Elberfeld hergestellten Desinfektionsmittel

Autan. Danach steht das Verfahren mit dem früher gelieferten Autan hinter den älteren Methoden der Formaldehyddesinfektion entschieden zurück, während das jetzige Präparat, Packung B, eindeutige und günstige Resultate lieferte. Ueber die Versuchsanordnung und über den Gang des Verfahrens muß der Originalartikel nachgelesen werden.

5. Bei sieben Fällen mit Ankylosen bei chronischer Arthritis hat G. unter Anwendung von Fibrolysin überraschende Wirkungen gesehen. So gelang es ihm, nach 17 Injektionen bei einem jungen Manne die in Streckstellung völlig versteiften Knie — der Kranke war schon fast zwei Jahre ohne Erfolg behandelt worden — um 90° einzubiegen und bei der Ellenbogengelenkversteifung einer Frau, die schon seit einem Jahre bestand, nach 17 Injektionen eine Exkursion von mehr als 60° zu machen. Auch bei den anderen Patienten bestand die Versteifung jahrelang; auch hier wurde durch die Fibrolysinbehandlung das verdickte Bindegewebe derartig verändert, daß dadurch die Gelenke für die weitere Behandlung (Balneo-, medikomechanische Therapie) zugänglich wurden. Die Technik der Injektionen wurde folgendermaßen gehandhabt: Mit einer 2 g fassenden Pravazspritze wurde der Inhalt einer Phiole (2,3 g) injiziert; und zwar war die intramuskuläre Einspritzung der subkutanen völlig gleichwertig. Doch warnt G. vor den Injektionen am Arm, da er noch nach Monaten schmerzhafte Infiltrate beobachtete. Dagegen wurden die subkutanen Einspritzungen an der Rückenhaut sowie die intramuskulären an den Glutäi gut vertragen. Nach G.s Meinung sollen die Mobilisierungsversuche nicht vor der 20. Einspritzung vorgenommen werden. Durch tägliche Injektion kommt es zu einer Kumulierung der Wirkung, welche nur günstig erscheint. G. hat bei dieser Behandlung Nachteile nie bemerkt.

6. Seit einigen Jahren hat Z. in seiner Klinik das von Schering hergestellte Sublamin anstatt des Sublimats benutzt. Wegen der viermal geringeren Giftigkeit bei gleicher Desinfektionskraft empfiehlt Z. das Sublamin an Stelle des Sublimats.

Das Lezithol-Riedel stellt eine leicht assimilierbare Form organischer Phosphorverbindung dar. Da das reine Lezithol eine ölige Masse von honigartiger Konsistenz darstellt, so ist es zweckdienlich, daß neuerdings das Präparat in Miniaturperlen mit Gelatine- oder Schokoladeüberzug mit einem Gehalt von 0,05 g Lezithol in den Handel kommt. Z. schreibt dem Mittel eine sedative Wirkung zu, besonders bei nervösen Attacken in Fällen von Graviditäts-Hysterie

7. Auf Grund der günstigen Erfahrungen Pfaundlers an der Münchener Kinderklinik mit Pädotheon hat L. gleichfalls Versuche mit diesem Nährmittelpräparat angestellt, die ihn veranlassen, dasselbe als „eine Akquisition für unsere Ernährungstherapie" zu bezeichnen. Das Mittel stellt ein Fabrikat aus Malz und Hämatogen dar und ist von angenehmem Geruch und Geschmack. Nach L. sollen Kinder das Präparat besonders gern nehmen. Er wandte es bei Anämie, Chlorose, Rhachitis, Phthise, Neurasthenie, bei Rekonvaleszenz, in der Schwangerschaft und im Wochenbett an.

Technische Neuerscheinungen.

Schnellverband

nach Utermöhlen.

In einer sinnreichen Art hat man einen fertigen Verband konstruiert, der allen Anforderungen entspricht, welche man bei Unglücksfällen an einen Verband stellen muß. Der Utermöhlensche Schnellverband besteht aus einer quadratischen Kompresse aus Mull, an welcher zwei 5 cm breite Binden befestigt sind, so daß die Kompresse durch die über sie auslaufende Binde in zwei Hälften geteilt wird. Die Kompresse wird zusammengefaltet und die Binde darumgewickelt, so stellt ein Verband ein kleines leichtes Päckchen dar, welches in eine durch Bakterien und Flüssigkeiten impermeable Hülle verpackt ist. Je nach der Wunde und deren Lokalisation hat man große und kleine Verbände, bei denen hauptsächlich die Kompresse verschiedene Größen aufweist. Die Kompresse und Binde sind sterilisiert und aseptisch verpackt. Somit hat man in dem Päckchen aseptische Verbandmittel. Der Vorteil in diesen fertigen Verbänden liegt darin, daß man nicht erst mit der Schere die nötigen Verbandstoffe abschneiden muß, wobei natürlich die Sterilität des Mulls etc. leiden müßte, da man ja bei einem Unfall nicht erst seine Hände und die Scheren sterilisieren kann, ehe man den ersten Verband einem Verletzten anlegt. Man braucht jetzt nur einen passenden Schnellverband zu nehmen und vorsichtig, ohne mit den Händen die innere Kompresse zu berühren, die Hülle zu lösen und den Verband aufzurollen, die Kompresse auf die Wunde zu legen und sie mit der Binde zu fixieren. Aus der Abbildung ist die Technik

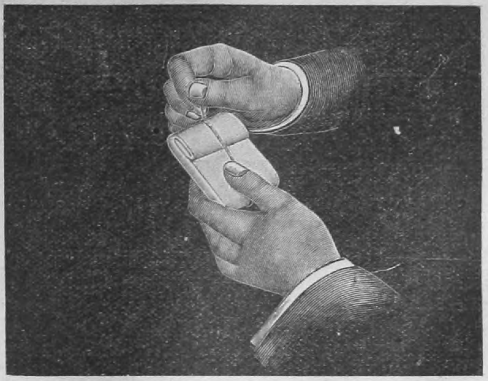


Abb. 1.

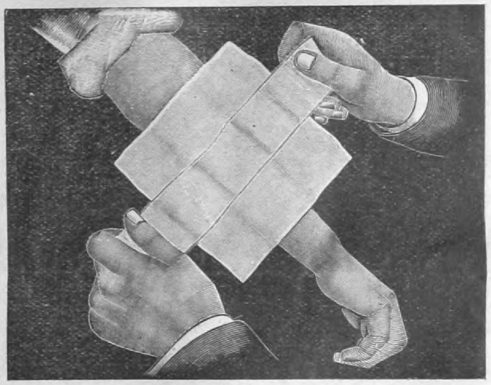


Abb. 2.

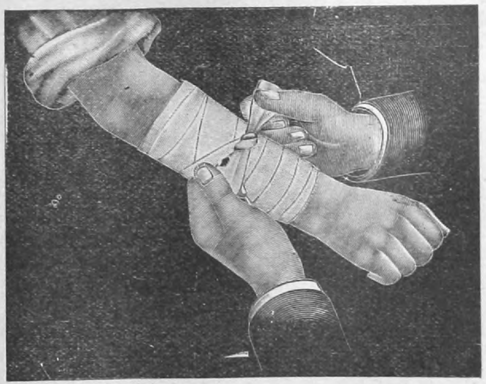


Abb. 3.

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

des Verbandes ersichtlich. Das Fixieren ist äußerst leicht mit den beiden Binden möglich. So kann man rasch an Armen, Beinen oder am Kopfe, wie aus den Abbildungen ersichtlich, einen Verband anlegen, der allen Anforderungen, die man an eine „erste Hilfe“ stellen muß, vollkommen entspricht. Ein sehr praktischer Verband ist nach demselben Prinzip für die Finger von Blume angegeben worden. Er besteht aus einem Trikotfingerling mit angesetzter Kambrikbinde, an deren Ende eine Sicherheitsnadel sich befindet. Der Fingerling weist im Inneren eine mehrfache Lage von Verbandstoffen auf, welche wie der ganze Verband einwandsfrei sterilisiert sind. Man braucht bei einer Wunde an einem Finger nur den Fingerling über den Finger zu stülpen, die Binden um das Handgelenk gekreuzt zu führen und zurück zum Finger zu wickeln, wo sie sich mit der Sicherheitsnadel am Fingerlinge leicht fixieren lassen. Diese fertigen sterilen Verbände sind sehr zu empfehlen für alle Verbandkästen, wie sie auf der Eisenbahn, in Fabriken, in Unfallstationen und Sanitätskolonnen verwendet werden, man kann sie in den Kasten mit einer kurzen Gebrauchsanweisung legen und gibt damit dem, welcher bei einem Unfall die erste Hilfe leisten will, Gelegenheit, einen wirklich aseptischen Verband anzulegen. Diese Verbände werden von der Verbandstofffabrik Utermöhlen u. Co. in Cöln a. Rh. fabriziert und in den Handel gebracht. W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der physikalisch-diätetischen Therapie in der ärztlichen Praxis. Von Dr. Ziegelroth-Zehlendorf. Berlin W 30. Richter. Gr. 8⁰. 842 S. Preis 16 M.

„Aus dem Prinzip der Erhaltung der Kraft folgt das Prinzip der Erhaltung der Art“, das ist nach des Verf. Anschauung die Basis, auf der die „natürliche“, die einheitliche Therapie erwächst. Im Gegensatz zu der jetzt noch herrschenden Betrachtungsweise, die „gegen die 1000 verschiedenen Krankheiten“ 1000 Spezifika sucht, will die von Ziegelroth und seinen Gesinnungsfreunden vertretene Lehre die Selbsterhaltungstätigkeit des Organismus studieren und sie durch die ihr adäquaten Mittel zu unterstützen und zu regeln suchen.

Nach einer in diesem Sinne gehaltenen Einleitung werden die erwähnten Mittel der Reihe nach besprochen: Die Wasseranwendungen (Packungen, Bäderformen etc.), die Sand-, Moor-, Lichtbäder, das Luft- und Sonnenbad, weiterhin die Massage, die elektrische und Radiotherapie, die Gymnastik, die Hygiene der Kleidung und vor allem die Ernährungstherapie. Namentlich die letztere schließt sich, ebenso wie Z.s ärztliche Anschauungsweise überhaupt, weitgehend an die Lehren von Lahmann, die ja durch die neuere Forschung immer mehr Bestätigung finden, an.

Im zweiten Teile werden in Form von lose aneinander gereihten Abhandlungen einige ausgewählte Kapitel für die ärztliche Praxis besprochen. Zunächst in sehr eingehender historisch-kritischer Weise die physikalisch-diätetische antimerkurialistische Therapie der Syphilis und die der Gonorrhöe, sodann die Behandlung der Cholera, der Malaria, des Krebses, der Fettleibigkeit, Gicht und Zuckerkrankheit. Zwischendurch sind Artikel über Enteroptose, über die Bedeutung der Typhusbazillen, die Impffrage, die Hygiene der Schwanger- und Mutterschaft und über die Schäden der rein medikamentösen und chirurgischen Therapie eingestreut. Zahlreiche Abbildungen veranschaulichen das Gesagte.

Die Sprache ist anregend und flüssig und zeugt von großer persönlicher Erfahrung, Selbständigkeit im Urteil und Belesenheit des Verfassers.

Aus der Schatzkammer des Weltmeers stammt nicht allein der Lebertran, sondern auch das leichter einzunehmende und ihn in der Wirkung übertreffende Fucol. Für die Therapie der Skrofulosis und Rhachitis bedeutet die Einführung des Fucols entschieden einen Fortschritt. Man verordne Orig.-Flaschen à 1/2 Liter à M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Wenn das Buch auch nicht sehr systematisch abgefaßt ist, so ist die biologische Therapie darin doch ausführlich und anschaulich beschrieben. Manche Einseitigkeiten laufen mit unter, so z. B. eine, im Gegensatz zu seinem Lehrer Lahmann übertriebene Pharmakophobie des Verfassers (Z.s Kritik der chemistischen Auswüchse ist übrigens völlig berechtigt). Trotzdem kann aber die Lektüre des Buches wegen seiner mannigfachen Vorzüge und Anregungen jedem Arzte nur empfohlen werden.

Esch, Bendorf a. Rh.

Die Bedeutung der Alkoholfrage für unsere Kolonien. Von Dr. Fiebig, Oberstleutnant des Sanitätsdienstes a. D. Berlin 1908. Wilh. Süßerott. Heft 13 u. 14 der kolonialen Abhandlungen. 55 S. 0,80 M.

Das Buch ist die erweiterte Wiedergabe eines Vortrages, den F. auf Veranlassung der Deutschen Kolonialgesellschaft am 25. Juli 1907 auf dem fünften deutschen Abstinententag in Flensburg gehalten hat, und kann, auch im Hinblick auf die Reichstagsverhandlungen, allen denen, welche sich überhaupt für Kolonien und besonders für die Erhaltung ihrer Eingeborenen, ihres nach Dernburg wichtigsten Aktivums, interessieren, nur angelegentlich empfohlen werden, dies um so mehr, als F. auf Grund seiner reichen Erfahrung eine gewisse Autorität auf diesem Gebiete nicht abgesprochen werden kann. Zwar kennt er die deutschen Kolonien aus eigener Anschauung nicht, da er aber 1879 bis 1900, sodann noch einmal 1902/03 als holländischer Militärarzt auf Java, Sumatra und Borneo gedient hat, und die holländischen Kolonien ebenso wie Togo, Kamerun, Ostafrika, Neuguinea, Mikronesien und der nördliche Teil von Südwestafrika in den Tropen liegen, so können seine Beobachtungen, die er in jenen gemacht hat, auch als für diese zutreffend betrachtet werden.

Wir erfahren, daß hauptsächlich infolge der Trinksitten die Krankheitsziffer der Nichtabstinenten bei den meisten lebenswichtigen Krankheiten um beinahe die Hälfte höher ist als die der Abstinenten. Für unsere Kolonien ist diese Tatsache um so wichtiger, als die Völkerstämme des malayischen Archipels überwiegend Mohammedaner, wenn auch nicht strenge, sind und daher durch das Korangesetz vor dem Alkohol bewahrt bleiben, die der deutschen Kolonien als Heiden dagegen eines solchen Schutzes entbehren, sich vielmehr selbst alkoholische Getränke bereiten und gegen den importierten Alkohol wehrlos sind. Eine in allen Einzelheiten genügende Erklärung des Akklimatisationsprozesses, dem der Europäer in den Tropen unterliegt, ist bis jetzt noch nicht gegeben, F. versucht eine solche, und wir können nur sagen, daß seine Ausführungen überzeugend wirken. Nachdem er diesen besprochen, betrachtet er die Einwirkung des Alkohols auf denselben, die Hindernisse für das Sicheinleben des Europäers in den Kolonien, den sogen. Tropenkoller, das Tropenklima, die Morbidität und Mortalität unter dem Einfluß des Alkohols in den Tropen und sodann die einzelnen Krankheiten (Malaria, Beri-Beri, Cholera, Typhus usw.), sowie schließlich die ursprünglichen Trinksitten unserer Kolonialvölker (Palmwein und Maisbier) und die Schnapseinfuhr. Der gesunde, alkoholfrei lebende, akklimatisierte Europäer ist durchaus imstande, sich in unseren Kolonien körperlich und geistig wohlzufühlen und sich in normaler Weise zu betätigen. Ein besonderes Schlußkapitel ist dem im ganzen in der gemäßigten Zone liegenden Südwest-Afrika gewidmet.

Peltzer-Steglitz.

Die Anwendung leicht **verdaulicher** und **assimilierbarer** Kalkpräparate zur prophylaktischen und kurativen Behandlung der **Tuberkulose** bricht sich Bahn.

Als erprobte Anwendungsform empfiehlt

Geh. Sanitätsrat Dr. Wattenberg seine **„Phosphorkalkmilch“.**

Abhandlungen, Prospekte durch

Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.

M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung**
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 3. Mai 1908. **Nr. 18.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Hydriatik der Malaria.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

(Schluß.)

Ist es nun möglich, auch jene seltenen Malariaformen, die dem Wasser zu widerstehen scheinen, wirklich und dauernd auszukurieren, und zwar durch dieses Medium allein? Mich dünkt diese Frage in einem bejahenden Sinne erledigt seit mehr als einem halben Jahrhundert.

Es hat nämlich Prießnitz, der Medikamente gar niemals gab, trotzdem eine jede Malaria kuriert, wenn nur die Kranken Ausdauer besaßen. Nach allen mir vorgelegenen Berichten hat er in dem wohl schwersten Falle nicht weniger als 20 Monate gebraucht zu völliger Heilung. Gewöhnlich genügten zum gleichen Resultate schon einige Wochen, in schwereren Fällen drei bis vier Monate. Nun wird man mir freilich die Erfolge Fleurys und unserer modernen Hydriater vorhalten, die als wahre Schnellkünstler Malaria kurieren, oft mit einer einzigen Prozedur. Ich will die Verdienste all dieser Männer durchaus nicht verkleinern, nur sei betont, daß Prießnitz fast immer nur schwere Malariafälle bekam, die allem Chinin oft durch Monate und Jahre widerstanden hatten, in der Regel Fälle mit vorgeschrittener Kachexie und häufig bedenklichen Komplikationen. In jener scheinbar so langen Kur behob er dann nicht nur die Intermittens — das können wir heute ja wesentlich rascher —, sondern alles, was sonst noch krankhaft war an jedem Patienten. Daß letztere Leistung weit schwerer wiegt und selbst auch heute nicht schneller erreichbar ist, wird jeder Leser der Krankengeschichte am Ende des Kapitels zugeben müssen.

Das von Prießnitz in seiner reifsten Zeit geübte Verfahren war folgendes (notariell beglaubigte Aussage der Pauline König, ehemals Kindermädchen, von 1843 ab Badedienerin bei Vinzenz Prießnitz): „Wechselfieberkranke wurden jedesmal vor Eintritt des Frostes, eigentlich schon damals, wenn sich die ersten Anzeichen desselben meldeten, dreimal nacheinander naß abgerieben. Verging der Frost nach der ersten Abreibung, so unterblieb natürlich die weitere. War Patient sehr schwach, so konnte er sich mit dem umgelegten Leintuch während der Abreibung auf einen Stuhl setzen, welchen man in der Regel zum geöffneten Fenster postierte. (Also Andeutung des Luftwasserbades.) Während der Abreibung mußte ich auf Geheiß des Herrn Prießnitz dem Kranken öfters unter den Arm respektive in die Achselhöhle greifen und fühlen, ob die Hitze sich einzustellen begann. Trat dieselbe ein, so wurde die Abreibung sistiert und der Kranke ein- bis zweimal kurz, bis zur Erwärmung des Leinwandtuchs naß eingepackt, was das erstemal 8, das zweitemal 15 Minuten währte, zum Schlusse bekam er ein Halbbad von 16 bis 18°. An den fieberfreien Tagen hatte Patient eine nasse Abreibung mit darauffolgendem Luftbad, und die Leibbinde mußte kontinuierlich getragen werden.“ Dem Festungskommandanten von Olmütz, der ihn im Jahre 1850 um ein Malariarezept ersuchte, ließ er wörtlich schreiben (eigenes Diktat): „Beim Wechselfieber werden die Kranken an den fieberfreien Tagen früh, wenn sie aufstehen, und nachmittag 5 Uhr eine viertel Stunde lang naß eingepackt, und wenn sie sehr heiß sind, abgeschreckt gebadet, wenn sie weniger warm sind, bloß 5 Minuten lang naß abgerieben. Zwischen 11 und 12 Uhr mittags bekommen sie eine nasse Abreibung 5 Minuten lang und darauf ein kaltes Sitzbad von 20 Minuten; immer eine Leibbinde bei Tag und Nacht, viel Wasser trinken und kalte Milch, Mehlspeisen aber wenig Fleisch genießen. Sehr zweckmäßig ist es, wenn man solche Kranke alle Tage mehrere Stunden auf einem Wagen fahren läßt, der recht stößt. — Wenn das Fieber eintritt, so bekommen sie bei der Kälte mehrere nasse Abreibungen. Zwischen jeder nassen Abreibung bekommen sie einen Umschlag auf den Kopf und um den Leib, dann werden sie auf das Bett gelegt, bleiben 6 bis 8 Minuten liegen, dann werden sie wieder abgerieben, solange die Kälte dauert. Ist der Kranke nicht zu schwach, so bekommt er ein Sitzbad von einer Stunde, wird frottiert und das Leintuch mit kaltem Wasser benetzt, wo der Körper heiß ist*). Bei der Hitze wird er recht naß eingepackt, wenig bedeckt und einigemal kurz hintereinander gewechselt und in abgeschrecktem Wasser gebadet und gewaschen, solange bis die kritischen Ausschläge wieder abgeheilt sind und der Kranke gut und kräftig aussieht.“ Aus der notariell beglaubigten Aussage von Prießnitz’ bestem Badediener sei folgendes angeführt: „Als in den Jahren 1849 und 1850 häufig Offiziere mit den so hartnäckigen und bösartigen Lagunen- und Theißfiebern nach Gräfenberg kamen, kurierte sie Prießnitz alle mit dem Luftwasserbade. Da sich die Kälte bei diesen Kranken stets regelmäßig um dieselbe Stunde am Fiebertage einfindet, so begann man schon 10 bis 15 Minuten vor diesem Zeitpunkt mit dem Luftwasserbade und setzte dann so lange unter beständigem Begießen mit Wasser um den Hals, auf die Brust, Achsel und Rücken fort, bis sich beim Patienten die Hitze einzustellen begann. Trat dieses Stadium ein, so setzte man das Luftwasserbad aus, und der Kranke wurde sodann zwei- bis dreimal, je nachdem die Hitze stark war, kurz naß eingepackt und danach in Wasser von 15 bis 16° gebadet. Da die Fieberkranken während des Luftwasserbades kontinuierlich mit Wasser begossen wurden, so mußten sie zu dieser Prozedur sich in ein beim offenen Fenster stehendes, ungefähr 1 m im Durchmesser breites, 20 bis 25 cm hohes, mit Wasser von 15 bis 16° gefülltes Schaffel stellen oder auf einen hineingestellten Stuhl setzen, damit das von ihnen ablaufende Wasser sich nicht auf den Fußboden ergießen konnte. Das zum Begießen des Patienten nötige Wasser schöpfte man gewöhnlich aus dem Schaffel selbst.“ Endlich ergänze ich aus gleichfalls notariell beglaubigten Aussagen zweier anderer von Prießnitz geschulter Badediener: „Das Luftwasserbad muß so lange fortgesetzt werden, bis die Hitze kommt (was gewöhnlich eine halbe bis eine Stunde dauert), die aber bei diesem Verfahren nie sehr heftig auftritt. Während desselben müssen namentlich die Füße sehr frottiert werden“ . . . . „Die Wirkung war eine ganz wunderbare, denn die Kranken fühlten sich nach so einer Kur respektive Fieberanfall gar nicht ermattet. Bemerkt sei noch, daß der Kranke bei Anwendung des Luftwasserbades nach überstandenem Fieberanfall einen ganz ungewöhnlichen Appetit entwickelte und das Genossene auch gut verdaute. Unterblieb aber einmal die für den Kranken besonders im Anfall während der Kälte nicht angenehme Kur, so war derselbe müde, schwächer geworden und blieb einige Tage ohne Appetit.“

---

*) Dieser Zusatz vom Sitzbad ist etwas unklar. Wie man aus der Krankengeschichte des Baron Uslar-Gleichen am Schlusse dieses Artikels ersieht, befahl Prießnitz öfters, den Kranken nach den Abreibungen oder dem Luftwasserbad samt dem umhabenden Leintuch in das Sitzbad zu setzen, worin er weiter abgeklatscht, frottiert und übergossen wurde.

Fassen wir nochmals all diese Vorschriften und Berichte zusammen, so ergibt sich als Kern nachfolgende Methode der Malariabehandlung, wie sie Prießnitz übte:

a) Im Fieberanfall. Bei den ersten Anzeichen des Frostes, besser noch 10 bis 15 Minuten früher, zwei bis drei Abreibungen, in schwereren Fällen Luftwasserbad, beide event. mit Sitzbad verbunden; bei Eintritt der Hitze gewechselte Einpackungen mit nachfolgendem Halbbad.

b) An den fieberfreien Tagen. Roborierende Behandlung, also Abreibung und Leibbinden allein oder komplizierter: Früh und Nachmittag kurze Einpackung mit nachfolgender Abreibung oder auch Halbbad, Mittag Abreibung und Sitzbad, endlich noch Leibbinde, sowie eine Reihe besonderer Vorschriften, auf die ich später noch eingehen werde, wie fleischlose Diät, vieles Wassertrinken und im Notfalle Fahren im stoßenden Wagen.

So ist das authentische Verfahren von Prießnitz, wie es aus mindestens zwanzig Berichten von Leuten hervorgeht, die entweder passiv die Kur durchmachten oder aber aktiv sie als Badediener bei vielen Patienten zur Anwendung brachten. Ich führe das echte Verfahren von Prießnitz darum so sehr umständlich an, weil mich bedünkt, daß selbst noch heute, zumal in ganz refraktären Fällen, die jeder andern Behandlung spotten, sowie bei schwerer Kachexie auf seine Lehren zurückzugehen sei, und dann weil über jene Methode so viel an Märchen vorgebracht wurde. Mehr weniger entstellt, mehr weniger ungenau und unvollständig ist so ziemlich alles, was über dieselbe geschrieben wurde. Die modernen Geschichtsschreiber der Hydrotherapie begnügen sich beinahe ausnahmslos, das abzuschreiben, was Winternitz 1865 nach mangelhaften Quellen in der „Wiener Medizinischen Presse“ angab*).

Zwei Punkte bedürfen noch näherer Ausführung: die Malariakachexie mit den Komplikationen, sowie dann endlich die Prophylaxe. Die erstere wurde schon mehrfach besprochen. Ich will nur betonen, daß in Fällen von schwerer Kachexie mir zweckmäßig scheint, im allgemeinen das anzuwenden, was Prießnitz dem Festungskommandanten von Olmütz für fieberfreie Tage als Behandlung nannte. Also früh und nachmittags kurze Einpackung bis zur Erwärmung des Leintuchs (15 bis 20 Minuten) mit nachfolgendem Halbbad (18 bis 16°, 5 Minuten) oder Ganzabreibung (etwa 10°, 3 bis 5 Minuten), später auch Vollbad (naturkalt 5 Sekunden); vormittags die nämliche Abreibung mit einem ganz unmittelbar anschließenden Sitzbad von 14 bis 16° und 5 Minuten Dauer. Auch Duschen sind später mit Nutzen zu brauchen, und zwar in ebenderselben Weise, wie oben im einzelnen Anfall beschrieben. Hingegen scheint mir wenig geeignet, was Ziegelroth für die Kachexie empfahl: den Kranken periodisch schwitzen zu lassen*). Neben dieser hydriatischen Therapie ist natürlich auch stets Gebirgs- oder Landluft anzuraten und vorwaltend wenigstens fleischlose Kost (süße, noch besser saure Milch, Milch- und Mehlspeisen, Schrotbrot mit Butter und Honig, Gemüse, Obst, später eventuell auch Eier und Pilze). Den Nutzen einer solchen auf Fleisch verzichtenden, blanden Diät vermögen wir jetzt noch wenig zu deuten, doch hat die Erfahrung sie sanktioniert**). Und

---

*) Die Hydrotherapie im Wechselfieber“, Wr. Med. Pr. 1865, Nr. 5, S. 111. Hier heißt es wörtlich: „Die ursprüngliche Prießnitzsche Methode bestand in allmorgendlicher kürzer oder länger dauernder Schweißerregung in der Einpackung und der darauffolgenden Abkühlung im kalten Vollbade, dem reichlichen Wassertrinken, einer mittäglichen und abendlichen Wasserprozedur und tüchtiger Bewegung im Freien. Erst später scheint Prießnitz bei seiner Behandlung auch auf die Anfälle Rücksicht genommen zu haben, und danach wurde eine Kur gegen die einzelnen Anfälle und eine solche gegen die ganze Krankheit unterschieden.“ Ueber diese spätere Behandlungsweise sagt Winternitz folgendes: „Zunächst stellte sich die hier in Rede stehende Methode die Aufgabe, allenfallsige gastrische Komplikationen zu beseitigen. Es wurde dies angestrebt durch die Anordnung sehr reichlichen Trinkens von frischem Wasser. Wurde dadurch kein Erbrechen oder wenigstens bitteres oder saures Aufstoßen erzielt, in welchem Falle der reichliche Wassergenuß noch einige Zeit fortgesetzt werden mußte, so wurde zu Klysmen von 15—16° Wasser geschritten, bis reichliche Stuhlentleerungen eintraten, die sodann durch Wiederholung der Klistiere und fortgesetzten Wassergenuß durch 1—2 Tage erhalten wurden. Charakteristisch ist das Verfahren, wie Stühle oder Erbrechen bei etwas obstinateren Kranken, deren Darm oder Magen den obigen Prozeduren nicht parieren wollten, erzwungen wurden. Der Kranke wurde auf zwei bis drei Stunden in ein Halbbad von 12—15° R gebracht, und während der ganzen Zeit mußte er sich den Unterleib kräftig frottieren, während zwei Badediener dieses Geschäft an den übrigen Körperteilen besorgten. Eine anstrengende Bewegung im Freien nach dieser Prozedur, höchstens eine Wiederholung derselben an dem nächsten Tage, soll die gewünschten Entleerungen fast immer herbeigeführt und in manchen Fällen auch die Fieberanfälle beseitigt haben“. Für diese kuriosen Anordnungen habe ich in der verläßlichen Wasserliteratur (die von Winternitz zitierten Autoren Weiß, Rötel, Plitt und Schmitz sind wenig verläßlich!) keine Belege finden können, ebensowenig in den Aussagen der Badediener aus der Prießnitzzeit. Schon in den 30er Jahren hat Prießnitz nach zeitgenössischen Büchern sich jener Gewaltmaßregeln, inklusive des fiebererzeugenden Halbbads, gewiß nicht bedient, sondern nur der oben im Texte angegebenen Kurmethoden, die Winternitz schließlich, wenn auch nicht erschöpfend, doch im großen und ganzen richtig zitiert. Dies bestätigen endlich noch Prießnitzens Originalvorschriften auf Krankenbriefe, die er in seinen letzten Lebensjahren empfing und beantwortete. Kein einziger Kranker, der um Rat anfragte — und es sind nicht wenige, die Hilfe gegen Malaria suchten —, erhielt eine Vorschrift, die jene von Winternitz erzählten Dinge nur von ferne streift. Vielmehr variieren sie ohne Ausnahme jene Verordnungen, die ich oben im Text anführen konnte.

*) Hier will ich den alten Erfahrungssatz einschieben, daß jede hydriatische Allgemeinprozedur, die man aus anderen Gründen verordnete, auf latente Malaria geradezu provozierend wirkt, wahrscheinlich dadurch, daß direkt oder reflektorisch die Milz zu energischen Kontraktionen angeregt und die in ihr deponierten Parasiten in die Blutbahn geschleudert werden, worauf sie ihren üblichen Entwicklungsgang durchmachen und so das Wechselfieber produzieren. Daraus erklärt sich die weitere Beobachtung, daß die erste Wirkung der Hydriatik bei Malariakachexie nicht selten eine Häufung der Anfälle ist, also eine scheinbare Verschlimmerung. Zu beachten ist auch, daß viele solcher Kachektiker gegen Kälte äußerst empfindlich sind und oft auf geringfügige Kälteprozeduren Fieberanfälle bekommen ähnlichen jenen der Intermittens, doch durch den atypischen Verlauf und den steten Mangel an Plasmodien von ihnen unterschieden. Wie Straßer meint, kommt der Malaria- und Chininkachexie eine Störung der Wärmeregulation zu, so daß die Patienten eine derartige Labilität besitzen und auf Kälte in der angegebenen Weise reagieren. Diese Empfindlichkeit verlieren die Kachektischen erst langsam während einer Wasserkur.

**) Dasselbe gilt auch vom Fahren in einem recht stoßenden Wagen (Wagen ohne Federn, Bauernwagen), also einer Art von natürlicher Vibrations-Massage. Darüber erzählte Josef Schindler mündlich noch folgendes: „Kamen Wechselfieberkranke nach Gräfenberg und konnte Prießnitz die Krankheit mit den üblichen Prozeduren nicht bezwingen, so ließ er die Patienten, mit Kreuzbinden versehen, einmal des Tages ein bis zwei Stunden im stoßenden Wagen spazierenfahren. Das half meistens. Einen Fall erlebte ich selbst. Frau Hauptmann Luxardo hatte schon längere Zeit das zweitägige Fieber und kam ganz herabgekommen nach Gräfenberg. Als nach einiger Zeit die verordneten Mittel keine Erfolge brachten, erinnerte ich mich, wie Prießnitz derartige Kranke ausnahmsweise behandelte, und beschloß, den Versuch mit Frau Luxardo am nächsten Fiebertage zu machen. Der Frostanfall stellte sich stets um 9 Uhr Vormittags ein. Schon um 5 Uhr früh ließ ich die Kranke aus der Bettwärme gut naß abreiben, und zwar gilt dies nicht bloß für die Tropen, sondern auch in unseren Breitegraden.

Für die Komplikationen hat seinerzeit Fleury eine Reihe von Vorschriften aufgestellt von Indikationen und Gegenanzeigen, die heute so ziemlich alle überholt sind. Bei einzelnen dieser Komplikationen, z. B. Bronchitis und hysterischen Begleitsymptomen, sehen wir oft, daß sie mit der Heilung des Fiebers verschwinden, ohne daß man sie irgend zu behandeln brauchte. Die anderen sind nach den gewöhnlichen Regeln zu kurieren. Hervorzuheben ist bloß das eine, daß kaum je Gegenanzeigen bestehen für die Hydrotherapie auch der Komplikationen.

Was die Prophylaxe in Malariagegenden anbelangt, so ist dieselbe ziemlich identisch mit dem abhärtenden Verfahren überhaupt: also etwa Abreibung mit Wasser von 10 bis 12° (3 bis 5 Minuten), kräftiger Allgemeinregen (15 bis 30 Sekunden), Tauchbad von 10° (5 bis 10 Sekunden), event. auch Halbbäder von 18 bis 16° und 3 bis 5 Minuten Dauer, daneben die drei- bis vierstündlich gewechselte feuchte Leibbinde. In praxi empfiehlt sich am meisten die triefende Ganzabreibung, weil diese das wenigste Wasser benötigt und auch die Wanne oder Duschevorrichtungen unnötig macht.

In der vorstehend angegebenen Art wird man einer jeden Malaria Herr, und zwar bloß auf physikalischem Wege. Wenn Mannaberg jüngst zu dem Schlusse kam: „Heute kann man die Bestrebungen, das Chinin durch Wasserbehandlung zu ersetzen, als abgetan bezeichnen“, und sie nur als Hilfsmittel gelten lassen will, muß ich nochmals betonen, daß erstens schon heute die Wasserbehandlung für eine Reihe von Intermittensfällen ganz unumgänglich geworden ist und es zweitens in Zukunft, unterstützend wie als Alleinbehandlung, noch mehr sein wird, so sie die Aerzte nur einmal allgemein kennen.

So wäre die Malariawasserbehandlung bis in das kleinste Detail erschöpft. Doch halt, uns fehlt ja das Wichtigste noch, was wertvoller ist denn alles Kurieren! Wo bleibt die erlösende Theorie, welche erst die echte Wissenschaft macht? Was ist denn die ganze Heilung wert, wenn wir sie nicht ordentlich ausdeuten können! Ein jedermann weiß, ein Ei, das nicht richtig begackert wird, ist im Grunde genommen überhaupt kein Ei. Zwar wissen wir nicht das Geringste darüber, wie sich die Dinge in Wahrheit verhalten, doch kann man sich dazu verschiedenes — denken. So dachte z. B. Julius Fodor an reflektorische Wirkungen des Wassers von der Haut auf die wärmeregulierenden Zentren, in weiterer Linie an Phagozytose und hydriatisch gesteigerte Toxinausscheidung. Dann kam wieder Strasser und baute eine andere hübsche Theorie. Er will uns beide Momente erklären, die Kupierung des einzelnen Anfalls für sich und die Heilung der Malaria im allgemeinen. Im Anfall bestehe, wie beim Fieber überhaupt, eine starke Wärme- und Wasserretention, der Schüttelfrost selbst sei nur ein ideales Zurückhaltungsfieber. All dies hydriatisch gründlichst zu beheben, sei uns ein Leichtes. Die dauernde Wirkung erklärt er dann so: Es würden durch kräftige Wasserprozeduren die stark geschwächten, dem Untergang geweihten, plasmodienhaltigen Erythrozyten vorzeitig zum Verfall gebracht, ehe noch das Fieber ausgelöst worden. Die Plasmodien nun, herausgeschleudert aus ihren Wirtszellen, müßten notwendig zugrunde gehen durch Phagozytose oder auch durch stark gesteigerte Oxydation in der Blutbahn allein. Nun falle der Beginn der Sporulation mit dem des Schüttelfrostes meistens zusammen, und andernteils sei die Entstehung der supponierten Toxine an die Sporulation unleugbar gebunden. Bringe man jedoch die roten Blutkörperchen zum Zerfall, ehe es zur letzteren noch gekommen, so wäre damit ein doppelter Gewinn erzielt: die Kupierung des Anfalls, da außerhalb der Zelle eine Sporulation nicht stattfinden kann, und zweitens gehe durch diesen Ausfall eine ganze Generation von Miasmen zugrunde. Nicht ganz so kompliziert und „wissenschaftlich“ denkt endlich noch Ziegelroth. Das kalte Wasser sporne aufs höchste die natürliche, parasitentötende Kraft des Serums, der Gewebe, der Zellen, kurz des ganzen Organismus an. „Das kalte Wasser wirkt wie ein Peitschenhieb, der den Organismus zur höchsten Anspannung seiner Reaktionskraft treibt.“ Dazu noch die Mehrung der Leukozyten sowie der Alkaleszenz des Blutes — mein teures Herz, was begehrst du noch mehr? „Nun muß sich alles, alles wenden!“ Im Ernste gesprochen, wissen wir von all diesen Dingen nichts. Wir sehen die Wirkung, kennen die Bedingungen, an die sie gebunden; wieso und warum das Wasser aber wirkt, davon ist schlechterdings gar nichts bekannt. Auch daß die Heilung durch jede energische Wasserprozedur in nämlicher Weise erzielt werden kann, macht ihr Verständnis wahrhaftig nicht leichter. Das einzige, wirklich ganz sicher Gestellte ist die konstante Verkleinerung der Milz durch auf sie gerichtete Kältereize. Das ist unser ganzes tatsächliches Wissen.

An paradigmatischen Krankengeschichten besitzen wir eine erkleckliche Auswahl. Die meisten hat Fodor bisher publiziert, gesammelte Fälle und eigne Beobachtung (Blätter für klinische Hydrotherapie, 1892, Nr. 8 und 9). Man mag dieselben am angegebenen Orte nachlesen. Hingegen sei hier noch am Schlusse ein schwerer Fall, den Prießnitz kurierte, in voller Breite wiedergegeben, wie er in notariell beglaubigtem Text mir vorgelegen hat.

„Ich, Otto Freiherr von Uslar-Gleichen, k. k. Hauptmann und Gutsbesitzer in Demethe, Saroser Komitat, bin am 29. November 1822 in New-York geboren. Im Alter von 16 Jahren kam ich in das Land meiner Väter nach Hannover und trat nach Verlauf etlicher Monate in die österreichische Armee als Kadett ein. Gegen Ende des Jahres 1848 bekam ich als Leutnant in Mantua infolge von Verkühlung das Mantuaner Sumpffieber in hohem Grade. Dasselbe stellte sich unregelmäßig ein. Bei jedesmaligem Fieberanfall gaben mir die Militärärzte 18 Gran Chinin und einmal, als ich von einer heftigen Aufregung verbunden mit Kopfkongestionen befallen wurde, ließ man mir auf Anraten eines italienischen Arztes zur Ader. Nach mehrmonatlichem nutzlosen Medizinieren, und nachdem ich bereits entsetzlich herabgekommen und geschwollen (wassersüchtig) war, keinen Appetit hatte, mit einem Wort, sterbenskrank darniederlag, rieten mir die Aerzte im Sommer 1849 als letztes Mittel Luftveränderung an. Das war bei meinem Zustand leichter gesagt als ausgeführt. Unter vielen Beschwerden gelangte ich bei meinem Verwandten, dem Baron Münchhausen in Schwedelsdorf (Grafschaft Glatz in Preußen) an. Da ich aber die Fieberanfälle auch während meines dortigen Aufenthaltes in reiner, gesunder Gebirgsluft bekam, so fing mich der Hausarzt wieder mit Chinin zu behandeln an. Es war aber alles vergebens; das Fieber wollte trotz Chinin und Luftveränderung nicht ausbleiben. Wie ich nun schon ganz verfallen war und selbst der Hausarzt an meiner Genesung zu zweifeln begann, riet mir die eben zu Besuch anwesende Gräfin Magnis (eine Schwester des damaligen österreichischen Ministers Grafen Stadion, der eben um diese Zeit zur Kur in Gräfenberg weilte), die Prießnitzsche Wasserkur zu gebrauchen. Ich folgte ihrem Rate und trat meine Reise nach Gräfenberg am 29. März 1850 an. Als ich den Weg von Freiwaldau nach Gräfenberg im Schlitten hinauffuhr, traf ich am sogenannten Hamburger-Steig mehrere Kurgäste, darunter auch meinen späteren Schwager Albert von Ujhazy, welcher, als er mein elendes Aussehen sah, zu den übrigen Herren der promenierenden Gesellschaft sagte: „Da kommt wieder ein Halbtoter an.“ — Auf dem Gräfenberge angekommen, wurde mir ein Zimmer im Steinernen Haus an- und der noch lebende Badediener Anton Küffe zugewiesen. Bei der Konsultation mit Herrn Prießnitz sagte dieser schließlich zu mir: „Morgen in der Frühe bekommen Sie ein Bad. Ich werde bei diesem ersten Bade anwesend sein, um zu sehen, ob und welche Hauttätigkeit bei Ihnen vorhanden ist, denn von selber hängt hauptsächlich das Gelingen der Kur ab.“ Am nächsten Tag früh er-

---

fuhr sie, versehen mit einer Kreuzbinde, im offenen Wagen nach Waldenburg. Nach ihrer Rückkehr erzählte sie mir, freudig erregt, daß sich das Fieber nicht eingestellt habe und sie sich ganz wohl befinde. Wir wiederholten diese Kur und Spazierfahrt, die ihr sehr gut anschlug, so daß sie nach einiger Zeit geheilt war und Gräfenberg verlassen konnte. Seit jener Zeit sind Jahre verflossen, ohne daß ein Rückfall gekommen wäre.“

schien um die bestimmte Stunde Prießnitz, und ich wurde sodann gleich in die Badekammer geführt, wo zwei Badewannen bereit standen. In der einen befand sich Wasser von 15 bis 16° R, in der anderen Wanne aber ganz kaltes Naturwasser, wie es vermittels Röhren von den Waldquellen zugeleitet wird. Ich mußte nun zuerst in das abgeschreckte Bad und hierauf in das kalte, dann wieder in das abgeschreckte. Während dieser Prozedur wurde ich vom Badediener am Leibe frottiert. Prießnitz befühlte mehrmals meine Haut und erklärte schließlich, daß ich gesund werde. Er verordnete mir sodann folgende Kur: Täglich zeitlich in der Frühe nasse Einpackung, 30 bis 40 Minuten andauernd resp. so langes Verweilen in derselben, bis man sich vollständig erwärmt hat. Hierauf Vollbad (Naturwasser). In die Badekammer, wo sich das Vollbad, auch große Wanne genannt, befand, mußte man in der Einpackung geführt werden. Dies wurde dadurch ermöglicht, daß der Badediener dem Eingepackten die Decke und das nasse Leintuch bei den Füßen öffnete und zurückschlug. Bei der großen Wanne angelangt und von der Einhüllung befreit, sprang ich rasch in das Vollbad, tauchte nur unter und stieg sofort wieder heraus. Den Schluß bildete das Luftbad, welches ich durch Zufächeln mit dem Leintuch und unter Mitwirkung des Badedieners bewerkstelligte. Beim Luftbad mußte stets das Fenster geöffnet werden. — Mittags: ein Sitzbad mit Naturwasser und von ½stündiger Dauer. Im selben mußte ich mir beständig den Unterleib tüchtig frottieren. Nachmittags: dieselbe Kur wie früh. — Diät: alles was auf den gewöhnlichen Kurtisch kam. Auf Befragen, ob auch Schweinefleisch mir zu genießen gestattet sei, bejahte dies Prießnitz mit dem Bemerken: „Wenn Sie einen besonderen Appetit darauf haben und es Ihnen gut bekommt und keine üblen Folgen hat, so können Sie es essen, aber in der Regel verbiete ich den Fieberkranken den Fleischgenuß.“ Zum Frühstück und Nachtessen bekam ich nach Belieben süße oder saure Milch und Schrotbrot. Die Leibbinde mußte ich bei Tag und während der Nacht tragen. Mit der Zeit stellte sich ein sehr kritischer Ausschlag um den Leib ein. Er bestand aus großen rundlichen Flecken von ungefähr einem Zoll Durchmesser mit erbsengroßen Eiterpünktchen in der Mitte. Die Ausscheidung aus selbem war eine bedeutende und übelriechende. Vor Beginn der Wasserkur hatte ich täglich einen leidlichen Stuhl, seit Gebrauch derselben aber hatte ich täglich mehrere, mitunter vier Oeffnungen, was auf mein Befinden einen sehr günstigen Einfluß ausübte. Wie schon früher erwähnt, so bekam ich die Fieberanfälle nie um eine bestimmte Zeit. Stellte sich aber ein leichtes Frostgefühl ein und fingen die Nägel an blau zu werden, so wußte ich, daß der Ausbruch des Fiebers nicht lange mehr auf sich warten lassen werde. In diesem Vorstadium des Ausbruchs mußte ich nun sogleich auf mein Zimmer und nachstehend beschriebene Kur machen. Prießnitz ließ mich vollständig entkleiden und wie zu einer Abreibung in ein triefend nasses Leintuch einschlagen. Da ich vor Schwäche nicht stehen konnte, so setzte man mich auf einen Stuhl zum Fenster, öffnete dasselbe und ließ mich von der frischen Luft angehen (ein Ausdruck des sel. Prießnitz). In dieser Stellung wurde ich vom Badediener abgeklatscht und zeitweilig mit frischem Wasser um den Hals, auf Schultern, Brust und Rücken begossen (Luftwasserbad). Oefter befahl Prießnitz dem Badediener, mich samt dem anhabenden Leintuch in das bereitstehende Sitzbad zu setzen, worin ich ebenfalls weiter abgeklatscht und begossen wurde. Nachdem ich einige Zeit im Sitzbad zugebracht hatte, wurde ich abermals auf den Stuhl gesetzt und diese Wasserprozedur so lange fortgesetzt, bis sich die Hitze einstellte, was ungefähr in einer Stunde der Fall war. Wenn auch die eben geschilderte Wasseranwendung die wohltätigsten Folgen für mich jedesmal hatte, so war sie doch für einen so Schwerkranken recht deprimierend und der Hang, sich derselben manchmal zu entziehen, erklärlich. Ließ ich nun zeitweise die Abklatschung bei offenem Fenster (Luftwasserbad genannt) aus Bequemlichkeit oder Leichtsinn aus, so war ich nach dem Fieberanfall stets für zwei bis drei Tage recht abgemattet und gegen früher schwächer geworden. Machte ich aber die mir für den Fieberanfall vorgeschriebene Kur, so war ich nach demselben ungeschwächt und der beste Appetit stellte sich ein. Einmal traten während der Mittagstafel die Anzeichen des vorhandenen Fieberausbruches ein. Ich entfernte mich aus dem Kursaal in der Absicht, auf mein Zimmer zu gehen und dort den Fieberanfall im Bette zu überstehen. Prießnitz, der seine Kurgäste stets im Auge hatte, bemerkte mein Verschwinden, schöpfte Verdacht und kam mir sogleich in mein Zimmer nach. Natürlich mußte ich sofort aus dem Bette heraus und die Kur machen. Nachdem dieselbe vorüber war, dankte ich ihm wohl herzlichst für seine Gewissenhaftigkeit; denn versäumte ich die Kur nicht, so war mir immer so wohl danach, als hätte ich keinen Anfall gehabt. Bei Eintritt der Hitze endete das Luftwasserbad und ich wurde dann gewöhnlich zweimal nacheinander kurz naß eingepackt. Nach der letzten Einpackung folgte unmittelbar eine kürzere oder längere Abklatschung. Den Schluß machte das gewöhnliche Luftbad. Ungefähr nach zweimonatiger Kur fühlte ich mich bedeutend stärker. Der Unterschied war wirklich ein auffallender, denn bei meiner Ankunft in Gräfenberg war ich so elend, schwach und geschwollen, daß mir der Schweiß von der Stirn zu rinnen begann, als die Kurmusikkapelle, wie damals üblich, einmal in der Woche, und zwar am Sonntag bei der Mittagstafel, zum erstenmal während meines Aufenthaltes in Gräfenberg zu spielen anfing. — Ich mußte mich auf Wunsch des Prießnitz viel in frischer Luft aufhalten, doch riet er mir, solange als meine Schwäche anhalte, nicht viel Bewegung zu machen. — Prießnitz sah auch darauf, daß jeder Kurgast vor und nach der Kur Bewegung mache. Zum Behufe der Erwärmung empfahl er solchen Kranken, die nicht viel herumgehen konnten oder durften, sich kleine Holzsägegestelle anzuschaffen, welche im Zimmer aufgestellt wurden und zu dem anzustrebenden Zwecke dienten. Ich sah solche Holzsägen auch bei Damen in Verwendung. Auch das Holzspalten wurde in den verschiedenen Hofräumen und Holzkammern Gräfenbergs und Umgebung namentlich von dem stärkeren Geschlecht der Kurgesellschaft sehr betrieben; ebenso das Schneeschaufeln. Erwähnen muß ich noch, daß Prießnitz zu mir folgende Worte sagte: „Trinken Sie so viel Wasser als Ihnen schmeckt, aber nicht mehr, und fahren Sie zeitweise auf einem Wagen ohne Federn.“ — So im dritten Monat bekam ich statt des mittägigen Sitzbades die Walddusche von einer halben Minute Dauer. — Die Früh- und Nachmittagskur sowie das Luftwasserbad bei Eintritt des Fiebers blieb unverändert. Die Fieberanfälle fingen aber von dieser Zeit an immer seltener zu kommen und blieben schließlich ganz aus, so zwar, daß ich Mitte Oktober 1850 nach beinahe siebenmonatlicher Kur als geheilt die Anstalt verlassen konnte. Nie mehr bis zum heutigen Tage (2. Febr. 1885) hatte ich eine Mahnung an mein einst so gefährliches Leiden und befand mich immer leiblich wohl. Zu meiner Kurgeschichte habe ich noch nachzutragen, daß ich jedesmal nach dem Luftwasserbad einen Riesenappetit bekam, viel essen konnte und mich so stark wie vor dem Fieberanfalle fühlte; versäumte ich aber, dasselbe aus was immer für einer Ursache beim Fieberanfall zu machen, so war ich nach demselben matt, schwächer als früher und hatte gar keinen Appetit.“

Pflanzliche und menschliche Krankheiten.

Von Dr. **Fr. von den Velden**, Frankfurt a. M.

Die Pflanzenkrankheiten bieten viele Analogien mit den menschlichen, die das Verständnis beider befördern, besonders im Gebiete der parasitären Erkrankungen.

Es ist bei den Pflanzen deutlicher als beim Menschen, daß — von der Wundinfektion abgesehen, die bei den derselben verhältnismäßig sehr schutzlos gegenüberstehenden Pflanzen eine gesonderte Stelle einnimmt — die Parasiten nicht die ersten Ursachen der Krankheiten sind, sondern gewissermaßen die Exekutoren, die ihr Werk beginnen, nachdem das Urteil gesprochen, nachdem Gewebs- oder Stoffwechselschädigungen durch atmosphärische oder Ernährungseinflüsse geschaffen sind. Und zwar gilt dies nicht nur für die parasitären Pilze (die bei den Pflanzen etwa die Rolle spielen, wie beim Menschen die Bakterien, während diese als Krankheitsfaktoren bei den Pflanzen zurücktreten), sondern auch für die größeren tierischen Parasiten, Käfer und Raupen. „Eine sehr merkwürdige Disposition für Angriffe von Insekten und parasitären Pilzen zeigen die Bäume, welche aus irgendwelchen äußeren Ursachen in der Erzeugung organischer Bildungsstoffe so sehr geschwächt worden sind, daß der Zuwachs, d. h. die Jahrringbildung, wenn auch nur vorübergehend, auf den oberen Baumteil beschränkt ist. Nach starken, aber nicht vollständigen Entnadelungen der Bäume tritt eine außerordentlich große Prädisposition des unteren Stammteils für Angriffe von Borkenkäfern, Bockkäfern, den Hallimasch (Agaricus melleus) ein, auch die durch Steinkohlenrauch geschädigten Nadelbäume erliegen massenhaft dem Agaricus melleus und den Käfern, obgleich ihre Kronen noch schön benadelt sind, und zwar deshalb, weil der Zuwachs solcher Bäume in den Wurzeln und unteren Stammteilen infolge der Blattvergiftung am ersten aufhört.*) „Der lange trockene Winter 1890/91 hat vielfach in Deutschland Vertrocknungserscheinungen in Kiefernbeständen zur Folge gehabt, bei denen sich nachträglich auch bestimmte Pilze ansiedelten“ (ebenda S. 212). „Es ist überdies bemerkenswert, daß im Jahre nach der Entnadelung auch die sich wieder begrünenden Bäume fast völlig zuwachslos bleiben und dadurch der Käfergefahr in hohem Grade anheimfallen“ (ebenda S. 282).

Diese Beispiele lassen sich leicht vermehren, die beweisen, daß das primum movens nicht die mit einer petitio principii Krankheitserreger genannten Parasiten sind. Dagegen haben sie Einfluß auf die weitere Entwickelung der Krankheit, deren Form davon abhängt, welcher Parasit sich in die Bresche eindrängt — in der Regel werden verschiedene darin ihre Lebensbedingungen finden, und es wird von der Natur der Umgebung und von Zufälligkeiten abhängen, welcher zuerst zur Stelle ist und sich die günstige Gelegenheit zu nutze macht.

Es ist nicht uninteressant, die Maßregeln, die man gegen die Pflanzen-Krankheiten trifft, bei denen Parasiten eine mehr oder weniger bedeutende Rolle spielen, mit den entsprechenden Maßnahmen gegen menschliche Krankheiten zu vergleichen. Dabei sei wiederum das Buch von Hartig (S. 39) zugrunde gelegt.

1. „Erziehung gemischter Bestände, da sowohl die unterirdische als auch die oberirdische Ansteckung durch Isolierung jedes Individuums derselben Pflanzenart am besten verhindert wird.“

Diese Maßregel ist nur deshalb nötig, weil alle Kulturpflanzen, zu denen bei uns auch die Waldbäume gehören, eine abnorme Krankheitsempfänglichkeit zeigen, ebenso wie die Kulturpflanze Mensch. Ins Menschliche übersetzt, lautet die Maßregel: man dränge die Menschen nicht so sehr zusammen, daß die Atemluft und andere Ausscheidungen des einen dem anderen schaden, besonders aber sorge man für ausreichend große und gesunde Wohnräume der Kranken.

2. „Wechsel der Pflanzenart auf solchen Böden, in denen sich Dauersporen eines Parasiten angesammelt oder Dauermyzelien verbreitet haben.“

Man reiße verseuchte Wohnungen nieder, in denen epidemische Meningitis, Diphtherie usw. sich eingenistet haben. Gründlich durch Desinfektion beseitigen kann man sie so wenig, wie man einen Boden durch Chlorkalk usw. vor Verseuchung retten kann, ohne ihn zugleich für Pflanzenwachstum unbrauchbar zu machen.

3. „Vermeidung disponierender Oertlichkeiten, Frostlagen usw.“ Diese entsprechen ungesunden, z. B. mit Malaria verseuchten Gegenden; ja man kann zu den disponierenden Oertlichkeiten mit Recht auch die Großstädte und die Wirtshäuser rechnen.

4. „Vermeidung der Nachbarschaft von Pflanzen, auf denen die Parasiten ihre Zwischenformen zeigen, z. B. Espen und Kiefern, Getreide und Berberitze.“

Im genauen Wortsinne bedeutet das für den Menschen Vermeidung der Intimität mit den Hunden, die die Echinokokken, und Vorsicht mit dem Fleisch der Tiere, die Finnen beherbergen, in weiterem Sinne Vermeiden des Umgangs mit ansteckenden Kranken. Hier ist schon ein Punkt, in dem wir weniger günstig gestellt sind als die Pflanzen, denn abgesehen davon, daß das praktische Leben uns zur Berührung mit Ansteckungen zwingt, widerspricht die Ansteckungsfurcht auch unseren Pflichten. Hier ist es gut, sich zu erinnern, daß zur Ansteckung zweie gehören, auch ein der Ansteckung Fähiger, und daß niemand angesteckt wird, der ihr nicht schon durch innere Disposition entgegenkommt.

5. „Vermeidung aller Verwundungen, welche infektiöse Wundkrankheiten veranlassen, z. B. von Aestungen ohne antiseptischen Verband im Frühjahr und Sommer.“

Gegen Verletzungen besonders empfindlich sind nämlich die Pflanzen zu Zeiten, wo sie von Saft durchströmt sind, und wenn sie an Stellen stehen, die die Austrocknung der Wunden verhindern — gerade wie menschliche Wunden sich verschlimmern, wenn sie nicht durch Lufttrocknung oder austrocknende Verbände begünstigt sind, sondern sich unter durchtränkten, nicht rechtzeitig erneuerten Verbänden befinden. Absatz 5 läßt sich also unverändert in die menschliche Therapie hinübernehmen.

6. bis 8. „Beseitigung aller pilzkranken Pflanzen und Pflanzenteile. Beseitigung solcher Pflanzen, auf denen ein heterözischer Pilz wohnt. Ziehung von Isoliergräben bei unterirdisch wachsenden Pflanzen.“

Wollten wir diese Paragraphen wörtlich hinübernehmen, so müßten wir alle die zahllosen infektiösen Kranken isolieren oder noch besser begraben, wir sind also auch hier wieder weniger gut gestellt als die Pflanzen. Nur haben wir den Vorteil, daß unser Kontakt mit Kranken nicht so innig und dauernd ist als bei den bewegungslosen Pflanzen, die überdies, wenn örtlich vereint, unter den gleichen ungünstigen Bedingungen stehen, die der Pilzerkrankung vorgearbeitet haben. Wir müssen das Ausrotten der Kranken dadurch ersetzen, daß wir unseren Stoffwechsel so lebhaft und gesund erhalten, daß uns die Ansteckung nichts anhaben kann.

9. „Vernichtung aller sporenerzeugender Pilzfrüchte, z. B. der Polyporeen und Agarizinen, der Nektriafrüchte usw.“

Ist schon bei den Pilzsporen nur ein sehr teilweiser Erfolg möglich, so wird er noch geringer bei den Bakterien, an deren Ausrottung nicht zu denken ist. Wir sind ja trotz aller Anstrengung nicht einmal imstande, das kleine Operationsfeld ganz von Eiterbakterien zu befreien.

10. „Sterilisierung der dem Saatgut anhaftenden Pilzsporen durch heißes Wasser oder Kupferlösungen.“

Das wäre schön, wenn wir z. B. die dem menschlichen Saatgut anhaftende Syphilis durch Sterilisierung hinwegbringen könnten!

11. „Reinigung des Saatguts von Unkrautsamen.“

Ins Menschliche übersetzt: Ausschließung der mit erblichen Krankheiten Belasteten von der Fortpflanzung; oftmals vorgeschlagen, aber einstweilen, von schwachen Anfängen abgesehen (dauernd detinierte Geisteskranke und Verbrecher), völlig utopisch.

In den Punkten 10 und 11 sind wir wieder erheblich schlechter gestellt als die Pflanzen.

12. „Bestäuben und Bespritzen der Pflanzen mit Schwefel oder Kupfermitteln. Weinstock, Kartoffeln, Kiefernschütte.“

Hier kommen wir ganz zuletzt auch zur medikamentösen Therapie, entsprechend sowohl der äußeren als inneren beim Menschen (da es eine innere medikamentöse Therapie bei Pflanzen nicht gibt). Sie ist nur bei intensiver Kultur unterworfenen Pflanzen (besonders Reben, Obstbäumen, Kartoffeln), die auf der Grenze der Degeneration stehen, notwendig, und nur ein Palliativum, das dazu oft im Stich läßt, gerade wie beim Menschen.

13. „Auswahl zur Kultur von Varietäten unserer Kultur-

---

*) R. Hartig, Lehrbuch der Pflanzenkrankheiten, 3. Aufl., S. 9.

pflanzen, die gegen gewisse parasitäre Pilze geschützt sind. Kartoffelsorten, Weinstockhybride.“

Was hier der Züchter tut, müssen wir der Natur überlassen, die dafür sorgt, daß die „gegen gewisse parasitäre Pilze geschützten“, d. h. noch nicht durch generationenlange Kultur degenerierten Individuen (wie es der erst seit kurzem in Kultur genommene amerikanische Weinstock ist) sich stärker fortpflanzen und eine haltbarere Nachkommenschaft erzeugen.

Der Grundton dieser Vorschriften zur Unterdrückung der parasitären Pflanzenkrankheiten, der freilich nicht hinreichend zu Gehör kommt, ist dieser: bringt die Pflanzen unter die Bedingungen, unter denen sie erfahrungsgemäß gedeihen, so werden ihnen die Parasiten nichts anhaben können. Sorgt für passenden Boden, für das richtige Maß von Feuchtigkeit, haltet, allzu grobe Verunreinigungen der Luft fern und wollt nicht Pflanzen, die im Hochgebirge zu Hause sind, auf Meereshöhe ziehen, wo sie nach kurzer Zeit degenerieren und den Parasiten zum Opfer fallen (wie z. B. die Lärchen, die im Tiefland anfangs gedeihen, aber bald von zahlreichen ihnen im Gebirge fremden Krankheiten befallen werden). Sind die Parasiten erst über eine Pflanze hergefallen, so ist die Therapie Flickwerk und die Resultate der Bekämpfung partiell und mangelhaft.

Die vernünftige Therapie der menschlichen Krankheiten dürfte mutatis mutandis dieselbe sein.

REFERATE.

Die Quarzlampe in der Dermatologie.

Sammelreferat von Dr. **Friedrich Kalmus**, Assistenzarzt der Universitäts-Hautklinik zu Freiburg i. Br.

In der zehnten Nummer des Jahrgangs 1906 der „Deutschen med. Wochenschr.“ machte Kromayer die ersten Mitteilungen über die von ihm in die Therapie der Dermatologie eingeführte und nach ihm benannte „Kromayersche Quarzlampe“. Nach einem einleitenden geschichtlichen Ueberblick über die Art und Verwendung des Quecksilberdampflichtes, das 1892 von Leo Arons entdeckt wurde und in der Heraeuslampe zur technischen Ausführung gelangte, geht Kromayer auf die von ihm unter Mitwirkung von Dr. Küch-Hanau konstruierte Quarzlampe des naheren ein. Zunächst gibt er unter Hinweis auf beigefügte Abbildungen eine ausführliche Beschreibung dieser Lampe, die mit einem Strom von ca. 120 bis 150 Volt und 3 bis 4 Amp. am besten brenne, und deren Quarzkörper nach zwei Prinzipien konstruiert sei: entweder als „Kipp- oder Hochdrucklampe“, die bei Beanspruchung von hohem Volt und niedrigem Amp. sehr sparsam brenne, oder als „Vorheizlampe“, die bei Bedarf von höherem Volt zwar nicht so ökonomisch brenne, dafür aber den Vorteil einer größeren Veränderungsfähigkeit des Quarzrohrs biete, wie eine solche bei der von ihm konstruierten „Haarlampe“ und „Harnröhrenlampe“ von Bedeutung sei. Was die Handhabung der Quarzlampe betreffe, so sei sie sehr bequem, als Hand- oder Standlampe verwendbar und bedürfe nur eines geringen Aufwandes an Wartepersonal, während sie in ihrer praktischen Anwendung sowohl eine Distanzbelichtung wie auch mittels des vor der Lichtquelle angebrachten, ständig gekühlten Quarzfensters eine Kompressionsbestrahlung gestatte. Zur Beurteilung des von der Quarzlampe ausgesandten Lichtes verglich Kromayer dieses mit dem Lichte der Eisen- und Finsenlampe in ihrer reduzierenden Wirksamkeit auf Chlorsilberpapier und spricht nach seinen Versuchsresultaten dem Quarzlampenlicht einen außerordentlichen Reichtum sowohl an lang- wie kurzwelligen ultravioletten Strahlen zu, welcher derartig sei, daß dieses das Eisenlicht an Oberflächenwirkung um das Doppelte, das Finsenlicht an Tiefenwirkung um das Drei- bis Fünffache übertreffe. Als therapeutischen Beweis der überlegenen Tiefenwirkung seiner Quarzlampe führt Kromayer einen Fall von Lupus squamosus an, der nach zwölfmaliger vergeblicher Finsen- und nach zweimaliger vergeblicher Finsen-Reynsitzung durch drei Bestrahlungen mit der Quarzlampe zum völligen Schwinden gebracht wurde. Die Vorteile der Quarzlampe gegenüber der Eisen- und Finsenlampe faßt Kromayer in folgenden Punkten zusammen: 1. kürzere Belichtungsdauer (die Hälfte der Eisen-, ein Drittel bis Fünftel der Finsenlampe), 2. Behandlung größerer Flächen, 3. event. mögliche Schleimhautbehandlung, 4. Bequemlichkeit für Arzt, Wärter und Patient, 5. Billigkeit des Betriebes und der Anschaffung. Als Indikationen für die Quarzlampe nennt Kromayer mittels Kompressionsbestrahlung: Lupus, oberflächl. Kankroid, Naevus vaskulosus und Akne rosazea, pro Sitzung $^1/_3$ Stunde; mittels Distanzbelichtung: Alopezia areata, Ekzeme, hartnäckige luetische Affektionen und Geschwüre, pro Sitzung 1 bis 6 Minuten, je nach dem Abstand; zur Schleimhautbehandlung: Gonorrhöe, pro Sitzung 5 bis 10 Sekunden bei einem Strom von $2^1/_2$ Amp. Zum Schluß seiner Mitteilungen betont Autor, daß diese lediglich die Bekanntgabe der neuen Lichtquelle bezweckten, von der er nach ausgedehnterer Anwendung einen „siegreichen Einzug“ in unsere Therapie erwarte.

Man muß sich wundern, daß diese für die Dermatologie so wichtige Publikation relativ geringen Widerhall in der Fachwelt fand, so daß im Laufe des gleichen Jahres nur einige kurz gefaßte Bemerkungen zu Kromayers Artikel erschienen. Obwohl dieser seine Mitteilungen nur als vorbereitend, nur als einführend in den neuen Gegenstand angesehen wissen will, mußte es doch auffallen, daß Autor allein auf Grund chemisch-physikalischer Versuche und daran angestellter theoretischer Erwägungen bereits im einzelnen Indikationen für die neue Behandlungsmethode gab, an praktisch therapeutisch ausgeprobtem Material aber nur einen einzigen Fall erwähnte.

In diesem Sinne äußerte sich Wichmann-Hamburg zu Kromayers Aufsatz, und zwar will er das neue Verfahren nicht kritisieren, sondern nur den vom Verfasser aufgestellten unbewiesenen Behauptungen entgegentreten. Wichmann ist der Meinung, daß Kromayer den Beweis für seine vielsagenden Behauptungen bisher völlig schuldig geblieben sei. Der Tiefenwirkung am reduzierten Silberpapier entspräche absolut nicht eine analoge im tierischen Gewebe, sondern sie beweise in diesem speziellen Falle nur, daß Quarzlichtstrahlen nach Durchsetzung von Papierschichten Silberpapier intensiver schwärzten als Finsenlicht. Weiter bemängelte er, daß Kromayer als Beweis für seine Behauptungen nur einen einzigen therapeutischen Fall erwähne, von dem man nichts über event. Dauerheilung erfahre, und der gegenüber den hunderten von Lupusheilungen durch Finsenstrahlen gar nichts beweise.

In der gleichen Zeitschriftnummer, in der sich Wichmann gegen Kromayer wendet, äußert sich auch Schüler-Charlottenburg „Zur Frage der Wirkung von Quecksilberdampflampen“. Schüler hat ein auf einer Berliner Ausstellung gekauftes Lampengehäuse der Firma Heraeus-Hanau für medizinische Zwecke mit Kippzündung und Wasserspülung weiter ausgebildet, sei aber auf seine Verhandlungen mit dieser Firma abschlägig beschieden worden, da die von ihm zur Konstruktion in Aussicht genommene Quarzlampe der bereits auf Kromayers Namen patentierten sehr ähnle. Nach dieser einleitenden Bemerkung urteilt Schüler über den therapeutischen Wert der Quarzlampe im Vergleich zu den übrigen Lichtapparaten. Ohne irgendeine nähere Angabe spezieller Krankheitsfälle gibt Autor bei Lupus und parasitärer Bartflechte der Finsenbehandlung den Vorzug, während bei Naevus vaskulos. und Alopezia areata die Quarzlampe gute Dienste leiste, bei Ekzemen und Psoriasis dagegen ohne Erfolg sei und bei Akne rosazea vom Röntgenlicht an Wirksamkeit übertroffen werde. Die besten Erfolge aber erziele die Quarzlampe bei der Behandlung der Schleimhäute, da man mit ihr zum ersten Male eine Lichtquelle der Schleimhaut direkt applizieren könne; jedoch sei die Anwendung bei frischer Gonorrhöe wegen eventueller Reizung der Schleimhaut bedenklich. Zum Schlusse dieser sehr allgemein gehaltenen Ausführungen bemerkt Verf. noch, daß es ihm gelungen sei, mit Vermeidung der umständlichen Wasserspülung eine Quarzlampe ohne solche zu konstruieren, die sofort bei Einstellung des elektrischen Stromes mit einer Lichtstärke von 2500 Kerzen brenne. Autor will später über diese Lampe noch genauer berichten.

Von den im Jahre 1906 gemachten Veröffentlichungen über die Quarzlampe erwähne ich noch die von Schreiber und German-Magdeburg: „Ueber die Wirkung der Quecksilberquarzglaslampe“. Mit Berücksichtigung der bereits von anderen Autoren (Kröhne, Diss., Leipzig 1904, und Feldmann, Diss., Göttingen 1905) experimentell erwiesenen bakteriziden Wirkung der Heraeuslampe suchten die beiden Verfasser dieser Arbeit experimentell an Bakterienkulturen die Frage zu lösen, ob die bakterizide Kraft der Quarzlampe einzig und allein durch die Lichtwirkung der ultravioletten Strahlen zustande käme, oder ob bei diesem Vorgang auch die gleichzeitig auftretende, nicht unbeträchtliche Wärmeentwicklung sowie der ziemlich starke Gehalt an Ozon in statu nascendi von Bedeutung seien. Durch ihre Versuche, in denen sie einmal diese beiden Faktoren, Wärmestrahlung und Ozonwirkung, durch besondere absaugende Vorrichtungen auszuschalten suchten, sodann aber auch die Wirkung des Ozons für sich auf Bakterienkulturen prüften, glauben sich die beiden Autoren zu dem Schlusse berechtigt, daß die bakterizide Wirkung der Quarzglaslampe ihren Grund in einer spezifisch bakteriziden Lichtwirkung der ultravioletten Strahlen habe. Bezüglich der Indikationsstellung für die Quarzlampe schließen sich Schreiber und German den Angaben Kromayers an und heben als in erster Linie in Betracht kommend hervor: oberflächliche Lupusformen und Kankroide, Ekzeme, besonders chronische, Akne, verschiedene Formen von Naevi, Sykosis, Alopezia areata, aber auch Haarausfall aus anderen Ursachen; auch bei der Psoriasis des behaarten Kopfes und des Gesichtes hätten sie mit der Quarzlampe gute Resultate erzielt. Die Belichtungsdauer schwanke je nach den betreffenden Prozessen zwischen wenigen Sekunden bis 20 Minuten. An eine Beeinflussung des Blutes in den Kapillaren der Haut sei nicht zu denken, da das Quarzlampenlicht „zu arm an tiefer gehenden Strahlen“ sei. Die von Kromayer auf Grund seiner Versuche an geschwärztem Silberpapier behauptete, dem Finsenlicht überlegene Tiefenwirkung der Quarzlampe erkläre sich nach ihrer Annahme aus der oxydierenden Wirkung des reichlich entstehenden Ozons. Da das Quarzlampenlicht, wie Kröhners Versuche gezeigt hätten, nicht tiefer als höchstens 1 mm in die menschliche Haut eindringe, so sei eine therapeutische Wirkung bei tiefer liegenden Lupusfällen auch unter Anwendung der Drucklinse sehr fraglich. Zum Schluß ihrer Ausführungen ventilieren beide Autoren die Frage, in welchem Moment der therapeutische Effekt des Quarzlampenlichtes auf Hauterkrankungen zu suchen sei. Die bakterizide Wirkung des Lichtes käme schon deshalb nicht in Betracht, weil die Belichtungsdauer bei Hautkrankheiten höchstens 5 Minuten betrage (weshalb? und wie vereinbar mit der oben angegebenen Zahl? Der Referent.), eine Zeit die zur Abtötung der Bakterien nicht genüge. Doch seien auch durch eine längere Belichtungsdauer, wie Versuche anderer erwiesen, Tuberkelbazillen nicht abtötbar. Schreiber und German glauben daher an Hand der angestellten Erwägungen den therapeutischen Effekt der Quarzlampe auf rein chemische Wirkungen setzen zu müssen.

Während die Fachkollegen, wie schon gesagt, zur ersten Kromayerschen Publikation über die Quarzlampe eine mehr abwartende Stellung einnahmen, gaben dessen Anfang 1907 im 3., 4. und 5. Heft der Berl. klin. Wochenschr. niedergelegten Darlegungen die Veranlassung zu einer allgemeinen lebhaften Behandlung dieses Themas. Kromayer versuchte nämlich in diesem zweiten Aufsatze an der Hand eines ausgedehnteren Materiales aus seiner Praxis den Beweis für den behaupteten therapeutischen Wert der Quarzlampe zu erbringen. Nach einem einleitenden zusammenfassenden Vorwort über das Lichtheilverfahren im allgemeinen wie über den Finsenapparat und die Quarzlampe im besonderen glaubt Verfasser, dieser den Vorzug vor jenem geben zu müssen, die eine ebenso bequem anzuwendende wie billige Lichtquelle darstelle, bei zur Verfügung stehendem Gleichstrom im Sprechzimmer keines großen Nebenapparates, ja nicht einmal eines Wärters bedürfe, Kompressionsbehandlung gestatte und außerdem das Finsenlicht an Tiefenwirkung übertreffe. Zur Illustration der therapeutischen Wirksamkeit der Quarzlampe berichtet Kromayer alsdann über seine Erfahrungen aus der Praxis, die nur auf solche Krankheitsfälle Bezug nehmen, bei denen durch die Quarzlampe Erfolge erzielt wurden, die auf andere Weise nicht erreicht werden könnten. In seiner Indikationsstellnug für die Quarzlampe unterscheidet Kromayer im ganzen sieben Krankheitsgruppen: 1. Rote Muttermale, 2. Lupus vulgaris, 3. Lupus erythematosus, 4. Alopezia areata und pityrodes, 5. Ekzem, 6. Akne vulgaris, Furunkel, Sykosis, 7. Teleangiektasien, Akne rosazea, Rhinophyma. Bei den roten Muttermalen, die mit den bisherigen Behandlungsmethoden nicht oder nur in ganz beschränktem Maße mit Hinterlassung von mehr oder weniger entstellenden Narben geheilt wurden, dürfe auch die Quarzlampe nicht in allen Fällen regel- und kritiklos angewandt werden, sondern die Indikationsstellung sei hier ganz besonders von den jeweilig vorliegenden anatomischen Verhältnissen abhängig. Kromayer will zu diesem Zweck folgende drei Gruppen von Naevi unterschieden haben: 1. große, glatte, unter Glasdruck verschwindende Male von blauroter Farbe, deren Hyperämie nur durch die Erweiterung des oberflächlichen kapillaren Gefäßnetzes bedingt wird, 2. mehr zirkumskripte, nicht völlig glatte, nur bei sehr starkem Glasdruck verschwindende Male von hellroter Farbe, an deren Hyperämie besonders die zuführenden Arterien beteiligt sind, und 3. gleichfalls mehr zirkumskripte, auch bei starkem Glasdruck nicht ganz verschwindende Male von blauroter Farbe, bei deren Hyperämie Erweiterung und Vermehrung der Kutis-Venen das Vorherrschende ist. Wenn auch diese Scheidung in der Praxis durch alle möglichen Uebergänge und Kombinationen verwischt werde, so sei sie doch deshalb von Wichtigkeit, weil ja eine durch Licht bewirkte Heilung der Naevi, d. h. eine bindegewebige Verödung der betr. Gefäßwände, bloß bei Verdrängung des Blutes mittels Kompressoriums zu erwarten sei, eine Aussicht auf Erfolg daher auch nur die erste und zweite Gruppe biete, während die dritte Gruppe als refraktär ausscheide. Von den sechs Naevusfällen, die Kromayer mit der Quarzlampe behandelte, zeigten vier der ersten und zweiten Gruppe angehörende Fälle gute Resultate: nach zwei bis drei einhalb- bis einstündigen Belichtungen war die Haut fast zur Norm zurückgebildet, jedoch stellte sich in dem einen Falle zwei Monate nach der Behandlung ein leichtes Rezidiv ein, wie ein solches infolge Nachwucherns von den tiefer gelegenen Arterien her auch durch die energischste Belichtung nicht verhindert werden könne. Im Gegensatz dazu konnten die zwei Fälle der dritten Gruppe nur gering und vorübergehend beeinflußt werden. Für die meisten Naevusformen hält Kromayer eine einstündige Belichtungsdauer, der eine Finsensitzung von zweiundeinhalb bis drei Stunden entspreche, für nötig. — Auch bei Lupus vulgaris, der gewissermaßen als Prüfstein für die Güte und Wirksamkeit einer Lichtquelle gilt, will Kromayer mit Quarzlampenlicht ebenso gute, wenn nicht bessere Resultate als mit Finsenlicht erzielt haben, und zwar blieb es dabei gleichgültig, ob Weiß- oder Blaulicht benutzt wurde, da durch letzteres ja die Tiefenwirkung nicht beeinträchtigt werde. Um die „hervorragenden Resultate“ der Lupusbehandlung mit Quarzlampenlicht besonders zu markieren, führt Kromayer vier Fälle an, deren seder etwas Charakteristisches biete. Der eine, zuvor noch mit jkeiner anderen Methode behandelte Fall heilte nach einer einmaligen einhalbstündigen Sitzung und erwies sich auch neun Monate danach noch als rezidivfrei; in einem zweiten, bereits zweimal vergeblich mit Finsen-Reyn belichteten Falle bewirkten drei weitere einhalbstündige Belichtungen mit der Quarzlampe Beseitigung der lupösen Infiltrate; desgleichen gelangte auch der dritte, der Behandlung noch weniger zugängliche Fall, ein Rezidiv in und an der Grenze einer Lupusnarbe nach Heißluftbehandlung, nach fünfmaliger Durchbelichtung innerhalb zweier Monate zur Heilung, wie endlich auch der letzte und therapeutisch schwierigste Fall, Rezidiv in einer tiefgehenden Narbe nach Exstirpation, in relativ kurzer Zeit ausheilte. Daß das Quarzlampenlicht trotzdem keine Panacee für Lupus sei, zeigt Kromayer an zwei weiteren Lupusfällen, von denen der eine mit lang andauernder Entzündung und Ekzembildung, der andere mit solchen Gesichtsschwellungen reagierte, daß die Behandlung nicht fortgeführt werden konnte. Bei Lupus erythematosus sei das Quarzlampenlicht nur mit Vorsicht zu benutzen, da neben guten Erfolgen auch nicht selten Verschlimmerung des Leidens auftrete. Von der Tatsache ausgehend, daß das Licht auf die Proliferation und Pigmentation der Epithelien einen direkt anregenden Einfluß ausübe, versuche Kromayer das Quarzlampenlicht zwecks Haarfärbung wie auch bei Alopezia pityrodes ohne wesentlichen Erfolg: das Licht sei nicht imstande, die atrophischen Haarwurzeln zum Hervorbringen eines kräftigen Haares anzuregen; dagegen erwies sich das Quarzlampenlicht als das sicherste Mittel, um das Wiederwachsen der Haare bei Alopezia areata anzustreben. Wenn auch bei Ekzem, besonders bei chronisch konstitutionellem und seborrhoischem, die Quarzlampe ebenso wie bei Akne vulgar., Furunkel und Sykosis oft gute Erfolge erziele, so seien doch die anderen Methoden hier meist bequemer, und speziell für Ekzem und Sykosis verdiene oft das Röntgenlicht den Vorzug. Dagegen fielen Teleangiektasien, Akne rosazea und Rhinophyma wieder ins eigentliche Lichtgebiet, da ja hier wie bei Naevus eine gefäßverödende Wirkung bezweckt werde. Die akuten Formen von Akne rosazea hält Kromayer nicht immer für Lichtbehandlung geeignet, da durch die gesetzte Reizwirkung auch Verschlimmerung eintreten könne. Im ganzen aber hat er zufriedenstellende Resultate bei diesen Leiden erzielt und spricht im Anschluß daran die Hoffnung aus, daß das Indikationsgebiet der Quarzlampe bei verbesserter Technik noch erheblich wachsen werde.

Ich habe absichtlich diese zweite Arbeit Kromayers ausführlicher behandelt, weil sie erst das Signal zu einer eingehenden Prüfung der neuen Lichtmethode gab. In der stattlichen Reihe der bisher über diesen Gegenstand erschienenen Publikationen bewegt sich das Hauptinteresse immer wieder um den einen Punkt, ob die Kromayersche Behauptung zu Recht bestehe, daß das Quarzlampenlicht das Finsenlicht an therapeutischer Wirksamkeit erreiche oder gar noch übertreffe.

Diese Stimmungslage machte sich auch in den vorjährigen Februar- und Märzsitzungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft geltend. Nachdem Kromayer dort das neue Modell seiner Quarzlampe demonstriert und auch die Modifikation kleiner abnehmbarer Quarzfenster zur Belichtung schwer zugänglicher Körperstellen erwähnt hatte, machte Schultz in der anschließenden Debatte auf den Uebelstand der so intensiven und schmerzhaften Lichtreaktion aufmerksam, die eine Behandlung erschwere und nach Ansicht der Finsenschule auf dem Reichtum an äußeren ultravioletten Strahlen beruhe; es frage sich nun, ob nach deren event. Ausschaltung die noch übrigen Ultraviolettstrahlen für die gewunschte Tiefenwirkung ausreichten. Kromayer glaubt, daß die Tiefenwirkung durch die Blauspülung nicht beeinträchtigt werde, wie die Prüfung mit Silberpapier ergäbe. Nachdem in der Märzsitzung Schüler zunächst einige Modifikationen zur Quarzlampe, auf die ich weiter unten noch genauer eingehen will, demonstriert hatte, äußert sich Schultz nochmals „Zur Frage der Tiefenwirkung des ultravioletten Lichtes". Schultz konnte experimentell nachweisen, daß die Silberpapier schwärzenden und die therapeutisch wirkenden Strahlen nicht identisch seien, indem Finsenlicht nach Passage von 5%igem Kalimonochromat trotz zweistündiger Anwendung keine Hautreaktion hervorzurufen vermochte, ohne dagegen seine Reaktion auf Silberpapier irgendwie einzubüßen. Diese Papierreaktion sei daher nicht verwertbar zur Prüfung der Tiefenwirkung, sondern nur die Reaktionen auf lebende Gewebe. Auch diese physiologische Prüfung der Tiefenwirkung ergab für Schultz ein von Kromayer abweichendes Resultat. Schultz belichtete die beiden aneinandergelegten Ohren je eines Kaninchens fünf Viertelstunden mit der Finsenlampe und eine halbe Stunde mit der Uviollampe und stellte in dem ersten Falle eine Reaktion in allen vier Epithelschichten, in dem letzten nur in der oberflächlichsten Schicht fest. Trotz der Schultzschen Versuchsresultate beharrt Kromayer bei seiner Ansicht von der überlegenen Tiefenwirkung der Quarzlampe, die den Finsenapparat in ihrer therapeutischen Leistung bei Lupus und Naevus um das Zwei- bis Dreifache übertreffe.

Seine vor der Berliner dermatologischen Gesellschaft demonstrierten Modifikationen zur Quarzlampe beschreibt Schüler an anderer Stelle genauer: Autor hat, wie er schon 1906 publizierte, mittels geeigneter Bergkristallansätze, die in Verbindung mit der Lichtquelle (Quarz- oder Finsen-Reynlampe) lichtleitend werden, die verschiedenen Schleimhauthöhlen der Lichtbehandlung zugänglich gemacht. Versuche an Gonokokkenkulturen seien befriedigend ausgefallen, die kranke Schleimhautstelle sei drei bis vier Minuten zu belichten. Irgendein näherer und sicherer therapeutischer Wink zur Lichtbehandlung der Schleimhaut fehlt auch diesen sehr allgemein gehaltenen Ausführungen.

Die Behauptung Kromayers, nach welcher der Quarzlampe eine zwei- bis dreimal größere Tiefenwirkung vor der Finsenlampe zuerkannt wurde, gab den Ausgangspunkt zu einer weiteren eingehenden Prüfung dieser für die Dermatologie so wichtigen Frage. Und zwar wurde eine Lösung dieser Frage, die bald zu einer rechten Streitfrage ausartete, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus versucht. Neben rein experimentellen Untersuchungen und daran angeknüpften theoretischen Erwägungen stehen die aus der Praxis mitgeteilten therapeutischen Ergebnisse. Zur Beurteilung der Tiefenwirkung war es von prinzipieller Wichtigkeit, einmal die von Kromayer mit Chlorsilberpapier erhaltenen Versuchsresultate nachzuprüfen, sodann zu entscheiden, ob und wieweit diese Untersuchungsmethode einen Schluß auf die therapeutische Tiefenwirkung im lebenden Gewebe zulasse. In dieser Beziehung sind zwei Arbeiten aus dem Kopenhagener Finseninstitute von Bedeutung.

So suchte Johannsen nachzuweisen, daß es von vornherein unstatthaft sei, aus der Schwärzungsfähigkeit von Silberpapier zweier Lichtquellen vergleichende Schlüsse auf deren absolute Lichtintensität zu ziehen, und daß durch diese Methode nur die relative Intensität jeder einzelnen Lichtquelle für sich bestimmt werde, da die Empfindlichkeit des Silberpapiers so stark mit der Längenwelle variiere, daß durch dieselbe Intensität von sogar recht nahe beieinander liegenden Wellenbreiten in derselben Zeit höchst verschiedene Schwärzungen hervorgerufen würden. Zur annähernden Prüfung der absoluten Intensität einer Lichtquelle müsse also bei Bekanntsein der Intensität des gesamten Spektrums jeder einzelne Teil des Spektrums auf seine Intensität geprüft werden. Die diesbezüglichen Versuche ergaben nun, daß die Quarzlampe in ihren äußersten ultravioletten Strahlen der Finsen-Reynlampe ungemein überlegen sei, daß aber die Finsenlampe die Quarzlampe sowohl in ihrem sichtbaren Spektrum wie auch in ihren inneren ultravioletten Strahlen übertreffe.

Der andere Däne, Gunni Busk, prüfte die von Kromayer mit Chlorsilberpapier angestellten Versuche nach und konnte nach seinen mit Papier und Kaninchenohren vorgenommenen Untersuchungen Kromayers Ergebnisse nicht bestätigen, sondern fand im Gegenteil, daß die Tiefenwirkung der Quarzlampe ca. dreimal schwächer als die der Finsenlampe sei, und zwar trat die Ueberlegenheit der letzteren um so mehr hervor, je dicker das Lichtfilter war. Daher hält es Autor für einen Rückschritt, wenn die Quarzlampe zur Behandlung von Lupus vulgaris eingeführt werde, dessen Heilung oft genug schon schwer durch Finsenlicht erreicht werde. Weiter hebt Busk hervor, daß es sich bei dem Quecksilberlicht besonders um Strahlen mit einer Längenwelle von 366 $\mu\mu$ handle, daß man aber gar nicht wisse, ob der Schwerpunkt der therapeutischen Leistungsfähigkeit gerade mit dieser Linie im Spektrum zusammenfalle.

Weitere wertvolle exakt-experimentelle Forschungen zur Frage von der Tiefenwirkung der Quarzlampe liegen in den Untersuchungen von Bering-Kiel, Wichmann-Hamburg, Mulzer-Berlin und Pürckhauer-Breslau vor.

Bering kommt nach einem ausführlichen einleitenden Ueberblick über die herrschenden Ansichten von der Wirkung des Lichts auf den tierischen Organismus auf Grund seiner ausgedehnten und sehr gründlichen Untersuchungen zu dem Schlusse, daß der Hauptheilfaktor der Lichtstrahlen in einer Steigerung des Stoffwechsels zu suchen ist, speziell in einer Steigerung der reduzierenden und oxydierenden Prozesse im Gewebe, in einer Vermehrung der roten Blutkörperchen, in einer Steigerung des Hämoglobingehaltes, in einer Erhöhung des Trockenrückstandes und in einer Steigerung der Hauttemperatur bei gleichzeitigem Abfall der Innentemperatur. Vor dieser den Stoffwechsel steigernden Kraft tritt nach seiner Ansicht die bakterizide wie auch die zellschädigende Wirkung als Heilfaktor zurück. Aus Berings Versuchen, in denen er die Uviol-, Finsen-Reyn- und Quarzlampe bezüglich ihrer Lichtintensität wie ihrer reduzierenden und oxydierenden Fähigkeiten im lebenden Gewebe miteinander verglich, ergab sich für die Quarzlampe, daß diese mindestens dreimal so stark wie die Finsen-Reynlampe reduziere und auch in ihrer Penetrationsfähigkeit dieser weit überlegen sei. Beide Faktoren

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

erlitten durch das Blaufilter, das nur die ganz rechts liegenden Strahlen absorbiere, keine Einbuße. Die Quarzlampe sei somit allen anderen therapeutischen Lichtapparaten, auch der Finsen-Reynlampe, in ihrer chemischen Wirksamkeit überlegen.

Wichmann hält die Prüfung der Tiefenwirkung, wie sie Kromayer anwandte, für unzulässig und benutzte als Indikator für die Tiefenwirkung den makroskopischen Effekt, den das Licht nach Passage eines Kaninchenohres auf der menschlichen Haut hervorrief. Aus seinen Versuchen, in denen er zuerst das Finsenlicht mit dem weißen Quarzlicht verglich, ergab sich für ihn als zweifellos, daß die biologische spezifische Wirkung des Lichtes der Finsen-Reynlampe stärker als das der Quarzlampe war; mit Anwendung des Blaufilters aber, d. h. bei Ausschaltung der kurzwelligen, oberflächlich stark wirkenden Strahlen, zeigte es sich, daß das Quarzlampenlicht in derselben Tiefe eine stärkere photochemische Lichtentzündung als die Finsenlampe herbeiführte. Diese auf das Epithel der Oberhaut sich beziehende Wirkung müsse nach den bisher bekannten Erfahrungen auch für die tieferen Hautschichten gelten. Den Grund dafür, daß die Quarzlampe ohne Blaufilter schwächer wirke, sucht Autor darin, daß eine zu starke Beeinflussung der oberflächlichen Hautschichten durch kurzwelliges Ultraviolettlicht den Durchgang der für die Tiefe maßgebenden Strahlen (blau, violett) hindere. Wichmann glaubt, daß das Quarzlampenlicht auch bei tiefgelegenen Hautaffektionen das Finsenlicht bei weitem an Wirkung übertreffe, und zieht die Quarzlampe der Finsenlampe in jeder Beziehung vor wegen der Möglichkeit, größere Flächen in einer Sitzung zu bestrahlen, wegen der Einfachheit der Applikation und Bedienung wie auch wegen des sehr geringen Stromverbrauchs.

Mulzer prüfte an der Hand sehr genauer und möglichst der Praxis angepaßter Versuche vergleichend an der Finsenlampe und der Quarzlampe folgende drei Eigenschaften: Die Tiefenwirkung, die Bakterizidität und die Wärmewirkung. Seine Versuche über die Tiefenwirkung dieser Lichtquellen am lichtempfindlichen Celloidinpapier nach erfolgter Passage von Papier wie auch von lebender Haut ergaben im Gegensatz zu Kromayers Angaben, daß bei dünner Passage (Papier von 0,2 mm Dicke) die Quarz- und Finsenlampe eine völlig gleiche Tiefenwirkung entfalteten, während bei Passage von 0,3 bis 0,5 mm dickem Papier die Quarzlampe von der Finsen-Reynlampe weit übertroffen wurde, und zwar war es ganz gleichgültig, ob die Quarzlampe direkt oder mittels Blauspülung angewandt wurde. Ganz entsprechende Versuchsresultate ergaben sich, wenn das Licht anämisierte lebende Kaninchenhaut passierte. Im Anschluß an diese Versuche geht Mulzer auf die von Schultz und Busk erhobenen Einwände ein, die es für irrig halten, allein aus der Fähigkeit einer Lichtquelle, Silberpapier chemisch zu verändern, auf ihre therapeutische Wirksamkeit zu schließen, da diese Eigenschaft hauptsächlich auf Rechnung der langwelligen (gelben und roten) Strahlen zu setzen sei, also gerade der Strahlen, die sich durch die geringste chemische Wirkung auszeichneten. Mulzer meint nun, da das Quecksilberlicht besonders reich an ultravioletten Strahlen sei, daß es auch nach dieser Richtung hin eine stärkere Wirkung entfalte. Die Versuche über die Bakterizidität der Quarzlampe, die Autor an Kulturen des Bazillus prodig. anstellte, ergaben sehr interessante Resultate. Aus ihnen ging deutlich die enorm hohe bakterizide Kraft der Quarzlampe bei Oberflächenbestrahlung der Bakterien hervor: Bereits nach vier Sekunden langer Belichtung erwies sich achtundvierzig Stunden danach die Kultur als absolut steril, während dies bei der Finsen-Reynlampe erst nach fünf Minuten langer Belichtung der Fall war. Gänzlich anders lauteten die Resultate bei Passage des Lichtes durch lebende Haut: Während die elektrische Bogenlampe nach Passage einer 0,4 bis 0,5 mm dicken anämisierten Hautschicht die Bakterienkultur bei einstündiger Belichtung in keiner Weise zu beeinflussen vermochte, wirkte die Quarzlampe unter den gleichen Bedingungen nach dreiviertelstündiger Belichtung wachstumhemmend, nach einstündiger Belichtung absolut tötend. Mußten die Lichtstrahlen aber Gewebsschichten von 1 mm Dicke und darüber passieren, so war selbst nach einstündiger Belichtung nicht die geringste Einwirkung auf die Kultur zu konstatieren. Mit diesen Versuchsresultaten hält Mulzer die Behauptung Droßbachs, es sei ausgeschlossen, daß die Bakterien schon bei einem Sitz von 0,1 mm unter der Hautoberfläche durch die ultravioletten Strahlen beeinflußt würden, für widerlegt. Desgleichen entsprächen die von Janßen durch Versuche an totem Material gefundenen Tötungszahlen nicht den Verhältnissen in der lebenden Haut. Zum Schluß seiner Abhandlung begegnet Mulzer dem von Scholz erhobenen Einwande, es handle sich bei der Finsenbelichtung um eine reine Wärmewirkung, indem er durch seine Versuche mit leicht schmelzbaren Objekten wie Paraffin und Wachs nachwies, daß bei dem Finsenlicht im Brennpunkt eine Temperatur von nicht über 50° herrsche, während bei Lichtpassage bis zu 2,5 mm die höchste beobachtete Temperatur 38° betrug, die Temperatur der Quarzlampe vollends nie über die Eigenwärme der Versuchstiere hinausstieg.

(Schluß folgt.)

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Arthur Schwenk**, Berlin.

1. **Intraperitoneale Ruptur der Harnblase.** Von Nordmann. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
2. **Die diagnostische Verwertbarkeit der Konjunktivalreaktion in der Urologie.** Von Friedrich Necker und Rudolf Paschkis. Wien. med. Wochenschr.. 1908. Nr. 12.
3. **Experimentelle Untersuchungen über formaldehydhaltige interne Harndesinfektionsmittel (Urotropin, Hippol, Helmitol. Hetralin, Borovertin).** Von Forcart-Basel. Med. Klinik, 1908, Nr. 10.
4. **Ueber die Behandlung der Blasentuberkulose nach Rovsing.** Von Paul Rosenstein. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 5.
5. **Das dritte Stadium der Hypertrophia prostatae.** Von Arthur Götzl. Prager med. Wochenbl.. 1908, Nr. 11.
6. **Klinische Untersuchungen über die Wirkungen modifizierter Salizylsäure auf die Harnorgane.** Von Gmeiner-Gießen. Fol. Urol., 1908, März.

1. Verf. bespricht die Gesichtspunkte, welche für eine frühzeitige Diagnose dieser Erkrankung wichtig sind. — Erfährt der Arzt, daß jemand einen Stoß vor den Bauch erhalten hat, und sich nachdem heftige Leibschmerzen mit starkem Urindrang ohne oder mit Blutabgang einstellen, dann hat er die Möglichkeit einer Blasenverletzung immer im Auge zu behalten. — Merkwürdigerweise scheint hierbei häufig die Trunkenheit eine Rolle zu spielen, indem dieselbe eine Erschlaffung der Bauchdecken bewirkt und die durch die Flüssigkeit stark ausgedehnte Blase einem äußeren Insult weniger Widerstand leisten kann. — Für die Diagnose ist außerdem von Wichtigkeit, daß durch den eingeführten Katheter nur wenig oder gar kein Urin abläuft. Das wichtigste Symptom endlich ist die reflektorische Bauchdeckenspannung. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht die extraperitonealen Rupturen, die aber gewöhnlich mit einer Beckenfraktur einhergehen und wobei die Symptome der peritonealen Reizung (Puls- und Temperaturerhöhung, Erbrechen, Singultus) fehlen. Von der geplatzten Extrauteringravidität und Ulkus ventrikuli unterscheiden sich die Blasenrupturen durch die oben angeführten Urinstörungen.

Die Prognose der Erkrankung hängt davon ab, daß sobald wie möglich der Patient einem chirurgischen Eingriff unterworfen wird. Palliative Maßnahmen, wie Verabreichung von Morphium, verschleiern nur das Krankheitsbild und verschlechtern die Prognose. Am Schluß der Arbeit geht Verf. auf die verschiedenen Operationsverfahren ein, die näher auszuführen für den Praktiker wohl ohne Interesse sein dürfte.

2. Der Umstand, daß bei der Diagnose der Tuberkulose der Harnwege die bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden häufig versagen, ließen die Forscher neue Wege suchen, um rechtzeitig eine Tuberkulose erkennen und die baldige Operation anschließen zu können. Eine derartige neuere Untersuchungsart stellt die konjunktivale Reaktion (Einträufelung von Koch-Tuberkulin in den Bindehautsack) dar. Und wenn in letzter Zeit sich viele gewichtige Stimmen gegen die Brauchbarkeit dieser Methode erheben, weil auch bei anderen Erkrankungen diese Reaktion öfter positiv ausfällt und außerdem die Reizerscheinungen von seiten des Auges und seine Schädigungen nicht unerheblich sind, so sind doch die Beobachtungen der beiden Autoren sehr bemerkens-

wert. Nach ihrer Ansicht bedeutet diese Reaktion dort, wo der Bazillennachweis aus dem Sediment negativ ausfällt und die Tierimpfung mißlingt, eine wichtige Unterstützung für die frühzeitige Diagnose. Ist auch der Tierversuch ein viel exakterer und sicherer, so muß doch andrerseits in Betracht gezogen werden, daß das Resultat der Tierimpfung wochenlang auf sich warten läßt und dadurch die beste Zeit für einen rechtzeitigen chirurgischen Eingriff verloren geht. Zur Schnelldiagnose stellt die Konjunktival-Reaktion unleugbar eine Bereicherung der medizinischen Wissenschaft dar.

3. Die desinfizierende Wirksamkeit der genannten Medikamente besteht darin, daß unter dem Einfluß des sauren Harns das bakterientötende Formaldehyd abgespalten wird. Die Versuche prüften nicht den direkten Einfluß der Medikamente auf die Bakterien, sondern die bakterizide Eigenschaft der Urine von Menschen, die diese Medikamente eingenommen hatten. Die besten Erfahrungen wurden mit Hetralin, Urotropin und Borovertin gemacht, in ihrer Wirkung scheinen diese Medikamente gleichwertig zu sein. Von den Bakterienarten war am widerstandsfähigsten Bakterium Koli, eine Beobachtung, die auch die Praxis oft bestätigt, wenn man bedenkt, wie schwer es oft ist, Herr einer Kolizystitis zu werden. Verf. versuchte ein neueres Präparat, Formamint, das bisher vorwiegend als Mund- und Halsdesinfiziens empfohlen war; er sah jedoch von diesem Mittel keinen Erfolg, Formaldehyd war in keinem Urin nachzuweisen.

Die klinischen Erfahrungen des Referenten decken sich vollständig mit den Beobachtungen des Verfassers. Das souveränste und wirksamste Mittel bleibt nach wie vor Urotropin, das Borovertin scheint ihm in der Wirkung am nächsten zu kommen, Helmitol versagte in den meisten Fällen ganz. Bei dem Formamint, das in einzelnen Fällen von Pyelozystitis angewandt wurde, waren die Erfahrungen recht schlechte; die Wirkung blieb völlig aus.

4. Die Blasentuberkulose ist meist von der Nierentuberkulose fortgeleitet und mit der Beseitigung des primären Leidens heilt auch meist diese aus. Doch es gibt auch hierbei Ausnahmen, bei denen die Blasentuberkulose mit ihren quälenden Symptomen weiter fortbesteht. Für diese Fälle empfiehlt Verf. die von Rovsing angegebene Behandlung mit Karbolsäure: Ein Quantum warmer frischer Karbolsäurelösung (5%ig) wird in die Blase injiziert, nachdem dieselbe vorher durch Borsäurespülungen von etwaigem Eiter gereinigt ist. Das Karbolwasser wird drei bis vier Minuten in der Blase gelassen und läuft dann als milchige Flussigkeit durch den Katheter ab. Diese Prozedur wird mehrere Male wiederholt, bis die Flüssigkeit einigermaßen klar zurückkommt; Borsäure wird nicht nachgespült! Die häufig sich hiernach einstellenden schneidenden Blasenschmerzen und das öftere Miktionsbedürfnis werden durch Morphiumsuppositorien gelindert. Treten Zeichen von Karbolintoxikation auf, dann wäscht Rosenstein das in der Blase gebliebene Karbol mit Borsäure aus. — Zwei beigefügte Krankheitsberichte illustrieren die prompte Wirkung dieser Behandlungsmethode.

5. Das Stadium der Prostatahypertrophie ist charakterisiert durch die Ischuria paradoxa (Blaseninkontinenz hauptsächlich bei Nacht), Polydipsie, Polyurie, Störungen des Digestionstraktus (Appetitlosigkeit und Aufstoßen), das Fehlen von Blasenkrampf trotz gewaltiger Ausdehnung der Blase. Die Therapie muß darauf bedacht sein, den Appetit und die Kräfte zu heben. Wegen des Widerwillens gegen feste Speisen verabreiche man in der ersten Zeit nur flüssige Nahrung, dabei auch geringe Quanten Alkohol. Die lokale Therapie beachte vor allem zweierlei: 1. Strengste Asepsis bei dem Katheterisieren wegen der großen Gefahr der Infektion und 2. langsames und in Pausen vorzunehmendes Entleeren der Blase. Wird die Blase rapide entleert, dann füllen sich durch Verminderung des intravesikalen Druckes die Gefäße stärker, bersten in Anbetracht ihrer brüchigen Beschaffenheit leicht, und es kommt dann häufig zu starken Blutungen. Verf. entleert beim ersten Male nur 200 ccm Urin, darauf immer 100 ccm mehr und wiederholt diese Prozedur zwei- bis dreimal im Tage. Treten bei ganz leerer Blase Schmerzen oder Blutungen auf, dann spritzt er 100 bis 200 ccm Borsäure ein, die darin belassen werden. Sehr häufig erholt sich unter dieser Behandlung die Blase und das Leiden tritt aus dem dritten in das zweite Stadium zurück.

6. Verf. warnt davor, allzu lange hintereinander Salizylpräparate in größeren Dosen zu verabreichen, wegen der schädlichen Einwirkungen auf den Harnapparat, vorwiegend auf die Nieren. Er beobachtete danach Ausscheidungen von Albumen, weißen und roten Blutkörperchen und Zylindern jeglicher Art. Von allen therapeutisch zur Zeit gebräuchlichen Salizylpräparaten kann er das Novaspirin nach seinen Untersuchungen an Tieren am meisten empfehlen, weil es nachweislich die geringsten Schädigungen hervorruft.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Ueber Lokalisation und klinische Symptome intrakranieller Blutergüsse Neugeborener.** Von L. Seitz. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 608.

2. **Zur Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanase und über die Persistenz der Diphtheriebazillen.** Von P. L. Schlippe. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 588.

3. **Ueber Scharlachrezidiv und -Pseudorezidiv.** Von E. Ferraris-Wyß. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 67, S. 413.

4. **Zur Euchininbehandlung des Keuchhustens.** Von L. Sior. Ibidem, S. 452.

1. Die intrakraniellen Blutergüsse Neugeborener infolge von Geburtstraumen sind uns in ihren klinischen Erscheinungen noch wenig bekannt, während die Folgeerscheinungen, die bleibenden Lähmungen, die sich meist als zerebrale Diplegien (Littlesche Krankheit) geltend machen, schon lange besondere Beachtung gefunden haben. Die höchst interessanten Mitteilungen von L. Seitz führen uns zwei klinische Krankheitstypen aus den ersten Lebenstagen vor Augen. Den infratentorialen Blutungen, die auch bei geringer Größe des Blutergusses durch Druck auf die Medulla oblongata und das Atemzentrum zum Tode führen, stehen die weniger gefährlichen und auch eventuell chirurgischer Therapie zugänglichen supratentorialen Blutergüsse gegenüber. Diese sind fast stets einseitig, zwischen Dura und Pia gelegen, schalenartig über der Konvexität einer Großhirnhemisphäre gelagert. Es handelt sich nur in einem Teil der Fälle um Zangengeburten, zum Teil um leichte Spontangeburten.

Am ersten Tage wird oft noch gar nichts bemerkt, am zweiten Tag fällt große Unruhe, heftiges Schreien, Nahrungsverweigerung auf. Nun machen sich Hirndruckerscheinungen bemerkbar: Fontanellenspannung, Atemstörungen, inspiratorische Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit, kreidebleiches Aussehen, Dermographismus, manchmal auch Pulsverlangsamung. Dazu kommen ferner die wichtigen Lokalsymptome: kontralaterale Fazialisparese, kontralaterale Spasmen in Arm und Bein, halbseitige Reflexsteigerung. Meist unterstützt ein stärkeres Klaffen desjenigen Lambdaschenkels, unter dem die Blutung sitzt, die Diagnose. Später kommt es infolge zunehmender Stauung und Oedembildung auch zu Reizerscheinung auf der anderen Seite und in diesem Stadium ist die Diagnose nach dem ursprünglichen Sitz des Hämatoms nicht mehr möglich. Die Fälle mit progressiven Hirndrucksymptomen können durch operativen Eingriff eventuell gerettet werden, wie zwei Fälle von Cushing beweisen.

Therapeutisch empfiehlt Seitz vor allem Vermeidung aller äußeren Reize: Abschluß von der Außenwelt im Wärmeschrank, kleine Dosen von Bromkali und Chloralhydrat (0,2), kühle Umschläge auf den Kopf. Nahrung soll, um eine Schluckpneumonie zu vermeiden, nur mit der Sonde zugeführt werden; wenn die Nahrungszufuhr Krämpfe auslöst, soll sie eine Zeitlang sistiert werden. — Solange nur scharfumschriebene Herdaffektionen bestehen, ist eine Inzision kontraindiziert; wenn dagegen allgemeine progrediente Hirndruckerscheinungen sich geltend machen, ist bei supratentorialen Blutungen eine Inzision der Dura nach Zurückklappung des Scheitelbeins gerechtfertigt. Bei infratentorialen Blutungen ist jeder operative Eingriff aussichtslos, die Lumbalpunktion bringt, wenn überhaupt, nur rasch vorübergehende Erleichterung.

2. Schlippe kommt im Gegensatz zu früher berichteten Erfolgen zu einem etwas weniger günstigen Urteil über den Wert

der Pyozyanase in der Behandlung der Diphtherie und leider auch der sogenannten Bazillenträger. Seine Schlüsse lauten: Die Pyozyanase darf zur Behandlung der Diphtherie nie allein, sondern immer nur zusammen mit Serum verwendet werden. In manchen Fällen scheint die Pyozyanase die Lösung der diphtherischen Membranen zu beschleunigen, den Foetor ex ore rasch zu beseitigen und subjektive Erleichterung zu bringen. Sie verdient deshalb in Fällen mit hochgradiger Membranbildung und verlangsamter Lösung der Beläge weiter geprüft zu werden. Bei den ganz schweren Fällen septischer Diphtherie scheint auch die Pyozyanase keine Wirkung zu entfalten. Es gelingt nicht, durch Pyozyanase die Persistenz der Diphtheriebazillen zu verhüten und in Fällen von ausgesprochener Persistenz und chronischer Diphtherie die Bazillen abzutöten.

3. Ferraris-Wyß berichtet über fünf Fälle von erneutem Exanthem bei Scharlachkranken und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

a) Die Scharlachrezidive sind eine seltene, aber unbestreitbare Erscheinung: sie sind eine Wiederholung des Scharlachs mit seinem ganzen Krankheitsbild bei Kranken, die sich schon in vorgeschrittener Konvaleszenz befinden.

b) Die Pseudorezidive sind eine noch seltenere Erscheinung als die Rezidive. Sie unterscheiden sich von letzteren durch die Zeit, in der sie vorkommen — bevor der Kranke in die Konvaleszenz eingetreten ist —, und durch die Art des Exanthems, das zu Masernart hinneigt, sowie durch die häufige Konjunktivitis, wie sie eben den Masern eigen ist.

c) Es besteht nicht immer ein klarer Unterschied zwischen Rezidiven und Pseudorezidiven, sondern es gibt manchmal atypische, gemischte Formen.

d) Alter und Geschlecht haben keinen Einfluß auf das Vorkommen von Rezidiven.

e) Die Ursache der Rezidive ist nicht genau bekannt: ob eine Infektion von außen oder eine Autoinfektion.

f) Es ist eine familiäre Prädisposition zu Scharlachrezidiven zu vermuten, wie man solche auch bei Scharlachnephritis hat.

g) Die Rezidive scheinen die Prognose des Scharlachs nicht zu erschweren.

h) Bis der Krankheitserreger nicht genau bestimmt ist, und bis die Aetiologie dieser Rezidive nicht sicher aufgeklärt ist, wird es ratsam sein, die neuen Fälle von den schon abgelaufenen, diejenigen mit Komplikationen (Otitis etc.) von denen ohne Komplikationen nach Möglichkeit zu trennen.

Letzterer Vorschlag dürfte nach des Ref. Ansicht bei der Seltenheit und Gutartigkeit der Rezidive doch wohl viel zu weit gehen.

4. Sior ist ein überzeugter Anhänger der Chinintherapie des Keuchhustens. Bei ausgedehnten Versuchen mit Euchinin hat er die Erfahrung gemacht, daß Euchinin die gleiche Wirkung entfaltet wie die Salze des Chinins, daß es vor diesen aber den großen Vorzug hat, daß es Kindern leicht beigebracht werden kann. Dagegen ist es nicht frei von den Nebenwirkungen des Chinins; ob dieselben schwächer und seltener zutage treten wie beim Gebrauch der Chininsalze, ist noch eine offene Frage, die sich erst bei ausgedehnterer Verwendung des Mittels mit einiger Sicherheit beantworten läßt.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg-Berlin.

1. **Der extraperitoneale Uterusschnitt.** Von Hugo Sellheim. Zentralbl. f. Gynäkol., 1908, Nr. 5.

2. **Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt.** Von Hugo Sellheim. Ibidem, Nr. 10.

3. **Zur Indikation und Technik des zervikalen Kaiserschnitts.** Von J. Pfannenstiel. Ibidem.

4. **Ueber Sellheims extraperitonealen zervikalen Kaiserschnitt.** Von Otto Küstner. Ibidem, Nr. 16.

1. und 2. Die Anwendung des klassischen Kaiserschnitts ist bei Fällen, die als infiziert angesehen werden müssen, kontraindiziert.

Frank-Köln hat für diese Fälle, um die Perforation zu vermeiden, einen extraperitonealen Kaiserschnitt angegeben und in einer Reihe von Fällen mit gutem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt. Seine Methode bestand in der queren Durchtrennung der ganzen Bauchdecke oberhalb der Symphyse, quere Durchtrennung des Peritoneum parietale und Aufnähen des oberen Peritoneumrandes auf das uterine Peritoneum.

Dann wurde der Uterus in seinem zervikalen Abschnitt, der nunmehr aus der Bauchhöhle ausgeschaltet war, quer eröffnet und das Kind entfernt. Entfernung der Plazenta. Naht des Schnittes mit event. ohne Drainage.

Die Mitteilung dieses Frankschen Schnittes fiel in die Hochflut der Begeisterung für die Pubotomie, und erst nachdem diese etwas nachgelassen hatte, wurde der Franksche Schnitt, mehr oder weniger modifiziert, von anderen Klinikern nachgeprüft.

Eine willkommene Verbesserung hat Sellheim angegeben.

Er macht den Pfannenstielschen Faszienquerschnitt, geht dann in der Längsrichtung durch die Linea alba und arbeitet sich z. T. stumpf, z. T. scharf, die Blase vom Peritoneum abschiebend, an die Zervix.

Es wird die Zervix durch Abschieben des Peritoneums freigelegt und dann durch Längsschnitt eröffnet, der Kopf event. mit Hilfe eines Zangenblattes herausgehebelt, worauf die Plazenta exprimiert wird und die Naht der durchtrennten Gewebe event. auch mit Drainage folgt.

Bei Schwierigkeit, das Peritoneum abzulösen, hat auch er es quer durchtrennt und auf das Bauchfell der vorderen Uterusfläche aufgenäht.

Einen bereits infizierten Fall, den er nach letzterer Methode operierte, hat er an Peritonitis verloren, die vier anderen Falle sind glatt genesen und Sellheim kommt zu der Empfehlung des extraperitonealen zervikalen Kaiserschnitts an Stelle des klassischen Kaiserschnitts überhaupt. Ob er für die infizierten Fälle die Porrosche Operation unter Zuhilfenahme der offenen Wundbehandlung ersetzen kann, muß ausprobiert werden. Die besonderen Vorteile gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt bestehen in der Ausschaltung resp. Vermeidung des Peritonealraums, der geringen Blutung aus der längsgespaltenen Zervix und dem Beibehalten eines relativ natürlichen Geburtsvorganges und Nachgeburtsperiode.

3. Pfannenstiel hält die Perforation des Kindes für die richtige Indikation bei infektiösem Fieber sub partu und hochgradig verengtem Becken, erkennt aber die Vorzüge des zervikalen Kaiserschnittes, den er selbst einmal ausgeführt hat, weil bei diesem die Blutung außerordentlich gering ist, weil die Lösung der Plazenta sich beim zervikalen Kaiserschnitt in einer geradezu physiologischen Weise vollzieht, vor allem aber, weil er die Anwendung seines Faszienquerschnittes gestattet und damit vollständig die Gefahr der Bauchhernie beseitigt; er empfiehlt die Sektio caesarea zervikalis nicht extraperitoneal, sondern transperitoneal, ihm ist es in dem von ihm operierten Falle nicht gelungen, extraperitoneal zu arbeiten, da sich die Blase in der Mitte nicht lösen ließ.

Ob die Operation die Pubotomie und den vaginalen Kaiserschnitt, die Pf. beide bisher mit bestem Erfolg ausgeführt hat, verdrängen wird, wagt Pf. nicht zu entscheiden, dagegen scheint ihm der zervikale Kaiserschnitt den Vorzug zu verdienen vor dem korporealen, da, wo wegen Beckenenge, Striktur der Vagina usw. überhaupt die Sektio caesarea indiziert ist. Außerdem würde die Sektio zervikalis geeignet sein bei drohender Uterusruptur und lebendem Kinde, also vor allem bei verschleppter Querlage eine Rettung für Mutter und Kind zu ermöglichen. Nicht dagegen würde er die Operation bei infektiösem Fieber sub partu empfehlen.

4. Auch Küstner operierte zwei Fälle erfolgreich nach Sellheims Modifikation und sieht in ihm eine Methode, infektionsverdächtige Fälle, bei welchen durch die natürlichen Wege das Kind nicht extrahiert werden kann, zu behandeln.

Neuerdings ist auch Bumm in der gynäkologischen Gesellschaft in Berlin für diese Operation eingetreten, die er in vier Fällen erfolgreich ausführte, ebenso Veit und Fromme.

Auch Baum hat sie mehrfach erfolgreich gemacht: in einem infizierten Falle trat jedoch der Exitus ein.

Aus den bisherigen Mitteilungen geht jedenfalls hervor, daß die Methode eine Zukunft hat; technische Einzelheiten werden wohl noch geändert werden, das Prinzip, wenn möglich, extraperitoneal, jedenfalls aber zervikal den Uterus zu eröffnen, steht fest. Die Indikationen, besonders die Indikation bei infektiösen oder infektionsverdächtigen Fällen, müssen und werden wohl auch in kurzer Zeit scharf präzisiert werden.

Geburtshilfe.

Ausländische Literatur.

Referent: Dr. **Alois Pollak,** Prag-Weinberge.

1. **La revision de la loi de Peter.** Von Pouliot. Archives gener. de Médecine, 1908, I, pag. 65.

2. **Laceration of the cervix as a cause of post partum hemorrhage.** W. Wertenbaker. American Medicine, 1908, Feber.

3. **The treatment of post partum hemorrhage.** Ibidem.

1. Pouliot beschreibt folgende zwei Fälle: a) Leichte angeborene Mitralstenose. Influenza. Hemiplegie. Gravidität. Dyspnoe. Oedeme. Spontane Entbindung 14 Tage vor Termin. Exitus einige Tage p. partum. b) Insuffizient. valv. mitralis; die genaueste Beobachtung ergibt vorzügliche Kompensation, gesundes Myokard. Gestutzt auf diese genaue Beobachtung widerrät P. nicht das Herbeifuhren einer neuen Gravidität (erstes Kind war gestorben). Die Frau macht eine leichte Gravidität durch und eine spontane Entbindung — ohne alle Folgeerscheinungen seitens des Herzens, kann ohne Schädigung selbst nahren. Anschließend an diese zwei Krankengeschichten bespricht P. ausführlich die Pathologie und Therapie der Schwangerschaft bei Herzfehler. Bezüglich Morbidität kommt er nach sorgfältiger Untersuchung einer großen Reihe von Schwangeren auf Herzfehler zum Ergebnisse, daß von mit Herzfehlern behafteten Schwangeren nur 8,62% an Storungen, welche mit dem Herzfehler zusammenhängen (während der Gravidität oder bald nach der Entbindung), erkranken. Dabei aber schließt P. (ob mit Recht? Ref.) die Embolien, die Gehirnblutungen und ähnl. aus und berücksichtigt als Schwangerschaftsstörungen nur schwere Kompensationsstörungen und die Anfälle von Lungenödem. Die Mortalität allerdings ergibt sich auf etwas über 50% der Morbidität. Er gibt die Symptomatologie dieser Zustände, macht darauf aufmerksam, daß nicht die Art des Herzfehlers, sondern der Zustand des Myokards maßgebend sei für das Zustandekommen derselben, sowie auch event. vorhandene Thoraxdeformitäten, und beschreibt dann die Therapie: Aderlaß, starke Kartiaka (Strophantin, Digitaxin, Expektorantia).

Bezüglich der Schwangerschaft selbst kommt Autor zu folgender Modifikation des Peterschen Gesetzes, welches lautet: Bei Frauen, welche an Herzfehler leiden, keine Heirat, keine Gravidität, kein Stillen. Bei vorzüglichem Zustande des Myokards, sehr guter Kompensation und guter Form des Thorax kann eine Gravidität zugelassen werden. Gegen das Stillen besteht kein ernstes Bedenken. Die prophylaktische Einleitung des künstlichen Abortus kann nur zugelassen werden bei schwerem Herzfehler kompl. mit Skoliose, Tuberkulose oder mit Albuminurie. Der künstliche kurative kann eingeleitet werden, wenn die Frau in Lebensgefahr kommt. In den letzten Wochen der Gravidität kann die Frühgeburt eingeleitet werden, jedoch soll man bei den leisesten Anzeichen von Lungenödem sich vor jedem Eingreifen hüten.

2. Nach Beschreibung der verschiedenen Blutungen post partum und Schilderung der Anat. der Zervix und des Zustandekommens der Risse kommt W. zum Schlusse, daß für Risse der unteren Zervixteile die Tamponade genüge, obere Zervixrisse aber genäht werden müssen. Nach der Naht Uterusausspülung und Tamponade. Vier Krankengeschichten.

3. Brock (The Practitioner, 1908, Jan.) empfiehlt zur Stillung von post partum-Blutungen: a) Lokale Kompression (eine Hand eingeführt, zweite Hand drückt auf den Fundus) und b) Kompression der Kava aszendens von außen zur Verhütung des Rückflusses des Blutes.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger,** Magdeburg.

1. **Hageen, ein neues Quecksilberseifenpräparat zur Inunktionskur.** Von Dr. Aßmy und Dr. Rave. Med. Klinik, 1908, Nr. 9.

2. **Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoea adultorum mittels Bleno-Lenizetsalbe.** Von Dr. Adam. Separatabdruck a. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 43.

3. **Ueber die Behandlung der Augenblennorrhöe bei Erwachsenen und Kindern mittels der Bleno-Lenizetsalbe.** Von Dr. Adam. Therap. Monatshefte, 1908, März.

4. **Die Behandlung der Malaria mit Atoxyl.** Von Dr. Georgopulos. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 12.

5. **Ueber die Wirksamkeit des Atoxyls und der Blaud-Atoxylkapseln bei innerlicher Verabreichung.** Von Dr. Arensberg. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 14.

6. **Beitrag zur Behandlung mit Jodglidine.** Von Dr. Hirsch. Med. Klinik, 1908, Nr. 13.

7. **Ueber kombinierte Theobromin- und Jodbehandlung.** Von Dr. Jagié. Ibidem, Nr. 14.

8. **Ein Fall von Gangrän der Mamillae im Puerperium nach Anwendung von Orthoform.** Von Dr. Wakart. Wien. klin. Rundschau, 1908, Nr. 12.

1. Die Verfasser berichten über ihre an 100 Fällen im Ostkrankenhause für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin (Prof. Kromayer) angestellten Versuche mit Hageen, einem neuen von der Firma Werner & Co., Berlin N.W. 5, in den Handel gebrachten Quecksilberseifenpräparat. Dasselbe ist eine 33 1/3%ige überfettete Seifencreme, welche in Glastuben zu 30,0 g verkauft wird, grauschwarz aussieht und leicht parfümiert riecht. Eine Ausscheidung von Hg in der Seifencreme findet weder bei längerem Aufbewahren statt, noch wenn das Präparat unter kräftigem Druck eingeschlämmt wird. Der Preis beträgt 75 Pf. pro Röhrchen. Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen die Verfasser zu folgenden Resultaten:

a) Das Hageen scheint, rein theoretisch seiner chemischen Zusammensetzung nach, dem Unguentum cinereum, wenn nicht überlegen, so doch bezüglich seiner Einwirkungsmöglichkeit auf den Körper mindestens gleichwertig zu sein. Dieses wird durch die mikroskopische Untersuchung und die Harnanalysen offenbar bestätigt.

b) Die klinische Beobachtung zeigt ebenfalls, soweit eine einjährige Erfahrung bei dem chronischen Charakter der Lues dazu berechtigt, daß das Hageen bezüglich seiner Wirksamkeit mit dem Unguentum cinereum auf einer Stufe steht.

c) Aus rein äußerlichen Gründen ist es dem letzteren überlegen: Es schmutzt nicht und wird daher dem Patienten nicht lästig. Die Ausführung der Schmierkur mit Hageen erfordert ein geringes Maß von Technik und kann infolgedessen von dem weniger geübten Laien mit erhöhter Aussicht auf Erfolg angewendet werden, als dies bei dem Unguentum cinereum der Fall sein würde.

Die Technik der Einreibung ist folgende: Die aus der Glastube herausgedrückte Menge des Hageen wird auf den einzureibenden Körperteil verteilt und ein bis zwei Minuten mit der leicht angefeuchteten Hand verrieben. Dann wird durch sparsames Hinzuträufeln von (am besten lauwarmem) Wasser ein Schlamm gebildet, den man gleichmäßig verreibt und durch Nachträufeln von wenigen Tropfen Wasser weiter verdünnt. Durch das Hin- und Herreiben reibt man das Hageen völlig in die Haut ein, und zwar so lange, bis diese sich nicht mehr klebrig, sondern nur noch feucht anfühlt. Beim Aufträufeln hat man sich vorzusehen, daß kein Material verschüttet wird. Ein geschickter Masseur braucht 10 bis 15 Minuten, um 3 bis 5 g völlig zu verreiben, während die Kranken bei Selbsteinreibung 20 bis 25 Minuten benötigen, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Die Haut sieht dann grauschwarz aus und trocknet nach vollendeter

Einreibung sehr schnell. Einwickeln mit Binden oder Einpudern ist unnötig.

2 und 3. In beiden Arbeiten berichtet A. über seine Erfolge mit Bleno-Lenizetsalbe bei der Blennorrhoea adultorum, die er wegen der Einfachheit der Handhabung für den praktischen Arzt auch bei der Blennorrhöe der Neugeborenen angewendet wissen will. Das Lenizet ist nach Angaben des Verfertigers die polymere Trockenform des Tonerdeazetats und stellt ein sehr feines weißes, schwer lösliches Pulver dar, das im Kontakt mit den Geweben wirksame essigsaure Tonerde abspaltet. Verf. ist durch Zufall dazu gekommen, die 10%ige Lenizetsalbe bei Blennorrhöe zu verwenden. Der Fabrikant (Dr. Rud. Reiß, chemische Fabrik in Berlin) hatte ihn nämlich ersucht, das Mittel statt Borvaseline, weil erheblich billiger (20 g 25 Pf.), zu verwenden. Da die Salbe für normale Bindehaut als zu scharf nicht verwendet werden konnte, benutzte er sie gelegentlich bei Blennorrhöe und war über den Erfolg erstaunt. In einer Reihe von Versuchen stellte er fest, daß die Salbe weniger bakterizid, als vielmehr sekretionsbeschränkend wirkt. Jedoch wirkt sie nicht in die Tiefe, so daß man nicht in allen Fällen des Argentum wird entraten können. Doch braucht dieses nicht in dem Umfange angewendet zu werden wie bei der klassischen Methode. A. fand aber, daß nicht zu lange die 10%ige Bleno-Lenizetsalbe angewendet werden darf, sondern daß man, um eine unregelmäßige Heilung der Epitheldefekte zu vermeiden, zu einer geringeren Konzentration der Salbe übergehen muß. Uebrigens ist die Bleno-Lenizetsalbe eine Kombination des Lenizets mit Euvaseline. Letztere ist besonders reine, weiße, amerikanische Vaseline, die eine vorzügliche, lange anhaltende Schutzdecke für die Hornhaut bieten soll. A. hat folgende Methode erprobt: 1. Einstreichen der 10%igen Bleno-Lenizetsalbe zweistündlich bis zur deutlichen Abnahme der Sekretion. 2. Hat die Sekretion beträchtlich abgenommen, so benutzt man die 5%ige Salbe drei- bis fünfmal täglich. 3. Hat nach etwa 14 Tagen die eitrige Sekretion völlig sistiert, so nimmt man die reine Euvaseline zum Schutz für die Hornhaut und instilliert einmal täglich einen Tropfen $^1/_2$%iger Argentumlösung zur Bekämpfung der anschließenden Bindehautentzündung. A. meint, daß die Bleno-Lenizetbehandlung die Prognose der Blennorrhoea adultorum erheblich bessert und, wie gesagt, wegen der Einfachheit der Anwendung auch bei der Blennorrhöe der Neugeborenen angewendet werden kann. Ueber die Technik und einige zu beobachtende Vorsichtsmaßregeln lese man besonders den zweiten Artikel im Original nach.

4. G. hat bei 14 Malariakranken Atoxyl angewendet, und zwar bekamen die Patienten im ganzen in einem Zeitraum von 18 Tagen 4,5 g Atoxyl. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten ist zu ersehen, daß nach mehr oder weniger kurzer Zeit nach der Einleitung der Atoxylkur die Fieberanfälle aufhörten, die Milzschwellung verschwand oder sich verkleinerte, die Malariaparasiten nicht mehr im Blute zu finden waren, und das Allgemeinbefinden der Kranken sich gebessert hatte. Nennenswerte Nebenerscheinungen hat die von G. verabreichte Dosis nicht hervorgerufen. Bei manchen Patienten traten nur Magen- und Kolikschmerzen, Durchfall und ein unangenehmes Kratzgefühl im Halse auf. G. wagt nicht, ein schlüssiges Urteil über die Güte des Mittels abzugeben. Seine Erfolge ermuntern aber zu weiteren Nachuntersuchungen.

5. In der Literatur über Atoxyl ist bisher fast nur die subkutane oder intramuskuläre Anwendungsweise des Mittels besprochen worden; über die Verabreichung desselben per os sind erst wenige Veröffentlichungen erschienen. Es erscheint daher ein Artikel von Arensberg in der Berl. klin. Wochenschr. von Interesse, in welchem der internen Anwendung des Atoxyls, und zwar in Gestalt der Blaud-Atoxylkapseln, das Wort geredet wird. A. hat bei 57 Fällen von Anämie bezw. Chlorose, die sämtlich ambulant behandelt wurden, die genannten Kapseln gebrauchen lassen. Jede Kapsel, welche luftdicht durch eine Gelatinehülle vor der oxydierenden Luft geschützt ist, enthielt 0,05 g Atoxyl und 0,03 g Blaudsche Pillenmasse. In einigen wenigen Fällen wurden an Stelle dieser Kapseln Tabletten gegeben, die neben 0,05 Atoxyl 0,3 Ferrum laktikum enthielten. Ein Unterschied in der Wirkung war nicht zu konstatieren. Beide Präparate wurden in der Art gegeben, daß die Kranken im ganzen etwa 50 bis 75 Kapseln einnahmen, und zwar zweimal täglich eine Kapsel (= 0,1 g Atoxyl pro die) je nach dem Mittag- und dem Abendessen. Wurde die Dosis um das Doppelte erhöht, so traten manchmal unangenehme Nebenwirkungen, Klagen über Magenschmerzen, Durchfälle u. dgl. auf, so daß von einer höheren Dosierung Abstand genommen werden mußte. Nach Aussetzen des Mittels gingen die Nebenerscheinungen prompt zurück. Die therapeutische Wirksamkeit wurde durch die Hämoglobinuntersuchung mittels des Sahli-Gowersschen Hämoglobinometers von acht zu acht Tagen kontrolliert. Der Verfasser weist darauf hin, daß der Stuhlgang, der ja bei Chlorose meist verstopft ist, durch die Blaudschen Atoxylkapseln günstig beeinflußt wurde. In einigen Fallen, in denen die nervösen Erscheinungen im Vordergrunde standen, erschien eine Kombination der blutbildenden Stoffe mit reinen Tonizis in dem von Erb bereits angegebenen Sinne wünschenswert. Hier haben sich in erster Linie Chinin und Strychninum nitrikum bei chronischem Gebrauch bewährt, so daß deren Kombination mit Atoxyl erfolgreich zu sein scheint.

6. Auch H. berichtet über seine Erfahrungen mit dem Klopferschen Jodglidine, das er in 47 Fällen (Arteriosklerose, Struma, Skrofulose, Lues) anwandte. Bekanntlich ist im Jodglidine das Jod so mit Eiweiß kombiniert, daß dasselbe nicht zerstört ist, und wird das Jod in dem Maße resorbiert, als das nukleinfreie Pflanzeneiweiß-Glidine aufgelöst wird. Das Jodglidine enthält 0,05 g Jod, gebunden an 0,5 g Glidine, und wird in Tablettenform verabreicht. Regelmäßige Harnuntersuchungen ergaben, daß schon nach einer Tablette Jod im Urin nachweisbar war, daß aber bei längerer Darreichung des Jodglidines die Jodmenge im Harn sich nicht auffällig vermehrte. H. hat auch die Haltbarkeit des Präparates geprüft und gefunden, daß die Tabletten nach vier Monate langer Lagerung keine Aenderung ihres Aussehens erlitten hatten; ihre Wirkung und die chemische Untersuchung zeigte, daß sie dem frischen Präparat gleichkamen. Nebenwirkungen stellten sich nicht ein.

7. Aus der v. Noordenschen Klinik in Wien ist ein Artikel von Dr. Jagić über kombinierte Theobromin- und Jodbehandlung bei Arteriosklerose und Angina pektoris sowie bei chronischer Nephritis erschienen, in welchem auf ein neues Präparat, das Theobrominnatrium-Jodnatrium, aufmerksam gemacht wird. Dasselbe wurde auf v. Noordens Veranlassung von den Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. hergestellt und hat den Namen „Eustenin“ erhalten. Dasselbe kommt sowohl als Pulver als auch als fertige Lösung (mit Saccharin und Orangeblütenwasser) in den Handel. Von letzterer Lösung — es darf kein Zucker zu Theobromin zugesetzt werden, da die Haltbarkeit dadurch noch mehr herabgesetzt wird! — wurden bei Arteriosklerose fünf Kaffeelöffel täglich mit gutem Erfolge verabreicht, gern genommen und gut vertragen; von dem Pulver wurden anfangs 5,0 g pro die gegeben. Zwar trat danach prompte Diurese ein; in einzelnen Fällen machte sich aber schon nach kurzer Zeit starker Jodismus unangenehm bemerkbar. Nach Dosen von 2,5 g pro die wurden recht gute Wirkungen bei Arteriosklerose mit und ohne Blutdrucksteigerung und bei Angina pectoris sowie auch bei Aortenaneurysmen bemerkt. Meist trat Blutdruckerniedrigung und Nachlassen der Schmerzen und der übrigen subjektiven Beschwerden ein. Wegen des bitteren Geschmacks wurden die Pulver in Oblaten gereicht.

8. W. berichtet über einen eigenartigen Fall von Gangrän der Mamillen, die bei einer IIpara im Puerperium nach Anwendung einer gesättigten, alkoholischen Lösung von Orthoform auftrat. Dasselbe war zum Heilen auf Schrunden an den Brustwarzen und zur Linderung der Schmerzen angewendet worden, hatte auch eine Heilung hervorgerufen, jedoch nur eine vorübergehende. Denn alsbald machte sich eine Gangrän bemerkbar, die auch einen Teil des Warzenhofes angriff. Sekale war nicht gereicht worden; Störungen von seiten des Herzens oder eine puerperale Infektion lagen nicht vor. Doch war die Kranke hochgradig nervös und sehr anämisch. Ob dem Orthoform die Schuld an der Gangrän beizumessen ist, oder ob etwa eine andere Ursache vorgelegen hat, läßt sich nicht entscheiden.

Neuere Arzneimittel.

Lecin.

Unter dem Namen Lecin wird seit etwa Jahresfrist ein Eiseneiweißpräparat als Lösung, als Pulver und in Form von Tabletten verkauft, das aus Hühnereiweiß und Eisendialysat von Dr. E. Laves, Oberapotheker am städt. Krankenhause Hannover, nach einem ihm patentierten Verfahren hergestellt wird. Es ist in Wasser klar und neutral löslich; durch seine neutrale Reaktion unterscheidet sich Lecin von anderen Eiseneiweißlösungen. Auch soll es eisenhaltiger als diese sein. Aus bestem Hühnereiweiß hergestellt, ist es haltbar, ohne zu gelatinieren. Lecin reizt die Schleimhäute nicht, schmeckt angenehm, wird gern genommen und gut vertragen und regt den Appetit sofort an. Eisenpeptonate und andere Eisensalzlösungen werden weniger gut vertragen, da sie im Magen schnell zu ätzendem Eisenchlorid umgesetzt werden; Eiseneiweiß dagegen wird, wie bei Lecin sicher nachgewiesen ist, mit der fortschreitenden Verdauung des Eiweißes langsam resorbiert, ohne die Magenwandungen zu reizen. Das Präparat in Losung ist eine klare, goldbraune Flüssigkeit von neutraler Reaktion und von sehr angenehmem aromatischem Geschmack; sie soll 20% frisches Hühnereiweiß, gebunden an Eisen — 0,6% — enthalten. Für Erwachsene beträgt die Einzeldosis 5 bis 10 g dreimal täglich. Lecin wird verordnet gegen Blutarmut und Bleichsucht, bei Rekonvaleszenten und Wöchnerinnen, bei Phthisikern. Bleichsüchtige nehmen es am besten nach dem Essen; daneben kann Arsen, Brom, Jod verabreicht werden. Getrocknet und mit glyzerin-phosphorsaurem Kalk nebst Kakao als wohlschmeckende Tabletten verabreicht, ist Lecin für nervöse Blutarme, für kleinere Kinder und für die Nachkur berechnet. Außerdem kommt es — nach Angabe des Erfinders als billigste Form — als Pulver in hermetisch verschlossenen Blechdosen in den Handel. Die Preise der Lecinpräparate sind ungefähr gleich denen des Liq. ferri albuminati und Liq. ferri Drees. Nach meinen Erfahrungen ist das Mittel als ein recht gutes Eisenpräparat anzusehen. Bezeichnend war es, daß eine Krankenschwester, der ich das zu Versuchszwecken mir übergebene Lecin während ihrer Rekonvaleszenz nach schwerer fieberhafter Bronchitis verordnete, wiederholt äußerte, daß sie seit Gebrauch des Mittels immerzu essen könnte, oft geradezu Heißhunger hätte. W. Krüger-Magdeburg.

Cholauxan, ein Mittel gegen Erkrankungen der Gallenwege, besonders gegen Gallensteine, besteht nach B. Schürmayer aus: Extraktum fluidum (sine alkohol. recent. parat.) Rhei, Chelidonii, Taraxaci, Hepaticae ana 15,0, Ol. Amygdalar. dulc. 70,0, Natr. oleinic. 1,0, Validol 0,5, Methylsalicylat 0,25, Glyzerin, Spirit. vini ana 25,0, Essentia Cacao, El. carm. (? Ref.) ana 10,0, Gummi arab., Trag., Aqu. dest. ana q. s. u. f. Emulsio 275,0. Nach gutem Durchschütteln des Inhalts werden die vorgeschriebenen Quanten in den entsprechenden Zwischenräumen bezw. an den vorgeschriebenen Tagesstunden oder Tagen warm genommen, vermischt mit gleichen Teilen eines heißen Aufgusses von schwarzem Tee. Bezugsquelle: Löwen-Apotheke in Stuttgart. (D. Med.-Ztg., 1908, Nr. 26.)

Jodchloroform, d. h. eine 5 bis 6%ige Lösung von Jod in Chloroform, empfiehlt Gomoiu als vorzügliches Hämostatikum für äußerliche Zwecke. (Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 10.)

Perulin, eine Wund- und Heilsalbe, besteht nach Angabe des Darstellers aus 10 T. Zinkoxyd, 25 T. flüssigem Paraffin, 5 T. japanischem Wachs, 5 T. Myroxylinbalsam (wohl Perubalsam. Ref.), 5 T. Bleiazetat, 5 T. Karbolsäure und 75 T. Wollfett. Fabrikant: Apotheker G. Pflug in Zittau. (Pharm. Zentralhalle.)

Solvacid, Pastili Natrii citri comp., sollen bei harnsaurer Diathese in Wasser gelöst genommen werden. Fabrikant: G. Hell & Cie. in Troppau.

Timothein ist ein durch Alkohol gefälltes Paratuberkulin, gewonnen aus den Kulturen von Timotheusbazillen, welches zur Anwendung der sogen. Ophthalmoreaktion zur Tuberkulosediagnose empfohlen wird. (Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 10.)

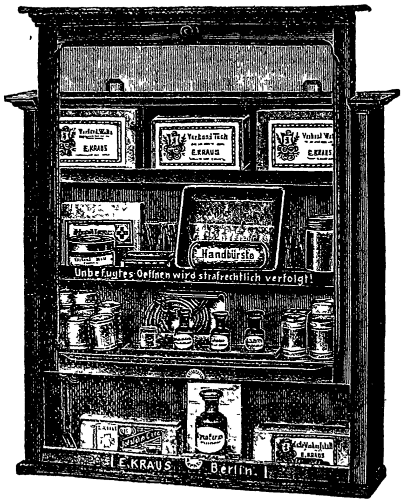
Tussiculin, ein bei Keuchhusten äußerlich anzuwendendes Präparat, soll hergestellt werden aus je 3,5 g der ätherischen Oele von Melaleuca, Leucodendron, Serpyllum, Persica vulgaris und 45 g Alcanna tinctoria. Bezugsquelle: Dr. Wasserzug & Cie. in Frankfurt a. M. (Pharm. Zeitg., 1908, Nr. 28.)

Technische Neuerscheinungen.

Verbandschrank „Sanitas“

zur dauernden Steril-Erhaltung von Notverbänden.

In den bisher gebräuchlichen Verbandkästen, welche in Unfallstationen und gewerblichen Getrieben zum Aufbewahren der bei Unfällen sofort zu brauchenden Verbandstoffe und Instrumente benutzt wurden, waren die darin untergebrachten Gegenstände absolut nicht in idealer Weise aufbewahrt und man beobachtete eine große Anzahl gewichtiger Mängel und Nachteile an diesen Verbandkästen und -Schränken. Um diesen Uebelständen abzuhelfen, ist von E. Kraus, Berlin SW., Kommandantenstr. 55 ein neuer Verbandschrank konstruiert worden, welcher mit dem Namen „Sanitas“ belegt wurde. Aus beistehender Abbildung dieses Schrankes ersieht man dessen Konstruktion. Er besitzt entgegen den gebräuchlichen Schränken zu diesem Zwecke eine Falltür, welche, in Nuten und auf Federn laufend, durch ihr eigenes Gewicht sich schließt, so daß der Schrank immer automatisch geschlossen wird. Durch die Einführungsfuge der Falltür wird das Eindringen selbst feinster Staubpartikelchen verhindert, was deshalb besonders wichtig ist, da solche Schränke meist an Orten, die sehr staubreiche Luft aufweisen, wie Fabrikräume, Turnhallen, Eisenbahnwagen etc., aufgestellt werden. Zur Kontrolle darüber, ob der Inhalt von unbefugten Personen berührt, resp. der Schrank geöffnet worden ist, ist am unteren Rande des Schrankes eine kreisrunde Vertiefung angebracht, welche halb in der Tür, halb in der unteren Leiste des Schrankes gelegen ist, und dazu dient, von einer Marke beklebt zu werden, wenn die Tür geschlossen ist. Es stellt dies eine Art Plombe dar. Durch eine geringfügige Veränderung des Schrankes kann man eine Desinfektionsvorrichtung für die Scheringsche Formalinlampe anbringen, durch deren Dämpfe der Inhalt des Schrankes sterilisiert wird. Zwei Formalinpastillen genügen in der Scheringschen Formalinlampe „Hygiea“ für Sterilisation des Inhalts des Schrankes in ca. 10 Minuten. Nach dieser Zeit verlischt die Lampe von selbst. Der Inhalt des Schrankes, der aus Glas ist, ist leicht übersehbar, und die einzelnen Gegenstände lassen sich leicht, ohne daß man andere berühren muß, aus dem Schranke herausnehmen. Der Verbandschrank „Sanitas“ wird in drei Größen angefertigt, je nach der Größe des Getriebes, für welchen er bestimmt ist.



Bücherbesprechungen.

Die Blinddarmentzündung, ihre Entstehung, Verhütung und Behandlung nach neueren Gesichtspunkten. Von Dr. M. Meyer-Bernstadt. München 1906. O. Gmelin. 28 S. Preis 1,20 M.

Verf. betont, daß es müßig sei, über den Wert der verschiedenen Behandlungsarten der Blinddarmentzündung zu streiten, solange man sich nicht darüber klar geworden sei, wie das Leiden zustande komme.

Nach seiner Anschauung ist sie in letzter Linie auf den schädlichen Einfluß abnormer Zersetzungsprodukte im Verdauungstrakt zurückzuführen, deren Hauptursache wieder in einer Insuffizienz der Darmtätigkeit zu suchen sei.

Letztere kann verschiedene Gründe haben. Jedenfalls treten durch sie bedingte Stockungen am häufigsten und hartnäckigsten an Stellen schwierigerer Passage auf, zu denen vor allem die Blinddarmgegend gehört. Hier ist also die Gefahr der Resorption von Giftstoffen besonders groß. Ob das hier, ähnlich wie am Isthmus faucium, massenhaft befindliche adenoide Gewebe als Schutzwall wirkt, läßt Verf. dahingestellt.

Eine Hauptquelle toxischer Stoffe ist die heutzutage viel zu sehr überschätzte Fleischkost*). Die aus ihr entstehenden Extraktivstoffe und Eiweißfäulnisprodukte können um so leichter und länger einwirken, als die Fleischingeste infolge ihres Fibringehaltes zu einer zähen, klebrigen, der Darmwand anhaftenden Masse werden, und im Gegensatz zu der vegetabilienreichen Nahrung diesen Charakter bis weit in den Dickdarm hinein beibehalten. (Der übliche gärungerregende Alkoholgenuß wirkt dabei noch fäkulenzverstärkend ein.)

Die protoplasmafeindlichen Eigenschaften der erwähnten Stoffe dokumentieren sich in zweifacher Weise, erstens durch direkte entzündliche Einwirkung am Ort ihres Entstehens, zweitens nach geschehener Aufnahme in die Zirkulation als „vis a tergo“. Nehmen wir dazu noch die mechanische Wirkung der Kotstauung und diejenige von „virulent gewordenen“ Bakterien, so ergibt sich, daß die Blinddarmgegend mehrfachen Angriffen standzuhalten hat, die für das Zustandekommen einer Entzündung völlig ausreichen und das Suchen weiterer Entstehungsursachen (Emaillepartikelchen, Obstkerne) überflüssig erscheinen lassen.

Die je nach der individuellen Konstitution, Lebensweise etc. verschiedene allgemeine und Lokalreaktion gegen die genannten Schädlichkeiten ergibt dann die verschiedensten Formen und Stufen von Erkrankung und dementsprechende individuelle Behandlung im Gegensatz zu der vor kurzem von einigen chirurgischen Heißspornen empfohlenen automatischen Operation jeder Blinddarmentzündung.

Prophylaktisch empfiehlt Meyer Einschränkung der Fleischkost zugunsten der vegetabilischen, Körperbewegung und nötigenfalls tägliche Darmauswaschungen durch Einfuhr von Mittelsalzen (Bitterwässer, Sanosal), wobei er — wohl ein wenig zu optimistisch — die Angewöhnung nicht höher anschlägt als diejenige an die tägliche Haut- und Mundpflege.

Bei ausgebrochener Krankheit ist 1. für Aufhebung von Kotstauung und Darmgiftbildung, 2. für „Eindämmung“ der Entzündung und 3. nötigenfalls für die Beseitigung unerträglicher Schmerzen Sorge zu tragen.

In letzterer Hinsicht ist Opium per os oder in Suppositorien nach M.s Ansicht oft nicht zu umgehen. (Ref. möchte hier wiederholt auf die Ausführungen von Rosenbach und Spies, Münch. med. Wochenschr., 1906, betr. die entzündungswidrige Wirkung der Anästhesierung, hinweisen.)

Der ersterwähnten Indikation empfiehlt M., der auf Grund seiner oben erwähnten Anschauung die „Ruhigstellung des Darmes“ perhorresziert, durch Darreichung von Mittelsalzen, event. eine dreiste Kalomelgabe (0,5 + 1,0 Jalappe) zu genügen, die Entzündung behandelt er nicht mit Eis, sondern mit hyperämisierenden und den „Abbau“ der Entzündungsprodukte fördernden Alkohol-Stammumschlägen und rät außerdem zu einem Versuch mit den katalytisch wirkenden kolloidalen Silberpräparaten (Ung. Credé, Kollargol per os).

Betreffs der Operation teilt er den Standpunkt der nicht „automatischen“ Autoren (Czerny, Garhammer, Herz, Kreeke, Pfister, v. Renvers, Sonnenburg etc.), indem er dieselbe nur bei bedrohlichen Symptomen empfiehlt.

Zu dem letzterwähnten Punkt möchte Ref. noch bemerken, daß es theoretisch ja allerdings sehr verführerisch erscheint, die Unmöglichkeit einer sicheren Prognose durch einheitliches Operieren jedes Epityphlitisfalles zu kompensieren (Riedel, Berndt etc.).

Da die Krankheit aber, bis auf wenige Prozent (5 bis 8%, Sahli), eine gutartige Affektion ist, so kann man, seitdem die Chirurgen uns bei gewissen Formen ihre Hilfe leisten, auch ohne durchgängige Operation die Mortalität auf ein Minimum herabdrücken.

Allerdings aber werden hier, ebenso wie bei anderen Affektionen, einzelne latente, undiagnostizierbare oder direkt hochgradige infektiöse Fälle (letztere auch trotz Operation) stets zugrunde gehen (Herz, Sonnenburg), so daß der Ausspruch „es braucht heutzutage niemand mehr an Epityphlitis zu sterben“ als ebenso falsch wie töricht bezeichnet werden muß. Esch.

Friedrichs des Großen Korrespondenz mit Aerzten. Herausgegeben von Dr. G. L. Mamlock, Arzt in Berlin. Verlag von F. Enke. Stuttgart 1907. 159 S.

Mit Friedrich d. Gr. haben sich wiederholt Mediziner beschäftigt, so sein behandelnder Arzt Selle, der nach dem Tode des Königs seine Krankheitsgeschichte herausgab, und sein Konsiliarius Zimmermann, von neueren besonders du Bois-Reymond und Waldeyer, am eingehendsten aber wohl Mamlock selbst, der bekannte medizinische Geschichtsforscher, der mit bewunderungswürdigem Fleiß und kritischem Scharfblick in einer stattlichen Reihe von Veröffentlichungen alles zusammengetragen und gesichtet hat, was überhaupt geeignet ist, die Stellung des großen Königs zur Medizin zu beleuchten und klarzustellen. Was seine diesmalige Veröffentlichung von allen bis jetzt von anderer Seite erschienenen unterscheidet und für uns Aerzte besonders interessant und wertvoll macht, ist der Umstand, daß wir Friedrich hier als einen Förderer der Medizin und seine Stellung zur Heilkunde als Landesherr kennen lernen, während alles früher Veröffentlichte sich mehr oder weniger ausschließlich auf den König als Person, auf seine Krankheiten, seine Kenntnis von medizinischen Dingen, seinen Verkehr mit Aerzten usw. bezieht. Dazu kommt, daß die von M. zum ersten Male herausgegebene Korrespondenz bisher zum größten Teil unbekannt gewesen ist. Seine Quellen sind die besten, die man sich denken kann, nämlich das Geh. Staatsarchiv in Berlin und Breslau, das Kgl. Hausarchiv in Charlottenburg, die Generalregistratur der Charité und eine private Mitteilung. Zum Abdruck gelangt sind alle Briefe (174 an der Zahl), die für den Zweck dienlich erschienen, ohne daß dabei auf Vollständigkeit Anspruch gemacht wird. Wer aber etwa eine trockene Wiedergabe dieser ohne Kommentar erwartet, ist auf das Angenehmste durch die von M. geschriebene Einleitung enttäuscht, in welcher, und zwar auf Grund der nachfolgenden Korrespondenz selbst, eine Schilderung der Zeit und der Zustände gegeben wird, aus der heraus letztere überhaupt erst mit Genuß gelesen und richtig verstanden werden kann. Und mit Bewunderung und Staunen sehen wir dann, daß der alte Fritz nicht nur der große Staatsmann und Feldherr war, als den wir ihn alle bereits kennen, sondern, wie gesagt, auch ein Förderer der Medizin, ein Geist, der mit einer Vielseitigkeit ohne gleichen alles selbst geprüft und sich in Dinge hineingearbeitet hat, die heute vollauf eine Reihe von Behörden beschäftigen, in das gesamte Heeressanitätswesen, die wissenschaftliche Forschung, den medizinischen Unterricht, die ärztliche Praxis, Hygiene usw. Was ihm besonders am Herzen lag, war, entsprechend seiner ganzen Zeit, naturgemäß die Ausgestaltung des Militärsanitätswesens und, damit zusammenhängend, die Beschaffung eines ausreichend geschulten Aerztematerials, sowie die Ausarbeitung eines zweckentsprechenden Lazarettreglements. Erst von diesem aus konnte sich das heutige

---

*) Vgl. die einschlägige Notiz von Allwig-Flesch, Münch. med. Wochenschr., 1907, über das Fehlen der Blinddarmentzündung bei vegetarisch lebenden Völkern, desgl. Championière, Hünerfauth etc.

Militärsanitätswesen bis zu seinem gegenwärtigen Stande entwickeln. Nächst der Militärsanität ist es die öffentliche Hygiene, die besonders aus Anlaß der damals herrschenden Pest gelegentlich ein persönliches Eingreifen des Königs erforderte (es solle „nicht ohne Noth das Commercium gestöhret" werden). Ihm verdanken wir ferner das Projekt der späteren Tierarzneischule, die Einführung der Impfung, zu deren Ausführung und Lehre er 1768 den in Dresden ansässigen englischen Arzt Dr. Baylies nach Berlin kommen läßt, ferner Maßnahmen zur Bekämpfung der Tollwut, zur Hebung der Bäder, besonders der schlesischen, der Stahlbereitung, die Einführung des Hebammenunterrichts, die Erweiterung der Charité usw. usw. Ohne Kenntnis der historischen Tatsachen kein Fortschritt. Wer sich für diesen interessiert, muß es auch für jene tun, und in diesem Sinne ist es, wie gesagt, ein Genuß, vor allem auch für Militärärzte, sich in die Korrespondenz, die der große Friedrich mit Aerzten gehabt hat, und die Erläuterungen, die M. dazu gibt, zu vertiefen. Die Briefe des Königs selbst sind genau nach den in den Kabinetskanzleien enthaltenen Konzepten wiedergegeben und atmen seinen und seiner Zeit Geist in oft erfrischender Deutlichkeit. Wo nötig, sind Kommentare beigegeben. Peltzer-Steglitz.

Lehrbuch der Pharmakotherapie. Von R. Kobert. Zweite durchweg neubearbeitete Auflage. Stuttgart 1908. Verlag von F. Enke. Erste Hälfte.

Man muß die Medizin vor dem Treibhaus bewahren, man darf sie nicht zu sehr verkünsteln, sonst hält sie dem praktischen Leben nicht stand. Gerade die Pflegestätten der Wissenschaft durfen, da sie die Aerzte erziehen, Verständnis und Fühlung mit den Bedürfnissen der Praxis nicht verlieren; sonst würde das Hissche Wort: „Es muß zugegeben werden, daß die experimentelle Pharmakologie sich allzu weit von der Klinik entfernt hat" nicht bloß zur Charakterisierung der jetzt herrschenden Richtung der pharmakologischen Forschung und des pharmakologischen Unterrichts gelten, sondern müßte verallgemeinert werden. In dieser Erkenntnis und Forderung wissen wir uns eins mit Kobert, der in seiner Pharmakotherapie eine Brücke von der theoretischen Wissenschaft zur Praxis schlägt und dessen Buch eben deshalb in der Hand jedes Mediziners zu finden sein sollte.

Es ist unmöglich, daß ein nur halbwegs beschäftigter Arzt die gesamte Literatur liest, die ihm heutzutage angeboten wird; es ist auch nicht nötig; denn ganz abgesehen davon, daß in vielen Fachzeitschriften nur allzu viel Theorie und — aus naheliegenden Gründen — zu wenig Praxis zu finden ist, es wird der Arzt auch von chemischen und technischen Fabriken und Laboratorien mit Literatur geradezu bombardiert, ohne daß er immer imstande ist, Spreu vom Weizen zu sondern. Dabei läßt die Fulle von Neuheiten die guten alten Mittel allzu sehr in Vergessenheit geraten. Kobert gibt nun dem Arzte und dem alteren Kandidaten der Medizin ein Buch in die Hand, das die fur ihn in Betracht kommenden realen Gesichtspunkte scharf hervorhebt, d. h. welches die Mittel nach den klinischen Indikationen sichtet und bei jeder Gruppe angibt, welche Anforderungen bei der Untersuchung eines Mittels erfüllt sein müssen, ehe man ein Recht hat, dieses Mittel klinisch als Diuretikum, Diaphoretikum etc. zu bezeichnen. Dem entspricht die Einteilung. Dem ersten Teil, in dessen 15 Kapiteln die „allgemeine" Pharmakotherapie abgehandelt wird, folgt der spezielle Teil, dessen erste Abteilung die pharmakotherapeutischen Mittel ohne eigentliche pharmakologische Wirkung, dessen zweite diejenigen, deren Wirkung nicht an ein bestimmtes Organ gebunden ist, dessen dritte diejenigen, deren Wirkung an ein bestimmtes Organ oder Organsystem gebunden ist, enthält. Es ist das therapeutische Einteilungsprinzip gewählt, von dem auch Harnack in seiner Pharmakologie (pag. 103) zugibt, daß es dem Arzte am Krankenbett die meiste Bequemlichkeit bietet, wenn er es auch anschuldigt, „nicht bloß der Pharmakologie als Wissenschaft, sondern auch der Therapie am verderblichsten" geworden zu sein, ein Standpunkt, der freilich von einer geringen Hochachtung vor dem praktischen Arzte und von einem Mangel an Verständnis für seine Tätigkeit zeugt.

Es ist klar, daß das therapeutische Einteilungsprinzip auf Schwierigkeiten bei der Durchführung stößt, z. B. wegen der wiederholten Anführung einzelner Mittel in verschiedenen Kapiteln. Kobert hat sich aber dadurch nicht abschrecken lassen, und es ist ihm, da er den praktischen Gesichtspunkt immer im Auge behielt, einwandsfrei geglückt, die Bequemlichkeit und Annehmlichkeit seines Einteilungsprinzips auch auf die Handlichkeit des Textes zu übertragen. Lungwitz-Berlin.

ALLGEMEINES.

Der **Bund für Mutterschutz** verhandelte auf seiner Tagung am 16. Februar über die Reform des Hebammenwesens und stellte folgende Forderungen auf: 1. Die Hebammenfrage kann nur durch Erlaß eines Gesetzes in befriedigender Weise gelöst werden. 2. Für die Zulassung zur Hebammenlehranstalt ist eine durch Prüfung zu erweisende, ausreichende Bildung, mindestens die einer Mädchen-Mittelschule zu fordern. 3. Die Ausbildungszeit beträgt 1½ Jahre und umfaßt Geburtshilfe, Wochenbetthygiene, Säuglingspflege. 4. Die staatlich geprüften Hebammen werden nach Bedarf in den einzelnen Bezirken angestellt. Die Bevölkerung hat jedoch freie Hebammenwahl. 5. Sie erhalten ein Mindestgehalt von jährlich 1200 M. 6. Die Hebammen unterstehen dem Pensionsgesetz für Staatsbeamte in Preußen. 7. Zum Schutz gegen Ansteckung und Unfälle im Beruf sind die Hebammen der Unfallversicherung zu unterstellen. 8. Die heute praktizierenden Hebammen sind, soweit sie den gesteigerten Anforderungen und der Nachprüfung im Wiederholungslehrgang genügen, staatlich anzustellen. Durch Einrichtung besonderer Fortbildungskurse ist ihnen der Uebergang in die neue gesetzliche Ordnung zu erleichtern. 9. Hebammen, die infolge ungenügender Bildung die Prüfung nicht bestehen können, werden durch eine einmalige Abfindungssumme entschädigt und ihres Amtes enthoben. Hebammen, die infolge vorgerückten Alters zu staatlichen Anstellungen untauglich sind, werden pensioniert. 10. Wochenpflegerinnen dürfen weder vom Arzt beauftragt noch aus eigener Initiative Hebammendienste bei der Geburt verrichten. — Außerdem wurde ein Antrag von Dr. Falk angenommen: Der Bund für Mutterschutz ersucht die städtischen Behörden, bei der Neuregelung des Rettungswesens die notwendigen Einrichtungen zu treffen, damit bei Entbindungen von den Rettungswachen Kisten mit sterilisierter Wäsche und Verbandsachen leihweise abgegeben werden können. (Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 10.)

Bekanntmachung. Im Verlage von Julius Springer zu Berlin N. 24, Monbijouplatz 3, ist ein Nachtrag zu dem Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute im Deutschen Reiche erschienen.

In dem Nachtrage sind alle Krankenhäuser und Institute, die seit der ersten Herausgabe des Verzeichnisses neu ermächtigt worden sind, sowie die selbständigen pathologisch-anatomischen usw. Abteilungen von Krankenhäusern, die bisher schon zur Annahme von Praktikanten ermächtigt waren, berücksichtigt worden. Von der Aufnahme sonstiger Aenderungen (z. B. der Zahl der Praktikanten u. a.) ist abgesehen worden, um den Nachtrag nicht unübersichtlich zu gestalten.

Berlin, den 4. März 1908.

Der Polizei-Präsident.
I. V.: Friedheim.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 10. Mai 1908. Nr. 19.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Reisekrankheiten.

Von Dr. **Max Hirsch**, Arzt in Bad Kudowa.

Der enorme Fortschritt der Technik, der die langsam dahinrollende Postkutsche der von Dampf und Elektrizität getriebenen Lokomotive weichen ließ und an Stelle des Segelschiffes dem Dampfer das weite Feld des Ozeans übergab, und der jetzt schon den schüchternen Versuch macht, in das Reich der Lüfte den Verkehr zu lenken, dieser riesenhafte Fortschritt der Technik hat es zuwege gebracht, daß das Reisen eine Ausdehnung gewonnen hat, wie es sich wohl der geniale Schöpfer der Dampflokomotive nicht hat träumen lassen. Aber der Vervollkommnung der Reisemittel schlossen sich auch bald Nebenerscheinungen unerwünschter Natur an. Denn wenn auch das Gutachten jener medizinischen Fakultät in den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts nicht zutreffend war, daß die schnelle Fahrt — schnell nannte man schon die Geschwindigkeit von ca. 30 km in der Stunde, welche die Eisenbahn Nürnberg-Fürth zurücklegte —, wenn also das Gutachten unrichtig war, daß durch die Eisenbahnfahrt die Nerven zerrüttet würden, die Gehirntätigkeit leiden sollte und noch andere Erscheinungen eintreten müßten, die alle dazu angetan wären, der Menschheit gefährlich zu werden, so hat das schnelle Reisen doch eine Reihe von Krankheiten in seinem Gefolge, die recht unangenehm werden und das Reisen gar leicht verleiden können. Ich will hier nicht von den Gefahren sprechen, die dem Reisenden durch Eisenbahn- und Schiffsunfälle drohen, da doch Unfälle bei diesen Verkehrswegen im Verhältnis zu der Zahl der Reisenden sicherlich nicht mehr Opfer fordern als das Scheuen der Pferde und andere Gefährdungen der Postkutsche. Die Aufregungen, welche die Vorbereitungen zu einer Reise für eine Reihe von Menschen mit sich bringen, der Gedanke, sich von den Angehörigen eine Zeitlang trennen zu müssen, die Erwartung, Neues zu sehen u. a. m. wirken auf manches labile Nervensystem in ungünstigem Sinne ein und machen das Individuum empfänglich für die Schäden, welche die Reise selbst mit sich bringt. Das Schaukeln und Schütteln der schnell dahinsausenden Fahrwerkzeuge, der Eisenbahnen bei schlechtem Oberbau der Schienen und falschem Bettungsmaterial, der Dampfschiffe in noch höherem Maße besonders bei starkem Seegang und zwar wegen des schwankenden Elementes, auf dem sie sich bewegen, rufen jenes Bild hervor, das jeder, der eine auch noch so kleine Seefahrt gemacht hat, als das nicht gerade appetitlich wirkende und auch sonst recht unangenehme Gespenst der Seekrankheit kennt, die aber nicht nur auf dem Schiff vorkommt, sondern auch bei Eisenbahnfahrten beobachtet wird, besonders wenn die Schienen starke Kurven bilden. Der eigentlichen Seekrankheit entgehen nur wenig Menschen. Es ist sicher anzunehmen, daß bei häufigen oder längeren Fahrten allmählich eine Gewöhnung an das Schaukeln des Fahrzeuges eintritt; indessen sehen wir recht oft, daß die Seekrankheit auch bei alten Seefahrern sich immer wieder einstellt, auch bei nicht gerade besonders hohem Seegang. Und auch manch alter Seemann, der sich gegen die Gefahr der Seekrankheit für gefeit hielt, mußte bei besonders ungünstiger Fahrt dem Meeresgott sein Opfer bringen.

Bevor noch das starke Schaukeln des Schiffes eintritt, zeigt schon das eine oder andere Individuum einer Schiffsbesatzung die ersten Zeichen der Seekrankheit. Das sind gewöhnlich dieselben Individuen, die auch auf der Eisenbahn das Reisen nicht vertragen können und auch hier „seekrank" werden. Das Individuum fühlt sich unbehaglich, wird blaß, zittert, und fröstelt unter gleichzeitigem Schweißausbruch. Zugleich erscheinen Schwindelanfälle, Augenflimmern und Unsicherheit in allen Bewegungen. Es tritt sodann eine gewisse Apathie ein, ferner nervöse Reizbarkeit, Interesselosigkeit für alles; die Unterhaltung stockt; Mattigkeit und Schläfrigkeit beherrschen das Bild — aber der Schlaf tritt nicht ein. Im Gegenteil, den Kranken befällt Unruhe, Angst, die sich bis zur Todesangst steigern kann. Der Puls jagt, wird unregelmäßig, setzt aus, nimmt überhaupt einen ganz elenden Charakter an, wie wir ihn beim Kollaps kennen; das Gefühl der Hilflosigkeit und Willensschwäche tritt ein, Widerwille gegen jede Nahrungsaufnahme, Würgbewegungen, Drang zu Stuhl- und Harnentleerung bei bestehender oft hartnäckiger Verstopfung und schließlich mehr oder minder heftiges Erbrechen, dessen Folgen dem Schiffsdeck bei stürmischen Ueberfahrten sein nicht gerade ästhetisches, dafür aber charakteristisches Gepräge geben. Allmählich erholt sich der Kranke, namentlich wenn die See ruhiger wird, wenn die Schaukelbewegungen nachlassen. Zunächst bekommt er nach der gründlichen Entleerung des Magens etwas Appetit auf saure und gesalzene Speisen und Getränke, auf kohlensäurehaltige Wässer, seltener auf Alkohol, wohl nie auf Fleisch. Das Unbehagen schwindet allmählich, die Katzenjammerstimmung läßt nach, bis wieder ein neuer starker Seegang oder auch noch dieselbe Unruhe der Wogen nach mehr oder minder langem Intervall das grausame Schauspiel sich wiederholen läßt. Rosenbach[1] [2] unterscheidet vier Intensitätsgrade der Seekrankheit, von dem unangenehmen Gefühl, das manche Individuen namentlich Frauen auch bei der Fahrt bei ruhiger See erkennen lassen, bis zu den schwersten oben geschilderten Erscheinungen der Seekrankheit.

Wie hat man sich die Entstehung aller dieser Symptome zu denken? Diese Frage ist oft und viel erörtert worden; aber nur wenig Erklärungsversuche geben eine auch nur annähernd genügende Begründung. Rosenbach hält sie für eine Gleichgewichtsstörung, die nicht durch die Verrückung der Gleichgewichtslage, sondern durch den plötzlichen Uebergang einer energischen und anhaltenden Bewegungsrichtung in die entgegengesetzte hervorgerufen wird. Dabei spielt nach Rosenbach ein im Epigastrium liegender Gleichgewichtsmechanismus eine besondere Rolle. Nach diesem Autor ist die Seekrankheit das typische Bild einer Kinetose, d. h. einer durch abnorme Bewegung des menschlichen Körpers hervorgerufenen Krankheit, die in ihrer schwersten Form den traumatischen Chok darstellt. Rosenbach hat auch eingehend die einzelnen Schiffsbewegungen untersucht, welche den hauptsächlichsten Einfluß auf die Entstehung der Seekrankheit haben. Er unterscheidet zwei Arten von Seekrankheit: die somatische und die psychische Form. Erstere besteht darin, daß die fortwährenden Bewegungen das Gehirn beeinflussen, letztere, daß psychische Einflüsse einen Reiz auf das Nervensystem ausüben, wie ja auch Ekel, Schreck und Furcht imstande sind, Schwindelanfälle und andere der Seekrankheit eigentümliche Symptome hervorzurufen.

Daß nicht die psychische Beeinflussung allein die Seekrankheit hervorruft, wie mitunter angenommen wird, dafür spricht die Tatsache, daß die Seekrankheit auch im festesten Schlafe eintreten kann und daß Säuglinge und Tiere auch in gleichem Maße von der Seekrankheit befallen werden wie erwachsene Menschen, daß sie also auch da eintritt, wo jede Beeinflussung von seiten der Psyche ausgeschaltet werden muß. Dieser Erklärung schließt sich auch Wechsler[3]) an sowie Mixius[4]), der die Seekrankheit für eine Gleichgewichtsstörung hält, hervorgerufen durch Reizung des Gleichgewichtszentrums im Kleinhirn. Er sieht in ihr eine Störung unserer Fähigkeit, unsere Beziehungen zum Raume zu erkennen und zu erhalten. Ihre Ursache hat diese Störung in den schwankenden Schiffsbewegungen. Binz[5]), dessen Ansicht auch Koepke[6]) teilt, gibt eine ganz andere Erklärung für das Entstehen der Seekrankheit. Er ist der Ansicht, daß das Schaukeln der Schiffe eine Verengerung der Arterien im Gehirn hervorruft und damit eine akute Gehirnanämie schafft. Diese akute örtliche Blutarmut bringt dann, wie auch bei anderen Anlässen, Uebelkeit, Schwindelanfälle und Erbrechen mit sich. Infolge des Brechaktes tritt die Bauchpresse in starke Aktion und treibt das Blut aus dem Pfortaderkreislauf in das Gehirn; die Gehirnanämie wird dadurch beseitigt, und der Zustand der Seekrankheit löst sich. Bei dieser Erklärung ist die Tatsache wichtig, daß der Magen vom Zentralnervensystem aus zum Erbrechen angeregt wird, ganz gleichgültig, ob er gefüllt ist oder nicht. Hagen-Torn[7]), der die Deutung der Seekrankheit von Binz als Gehirnanämie für die zutreffendste hält, nimmt als Ursache des Zustandekommens der Arterienverengerung eine reflektorisch hervorgerufene Koordinationsstörung an, die durch die Unmöglichkeit der Anpassung an die sich stets verändernden Beziehungen des Körpers zur Umgebung eintritt. Partsch[8]) hält auch die Anämie des Gehirns für die typische Veranlassung der Seekrankheit, führt aber ihre Entstehung auf eine Erschlaffung der peripherischen Gefäße besonders im Splanchnikusgebiete zurück. Beard[9]) glaubt, daß die Erschütterung und Erregung der Nervenzentren die Seekrankheit veranlaßt. Bardet[10]) hält sie für eine paroxysmenartig auftretende Magenneurose, wie auch Stintzing[11]) ihr den Charakter einer vorübergehenden funktionellen Neurose zuschreibt. Havelburg[12]) ist auch der Ansicht, daß die Seekrankheit eine subakute Magenneurose ist, die sich in Magenbeschwerden äußert, welche zum Erbrechen führen. Nach seinen Untersuchungen findet sich nach einem Probefrühstück eine Hyperazidität im Magen. Die freie Salzsäure sowie die Gesamtazidität sind gesteigert.

Die Prognose der Seekrankheit ist zwar an sich günstig, da eine direkte Gefahr für das Leben des von der Seekrankheit Befallenen nicht besteht. Aber andererseits soll man sie in ihrer Bedeutung nicht unterschätzen. Es gibt doch eine große Reihe von Menschen, die von der Seefahrt und auch schon von einer kurzen Eisenbahnfahrt so angegriffen werden, daß die Reise für sie verhängnisvoll werden kann. So z. B. werden Neurastheniker durch die ununterbrochenen Ansprüche, welche die Seekrankheit an ihr Nervensystem stellt, und durch die ungenügende Ernährung sowie durch die Obstipation in ihrem Allgemeinbefinden so wesentlich gestört, daß es nach der Reise einer langwierigen Kur bedarf, um sie wieder auf ihren alten Status zu bringen. Desgleichen werden Patienten, die an Anämie und anderen Krankheiten, die ihren Ernährungszustand herabsetzen, leiden, durch das dauernde Erbrechen so geschwächt, daß schon eine kurze Reise genügt, um sie in einen elenden Zustand zu versetzen. Bei graviden Frauen wird man durch das Erbrechen leicht Abortierung hervorrufen; bei Arteriosklerose, Tuberkulose der Lunge und anderen Krankheiten kann es durch die Ueberanstrengung der Bauchpresse zu Blutungen kommen, die das Leben direkt gefährden. Aber auch auf Gesunde wird die Unannehmlichkeit der Seekrankheit ungünstig einwirken. In letzter Zeit, in der von den verschiedensten Autoren — ich nenne nur Klein[13]), Weber[14]), Paull[15]), — Seereisen zu therapeutischen Zwecken, und wie es scheint, bei einer großen Reihe von Krankheiten mit gutem Recht empfohlen werden, stößt diese therapeutische Maßnahme auf großen Widerstand bei den Patienten, gerade durch die Furcht vor den Unannehmlichkeiten der Seekrankheit. Und in der Tat wird sich jeder Arzt wohl in acht nehmen, Tuberkulöse den Gefahren der Seekrankheit auszusetzen, da der wiederholte Brechreiz Lungenblutungen herbeiführen kann und infolgedessen Schäden zu befürchten sind, gegen welche die Vorteile, die eine Seereise bieten kann, unvergleichlich gering sind. Auch können schon die Seekrankheitserscheinungen in Eisenbahnfahrten unangenehm werden, besonders bei Anämischen, bei Tuberkulösen, bei Arteriosklerotikern, bei Graviden etc. Es muß als Aufgabe des Arztes im Badeorte angesehen werden, dafür Sorge zu tragen, daß die Heimreise der Kranken aus dem Kurorte ohne Unannehmlichkeiten verläuft, daß also die Patienten, die sich in einer kostspieligen und anstrengenden Kur eben erst gebessert haben und das Reisen schlecht vertragen können, durch prophylaktische Maßnahmen vor den Gefahren der Reisekrankheit geschützt werden, um nicht dadurch den Erfolg der ganzen Badekur illusorisch werden zu lassen.

Die therapeutischen Maßnahmen gegen die Seekrankheit sind recht zahlreich. Spricht man doch scherzend von den 28 Arzneimitteln, die zur Bekämpfung dieser Krankheit Anwendung finden. Ich glaube, wenn man auf alle Empfehlungen Rücksicht nimmt, dürfte sich auch diese Zahl als zu niedrig herausstellen. Viel Erfolg verspricht man sich von der psychischen Therapie, an der gewiß viel Gutes ist. Sieht man die Seekrankheit als Neurose an, dann kann die Beherrschung der Willenskraft gewiß möglich und von großem Werte sein; mehr noch wenn man mit Rosenbach[1]) eine psychische Form der Seekrankheit annimmt. Bei der Binzschen Auffassung[5]) dagegen kann man sich einen Erfolg der psychischen Behandlung nur schwer vorstellen. Indessen wird wohl in den meisten Fällen die Willenskraft nicht lange den Anstürmungen der Symptome der Seekrankheit Trotz bieten.

Was das Verhältnis des Mageninhalts zur Seekrankheit angeht, so wird von einer Gruppe angegeben, daß ein voller Magen die Seekrankheit verhindert, während andererseits behauptet wird, daß bei leerem Magen die Erscheinungen nicht auftreten. Indessen liegt die Wahrheit auch hier wie gewöhnlich in der Mitte. Man wird einer Seekrankheit am besten entgegentreten, wenn man die Reise nicht mit ganz leerem Magen antreten läßt; denn das Würgen bei leerem Magen schafft größere Beschwerden als bei vollem, bei dem die Entleerung rascher und müheloser vor sich geht. Aber auch nicht mit vollem Magen, da der Mageninhalt durch das Schaukeln des Fahrzeuges die Magennerven schneller reizen wird. Besonders zeigen sich die Störungen bei Eisenbahnfahrten, vor denen gewöhnlich in aller Hast eine große Mahlzeit zu sich genommen wird. Kein Wunder, daß diese Ueberfüllung, gewöhnlich verbunden mit der Hast und Erregung vor der Abreise, bei den ersten Schüttelbewegungen der Eisenbahn eine Revolutionsbewegung im Magen auslöst. Ich rate gewöhnlich, wenigstens zwei Stunden vor der Abreise die Mahlzeit zu nehmen und dann etwas zu ruhen, bevor die Fahrt angetreten wird, damit wenigstens der größte Teil des Verdauungsaktes in Ruhe vorübergeht. Ebenso wird man auch bei Seereisen verfahren müssen. Auf die Auswahl der Speisen wird man wohl nur insofern Rücksicht nehmen müssen, als man stark gewürzte oder gesalzene Speisen lieber vermeidet, um den Durst nicht zu stark anzuregen, da eine übermäßige Füllung des Magens mit Getränken an seine Verdauungstätigkeit nicht geringe Ansprüche stellt. Dann aber wird man nur leicht verdauliche und keine blähenden Speisen zu sich nehmen und ferner dafür sorgen, daß man durch das diätetische Regime einer Verstopfung entgegenarbeitet, die ja bei der Seekrankheit gewöhnlich auftritt. Kleine und häufige Mahlzeiten sind sowohl auf der Seefahrt wie auf der Eisenbahnreise kopiösen Mengen von Speisen und Getränken vorzuziehen. In jedem Falle wird man bei längeren Fahrten darauf Bedacht nehmen müssen, den durch häufige Anfälle von Seekrankheit heimgesuchten Individuen eine genügende Nahrungsmenge zuzuführen, und man wird wohl nicht selten zu den konzentrierten Nährpräparaten, in schweren Fällen auch zur rektalen und subkutanen Ernährung seine Zuflucht nehmen müssen, da eine ungenügende Nahrungszufuhr leicht Blutarmut hervorruft, die den Ausbruch der Seekrankheit wesentlich begünstigt. Mit Genußmitteln zur Anreizung des Appetites soll man nicht sparen; besonders bei Kollapszuständen reichlich Kaffee und Champagner geben. Die Empfehlung großer Dosen Alkohols gegen die Seekrankheit dürfte wohl vielfach auf Widerstand stoßen und nur in vereinzelten Fällen wünschenswert erscheinen. Eis, Kognak in Kaffee, in Selterswasser etc. kommen auch vielfach in Anwendung. Besonders beliebt ist nach Koepke[6]) Sherry mit Eigelb, das sowohl als Nahrungs- als auch als Genußmittel in Frage kommt.

Daß die Zuführung frischer Luft dem Seekranken gut tut, dürfte keinem Zweifel unterliegen; daher soll man auf Schiffen die Seekranken recht schnell auf Deck bringen und Personen mit starker Neigung zu Seekrankheit auch prophylaktisch den Aufenthalt auf Deck anempfehlen; in der Eisenbahn hat man durch möglichst ausgiebige Oeffnung der Fenster ohne Rücksicht auf Zug, der in solchen Fällen nicht lästig fällt, für frische Luftzufuhr zu sorgen. Kurz erwähnen möchte ich nur die Empfehlung, die Kleider möglichst zu lockern, namentlich das Korsett. Die allgemeine Ruhestellung des ganzen Körpers wird von dem Seekranken nicht nur sehr angenehm empfunden, sondern wirkt auch auf den Brechreiz günstig ein. Diese Maßnahme entspricht jeder Auffassung von dem Wesen der Seekrankheit. Hält man sie für eine Kinetose oder Neurose, dann ist die Ruhigstellung am Platze. Bei der Annahme einer Gehirnanämie wird durch das Hinlegen des Patienten möglichst viel Blut in die Gehirngefäße getrieben und den Nachteilen der Blutleere im Gehirn entgegengearbeitet. Auf der See wählt man am liebsten die Liegestühle mit leicht erhöhtem Kopfteile. Wiedmann[16]) empfiehlt, beim Auftreten von Uebelkeit und Brechreizen die horizontale Lage aufzusuchen, die Beine auseinander zu spreizen und gegen einen festen Widerstand zu stemmen, auch die Schultern möglichst zu fixieren und sodann eine Reihe von Massagebewegungen des Unterleibes vorzunehmen, die er mit denen des Bauchtanzes vergleicht. Es ergibt sich von selbst, daß man die Kranken an die ruhigsten Stellen des Schiffes, also in die Nähe der Kommandobrücke bringt.

Eine feste Kompression des Magens mit Gummi- oder Trikotbinden wird vielfach empfohlen. Jedenfalls erleichtert dieses Verfahren den Brechakt wesentlich, wie man ja schon mit Anpressen der Hände an die Magengegend die Würgbewegungen sich weniger empfindlich gestalten läßt.

Von weiteren physikalischen Behandlungsmethoden ist die Stauung des Kopfes nach Bier empfohlen worden. Jedoch sind die Erfahrungen über dieses Mittel noch nicht groß genug, um darüber ein Urteil fällen zu können. Auch der elektrische Vibrationsstuhl ist in letzter Zeit viel genannt worden. Nach Peters[18]) hält die Wirkung dieses Apparates während der Dauer der Vibrationsbehandlung an, die freilich nach Belieben ausgedehnt werden kann. Seine Wirkung beruht auf einer Besänftigung der nervösen Erregungen.

Eine wichtige Rolle spielt die medikamentöse Therapie der Seekrankheit, die man meist auch bei den Störungen auf der Eisenbahnfahrt finden kann. Schon die ersten Medikamente, die man gegen die Seekrankheit empfohlen hat, gehörten zur Gruppe der Nervina, da man stets den nervösen Charakter der Seekrankheit in den Vordergrund rückte, wenn auch die Blutleere des Gehirns als direkte Ursache angesehen wurde. Man suchte durch Darreichung von Kokain die Nervenendigungen des Magens zu beruhigen und würde ja damit auch bei kurzen Seefahrten einen Erfolg erreichen. Indessen hält seine Wirkung nach Rosenbach[1]) nicht länger als vier bis fünf Stunden an, so daß man bei einer größeren Reise schon eine zu reichliche Menge des immerhin doch nicht gleichgültigen Mittels geben müßte, was die Gefahr eines chronischen Kokainismus nicht ausschließt. Dieselbe Vorsicht in der Anwendung würde auch bei Morphium bezw. dessen Ersatzpräparaten am Platze sein. Aehnlich wie Kokain soll nach Schliep[17]) Anästhesin die Magennerven beruhigen. Aber auch hier ist die Wirkung nicht ganz sicher, besonders versagt es bei der vollentwickelten Seekrankheit gewöhnlich vollständig. Atropin, Pikrotoxin, Bismuth sind ebenfalls nicht als genügend wirksam anzusehen. Brom wirkt nur in so großen Dosen, daß man auf seine Nebenwirkungen keine Rücksicht nehmen darf. Es wirkt eigentlich nur dann, wenn man schon vor der Reise den Organismus mit Brom derart überschwemmt hat, daß eine große Intoxikation eingetreten ist, die sich in einer allgemeinen Schläfrigkeit und Schlafsucht dokumentiert. Es bedarf wohl keiner weiteren Besprechung, daß man unter solchen Umständen lieber von diesem Arzneimittel absieht. Das vielgerühmte Chloralhydrat, auf das man für die Behandlung der Seekrankheit so große Hoffnungen gesetzt hat, wirkt nach Metcalfe Sharpe[19]) nur in sehr großen Dosen (20 bis 30 Gramm), also in Dosen, die man sich doch im allgemeinen scheut, einem Patienten darzureichen, zumal sie eine so wesentliche Ueberschreitung der Maximaldose bedeuten, daß man auf das Mittel durchaus verzichten muß. Dazu kommt noch, daß bei vielen Menschen nach Chloralhydrat eine allgemeine Depression eintritt, auch wenn sie nicht so wahnsinnige Dosen zu sich nehmen. Gewöhnlich wird es auch, in größeren Dosen gegeben, ausgebrochen, ehe es noch seine Wirkung im Körper entfalten kann, so daß man es per rectum darreichen muß. Das von englischer Seite empfohlene Geheimmittel Yanatas ist nach den Untersuchungen von Binz[6]) weiter nichts als eine 1%ige rot gefärbte Chloralhydratlösung und wirkt wie diese nur in sehr großen Dosen. Die ganze Reihe der sonst gegen habituelles Erbrechen angewandten Mittel, die man auch bei Seekrankheit empfohlen hat, möchte ich hier übergehen, da sie ja doch nur gegen das eine Symptom sich richten und auf die Therapie der Krankheit selbst nicht eingehen. Eine große Bedeutung in der Reihe der nervenberuhigenden Mittel spielt das Baldrian mit seinen Präparaten, dessen Hauptwert darin liegt, daß es beruhigend und krampfstillend wirkt und dabei das unschuldigste, von Nebenwirkungen freie Beruhigungsmittel darstellt. Demnach würden diese Präparate jeder Auffassung von der Seekrankheit gerecht werden, der neurotischen und der gehirnanämisierenden, indem es die erregten Nerven beruhigt und die Konstriktion der Gehirnarterien aufhebt. Demzufolge hat man auch sowohl die einfache Baldriantinktur als auch eine ganze Reihe von Baldrianpräparaten für die Therapie der Seekrankheit empfohlen, die sich auch bei den Unannehmlichkeiten der Eisenbahnfahrten bewährt haben. Die meisten Baldrianpräparate haben den unangenehmen widerlichen Geschmack und Geruch, der bei den dazu disponierten Personen leicht einen Brechakt auslöst, und werden daher den gewünschten Zweck meist verfehlen. Wieder andere Baldrianpräparate sind schwer löslich, und es bedarf daher einer zu langen Zeit, um sie in das Blut überzuführen und zur Wirkung gelangen zu lassen; ein Nachteil, der gerade bei der Seekrankheit um so mehr ins Gewicht fällt, als hier schnelle Hilfe not tut. Diesem Uebel ist in dem Antinausin abgeholfen, das einen angenehmen Geschmack hat und geruchlos ist, und aus diesem Grunde leicht genommen werden kann, ohne die unangenehmen Erscheinungen der Baldrianpräparate zu zeigen. Die Hauptbestandteile des Antinausins sind der Baldrian und zwar im Gegensatz zu den meisten anderen Präparaten in gelöster Form, so daß es seine Wirkung sofort nach Eintritt in den Magen entfalten kann. Ferner Menthol, ein Pfefferminzkampfer, der eine Herabsetzung der Empfindlichkeit der Schleimhäute, also auch der Magenschleimhaut hervorruft und auch auf das Herz belebend wirkt. Diesen beiden Stoffen, deren Kombination in der Behandlung der Reisekrankheiten sehr wertvoll ist, gesellt sich noch Carvon hinzu, das die Darmtätigkeit beruhigt, sowie Stomachika und alter spanischer Wein, die auf Magen und Herz belebend einwirken. Das Antinausin enthält also nur Stoffe, welche die Nervenendigungen des Magens und Darmes beruhigen, der Gehirnanämie entgegenwirken und das Herz beleben, also allen Symptomen der Seekrankheit gerecht werden. Man gibt es am besten in Gaben von 20 ccm alle drei bis vier Stunden. Es würde sich daher empfehlen, vor einer Seereise oder einer Eisenbahnfahrt die Mahlzeit etwa zwei Stunden vor der Abfahrt einnehmen zu lassen. Darauf gibt man 20 ccm Antinausin und läßt den Patienten eine halbe Stunde ruhen, um die Speisen in Ruhe aus dem Magen in den Darmkanal hinübergelangen zu lassen. Darauf gibt man zu Beginn der Reise wieder 20 ccm Antinausin und läßt bei Eisenbahnfahrten und bei ruhiger Seefahrt alle ein bis zwei Stunden Antinausin nehmen, bei stürmischer Seefahrt noch öfter. Bei längeren Reisen soll man die Diät regeln, nach der Mahlzeit ruhen lassen und regelmäßig Antinausin darreichen. Man erreicht damit, daß die Patienten, die sonst sehr schlecht reisen, ihre Fahrt ohne Beschwerden, namentlich ohne Erbrechen und Schwindelanfälle zurücklegen. Man wird es also allen Patienten geben müssen, deren Anämie, Tuberkulose, Arteriosklerose, Gravidität etc. es notwendig erscheinen läßt, den Brechakt zu verhüten. Aber auch jeder, der eine größere Eisenbahnfahrt oder eine Seereise vor hat, muß damit rechnen, ein Opfer der Seekrankheit zu werden und soll deshalb dem Antinausin einen wichtigen Platz in seiner Reisetasche einräumen, wodurch er sich selbst vor den Unannehmlichkeiten der Reisekrankheit schützen kann und seinen weniger vorsorglichen Mitreisenden hilfreiche Dienste zu leisten vermag.

Literatur:

1. Rosenbach: Die Seekrankheit, in Eulenburgs Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde.
2 Rosenbach: Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen. Wien 1896.
3. Wechsler. Zur Therapie der Seekrankheit. Wiener Klin. Rundsch. 1905. Nr. 6.
4. Mixius Beitrag zur Erklärung der Seekrankheit. Militärärztl. Zeitschrift 1906, Nr. 2.
5 Binz· Ueber die Seekrankheit. Zentralbl. f. inn. Mediz. 1903, Nr. 9.
6 Koepke: Validol und Seekrankheit. Therap. Monatshefte 1904, Heft 6.
7 Hagen-Torn: Ueber die Seekrankheit. Zentralbl. f. innere Mediz. 1903, Nr. 29.
8 Partsch: Seekrankheit und was dagegen zu tun. Med. Record, 1900, Juni.
9. Beard: Zitiert nach Stintzing.
10 Bardet: Die Seekrankheit. Wien mediz Wochenschr. 1906, Nr. 41.
11. Stintzing Behandlung der Seekrankheit, in Pentzoldt-Stintzings Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.
12. Havelburg· Hyperazidität und Seekrankheit. Festschrift für Salkowski, Berlin.
13 Klein: Die Seereise als Heilmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. 1898, Nr. 30.
14 Weber Zur therapeutischen Verwertung von Seereisen. Zeitschr. f. phys. und diät. Therap., Band III, Heft 1.
15 Paull: Ueber therapeutische Seereisen mit besonderer Berücksichtigung der Nordlandfahrten der Hamburg-Amerika-Linie. Zeitschr. f. phys. und diät. Therap. Band XI, Heft 9.
16. Wiedmann: Un moyen de faire avorter le mal de mer. Le Caducée pagina 227.
17. Schliep: Anästhesin gegen Seekrankheit. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 10.
18. Peters: Eine neue physikalische Behandlungsmethode der Seekrankheit. Dtsch. mediz. Wochenschrift.
19. Metcalfe Sharpe: Treatment of sea-sickness. Brit. Med. Journ. 1905, vol. I, Page 1089.

REFERATE.

Die Quarzlampe in der Dermatologie.

Sammelreferat von Dr. **Friedrich Kalmus**, Assistenzarzt der Universitäts-Hautklinik zu Freiburg i. Br.

(Schluß.)

Pürckhauers Arbeit beansprucht schon deshalb ein ganz besonderes Interesse, weil diese die histologisch-anatomische Grundlage für die Quarzlampentherapie gab, indem Autor zum ersten Male die mikroskopischen Gewebsveränderungen, die durch die Quarzlampe in der lebenden normalen Haut gesetzt werden, genau studierte. Die bisher angewandte Methode zur Prüfung der Tiefenwirkung einer Lichtquelle mittels lichtempfindlicher Substanzen hält Pürckhauer schon deshalb nicht für einwandfrei, weil sie keinen Schluß auf eine nachhaltige Wirkung des Lichts im lebenden Organismus zulasse. Autor hielt sich in der Versuchsanordnung an die von Vereß, Zieler und Janßen ausgeführten entsprechenden Untersuchungen uber das Finsenlicht, um auf diese Weise die dort gefundenen Resultate für eine vergleichende Beurteilung beider Lichtquellen verwerten zu können. Das Endergebnis seiner sehr exakten und umfassenden Versuche, in denen er die Wirkung der Quarzlampe am lebenden anämisierten Kaninchenohr beobachtete, faßt Pürckhauer dahin zusammen, daß bei der Bestrahlung ohne Blaufilter mehr die destruktiven, bei der mit Blaufilter mehr die reaktiv-entzündlichen Vorgänge in den Vordergrund treten. Das Quarzlampenlicht ohne Blaufilter kommt daher nach seiner Meinung für eine aussichtsreiche Kompressions-Lichttherapie nicht in Betracht, da es eine Nekrose hervorrufe, die über das Maß dessen hinausgehe, was man von einer therapeutischen Lichtquelle verlange, während die regenerativen Prozesse sich erst sehr spät einstellten und unter Umständen den Gewebsdefekt der Lichtnekrose nicht zu ersetzen vermöchten. Dagegen erzeuge das Quarzlampenlicht mit Blaufilter eine der Finsenwirkung gleiche, oberflächliche, allerdings später eintretende Nekrose, weil infolge der Absorption der ganz oberflächlich wirkenden Strahlen der schädigende Einfluß der Belichtung an der Oberfläche sich auch erst später, gleichzeitig mit der Wirkung in die Tiefe oder nachher, zeigen könne. Die destruktiven und reaktiv-entzündlichen Vorgänge in der Tiefe dagegen ständen den vom Finsenlicht gesetzten nicht wesentlich nach, abgesehen davon, daß die regenerativen Prozesse später auftreten, der schädigende Einfluß somit stärker sei als der die Heilung anregende. Für die bedeutende Tiefenwirkung des Quarzlampenlichtes spricht ferner der Umstand, daß Pürckhauer in seinen Versuchen eine enorme Wucherung des Ohrknorpels konstatieren konnte, die in den Versuchen von Zieler und Janßen durchaus vermißt wurde. Pürckhauer erblickt in dieser lebhaften Knorpelneubildung die Reaktion auf die im Vergleich zum Finsenlicht stärkere Gewebsschädigung durch die Quarzlampe. Zum Schluß seiner Arbeit geht Pürckhauer noch auf die von Stern und Hesse ausgeführten experimentellen Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Quarzlampe ein, nach denen diese Autoren der Quarzlampe eine dem Finsenlicht gleich günstige Wirkung auf Lupus vulgaris und andere tiefer gehende Erkrankungen absprechen, da sie bei der Quarzlampenbelichtung mit und ohne Blaufilter einerseits eine starke Epithelnekrose beobachteten, andererseits ein dem Finsenlicht entsprechendes Oedem vermißten. Pürckhauer kann nach seinen Versuchen diese Resultate nicht bestätigen; er sah in allen einwandfreien Belichtungen mit Blaufilter ein deutliches Oedem und setzt die von Stern und Hesse beobachtete starke Epithelnekrose auf Konto einer mangelhaft ausgeführten Kompression der betreffenden Hautstelle.

Die von Pürckhauer erwähnte Publikation von Stern und Hesse-Düsseldorf führt aus dem Rahmen der rein experimentellen Arbeiten über die Quarzlampe hinüber zu den verschiedenseitig mitgeteilten praktisch-therapeutischen Erfahrungen mit dieser Lichtquelle.

Hesse weist in seiner Notiz auf die später gemeinsam mit

Stern zu publizierende Arbeit hin und tritt an dieser Stelle nur kurz den Ausführungen Wichmanns entgegen. Er hält dessen Annahme, daß die starke Oberflächenwirkung der Quarzlampe vielleicht die Passage der tiefer gehenden Strahlen hindere, für theoretisch ebenso anfechtbar wie praktisch nicht erwiesen. Die starke Oberflächenreizung durch das Quarzlicht, die auch bei Anwendung eines Blaufilters noch viel stärker als die des Finsenlichtes ausfalle, sowie die Schmerzhaftigkeit der Lichtreaktion schwächen nach seiner Meinung den therapeutischen Wert der Quarzlampe erheblich ab.

Die von Stern und Hesse gemeinsam mitgeteilten Untersuchungen, in denen sie die Lichtwirkung der Quarz- und Finsenlampe nach erfolgter Passage eines Kaninchenohres einmal auf photographisches Papier, in dem anderen Falle auf die lebende Haut des Menschen prüften, fielen zuungunsten der Quarzlampe aus. Das Finsenlicht erwies sich von doppelt so starker papierschwärzender Wirkung, während in dem anderen Versuche weder Finsen- noch Quarzlampe eine nachweisbare Wirkung auf die menschliche Haut, am Kaninchenohr jedoch erstere ein Oedem, letztere nur einen oberflächlichen braun-roten Schorf hervorrief. Die beiden Autoren stehen daher sehr skeptisch der praktischen Verwendung des Quarzlampenlichtes in der Lichttherapie gegenüber, das nach ihren Untersuchungen durch das Fehlen eines Lichtödems, durch eine starke, auch bei Benutzung eines Blaufilters auftretende Oberflächenwirkung mit Tendenz zu derber Narbenbildung wie endlich durch die Schmerzhaftigkeit der Belichtungen gekennzeichnet sei.

Als einer der ersten veröffentlichte Wetterer-Mannheim seine mit der Quarzlampe gesammelten Erfahrungen aus der Praxis. Einleitend beschreibt er den neuen Lichtapparat, schildert dessen elektive und daher mit kosmetisch schönen Narben heilende Wirkung wie den Verlauf der Lichtreaktion im speziellen, die trotz ihrer Heftigkeit harmlos sei, und deren relativ langsame Heilung sich sehr gut zur ambulanten Behandlung eigne, und geht dann weiter auf die praktische Ausführung der Belichtung ein, die den Schutz der Augen durch Bleiglasbrillen wie auch der nicht zu belichtenden Hautstelle durch Chininsalbe oder Staniol nötig mache. Wetterers praktisch-therapeutische Erfahrungen ergaben im ganzen recht befriedigende Resultate, und zwar wurde in allen Fällen die Bestrahlung ohne Blaufilter vorgenommen. Die fünf Fälle von Lupus vulgaris reagierten mit gutem Erfolg, nach zwei- bis sechsmaliger einviertel- bis dreiviertelstündiger Belichtung trat unter meist heftiger und schmerzhafter Reaktion Heilung oder beträchtliche Besserung ein, in einem Falle auch da, wo längere Finsenbehandlung versagt hatte. Verf. sieht nach diesen Erfahrungen den Nachteil der Quarzlampe gegenüber der Finsenlampe für die Lupustherapie in der bedeutend größeren Schmerzhaftigkeit und der längeren Dauer der Reaktion, den Vorteil vor jener aber weniger in der absoluten Abkürzung der Gesamtdauer als in der bedeutenden Vereinfachung und erheblichen Verbilligung des Verfahrens. Auch bei Naevus wurden günstige Resultate erzielt, jedoch erwies sich hier das Finsenlicht wie das Radium als ungefähr gleichwertig; in den drei Fällen von Alopecia areata stellte sich nach einer Distanzbelichtung von 12 cm innerhalb von drei bis vier Wochen nach Abklingen der Reaktionen junger Haarwuchs ein. Ein Fall von Tätowierung erwies sich trotz viermaliger Kompressionsbehandlung als völlig refraktär, und auch bei Ekzema chron. war kein sicherer Erfolg zu konstatieren.

Nach Lohde-Berlin stellt die Quarzlampe die für die Haut- und Schleimhautbehandlung vollkommenste Lichtquelle dar, da sie die übrigen Lichtapparate sowohl an Oberflächen- wie Tiefenwirkung übertreffe. Da durch das Blaufilter die Wärmestrahlung und die stark reizenden kurzwelligen Strahlen absorbiert würden, so daß nur die für die Tiefenwirkung in Betracht kommenden Strahlen allein zur Anwendung gebracht werden könnten, so werde die Indikationsstellung für die Quarzlampe auch auf weitere Erkrankungen ausgedehnt, die früher als nicht geeignet für die Lichtbehandlung galten.

Sehr günstig äußern sich auch Kozewski und Gorkiewicz-Warschau über die Quarzlampe, der sie die besten Resultate in der Lichttherapie zuerkennen: In 37 Lupusfällen bildeten sich alte hartnäckige Herde zurück, desgleichen auch in einem Fall von Lupus erythematosus. Unter 16 Fällen von Alopecia areata trotzten nur die Fälle, die mit schweren zentralen Störungen verbunden waren; auch ein Fall von Lichen Vidal heilte, während Vitiligo, Psoriasis und Ekzema orbicularis oris nicht beeinflußt wurden.

Weiter berichtet Müller-Berlin an der Hand eines reichhaltigen Materials über seine Erfahrungen mit der Lichtbehandlung. In der Quarzlampe sieht er nicht einen Ersatz der Finsenlampe, sondern mehr deren Ergänzung; ihr Nachteil gegenüber letzterer besteht nach ihm nicht so sehr in deren größerem Reichtum an stärker penetrierenden Strahlen als in der bisherigen Unmöglichkeit, das Quecksilberlicht zu konzentrieren. Seine Erfahrungen mit der Quarzlampe bei Lupus waren günstige: Ulzerationen vernarbten sehr bald, flache Formen des Lupus exfoliativus reagierten sehr gut, in zwei Fällen noch mit Erfolg, wo Röntgenlicht versagt hatte, Lupus sclerosus verhielt sich ziemlich refraktär, während Verf. wieder besonders günstige Resultate bei Lupus an der Nasenöffnung beobachtete. Seines Erachtens bewirkt die Quarzlampe eine wesentliche Abkürzung in der Lupustherapie. Auch bei Lupus erythematosus erzielte das Quarzlampenlicht günstige Erfolge; inveterierte und refraktäre Fälle besserten sich bei allerdings starker Belichtung, während eine solche bei akuten und reizbaren Fällen als kontraindiziert erschien. In Anbetracht der gefäßverödenden Wirkung des Lichtes versuchte Verf. die Quarzlampe bei Teleangiektasien, von denen die auf Grund einer Röntgendermatitis entstandenen zu schwinden schienen; bei ausgedehnten Formen von flachem Naevus eignet sich nach seiner Meinung im Interesse einer gleichmäßig glatten und zarten Narbenbildung besser das Quarzlicht, bei kleinen punktförmigen, besonders arteriellen Naevi noch mehr das Finsenlicht; über tiefer gehende Naevi hat Autor keine Erfahrungen. In der Behandlung der Akne rosacea setzt er das Quarzlicht an erste Stelle, das schöne, rasche und anscheinend auch dauernde Erfolge erzielte; dagegen erachtet er bei starker Bindegewebshypertrophie eine Vorbehandlung mit Röntgenlicht fur nötig. Bei Akne und Furunkulose erscheint ihm trotz einer sichtbaren Einwirkung diese Methode nicht praktisch; bei Alopecia areata sah er außer einem der Behandlung sich entziehenden Fall keinen Mißerfolg, und selbst ein Fall von totaler Alopecie wurde wesentlich gebessert. Bei dem seborrhoischen Kopfekzem erblickt er in der Quarzlichtbehandlung keinen besonderen Vorteil vor der Salben- und Seifentherapie; bei Trichorhexis endlich hält er einen Versuch mit Quarzlampenlicht für empfehlenswert.

Ein anderer Autor, der seine praktischen Erfahrungen mit der Quarzlampe mitteilt, ist Heymann-Dresden. Von drei Lupusfällen heilten zwei in relativ kurzer Zeit; Verf. hält danach die Quarzlampe für ein wesentliches Unterstützungsmittel zur Behandlung des Lupus vulgaris und für besonders indiziert bei großem flachenhaften Lupus, bei dem die bleibenden Lupusreste noch mit Finsenlicht behandelt werden sollen. Bei zwei kleinen Angiomen bewirkte zwar das Quarzlampenlicht nach einer Kompressionsbelichtung Heilung, aber die Dauer der Reaktion sowie das hinterbleibende Pigment schwächten das Resultat erheblich ab. Bei Naevus flammeus ohne Gewebshypertrophie wurden gute Erfolge erzielt, ein Fall von Tätowierung verhielt sich völlig refraktär; bei Pigmentflecken nach Lues, Psoriasis und Ekzema seborrhoic. wurde teilweise eine elektive Reaktion der Plaques beobachtet, jedoch wurde der Erfolg durch eintretende Rezidive gestört, so daß hier bei ausgedehnterem Prozesse die Quarzlampe nicht in Betracht käme. In der Behandlung der chronischen Ekzeme entfaltete die Quarzlampe durch ihre sedative und eintrocknende Wirkung eine unterstützende Rolle, bei Akne vulgar. konnte durch eine viertelstündige Distanzbelichtung von 30 cm eine Schälung der Gesichtshaut bewirkt werden, während bei Ulcus cruris die Quarzlampe im Gegensatz zur Uviollampe erfolglos blieb. Die Vorteile der Quarzlampe vor der Finsenlampe sieht Heymann in ihrer Handlichkeit, in dem geringen Anschaffungspreis sowie in dem geringen Stromverbrauch, die Nachteile gegenüber dieser in der tiefen und langsamer heilenden Nekrosenbildung. Im Anschluß an seine praktischen Erfahrungen mit der Quarzlampe berichtet Verf. noch über einen Versuch, den er zwecks Prüfung ihrer Tiefenwirkung anstellte. Heymann belichtete eine Stelle seines Armes, auf der er ein lebendes Kaninchenohr fixierte, 45 Minuten mit Finsenlicht, eine andere unter denselben Bedingungen 35 Minuten mit Quarz-Blaulicht und konstatierte an der ersten Stelle gar keine nachweisbare Wirkung, während an der letzteren 12 Stunden nach der Belichtung ein Erythem auftrat, das erst nach fünf Tagen abgeblaßt war.

Eine kritische Beleuchtung der herrschenden Ansichten über die Quarzlampe liegt in Ledermanns (Berlin) Aufsatz vor. Das Resümee der angestellten Erwägungen lautet dahin, daß man nach den Resultaten der experimentellen Forschung der Quarzlampe infolge ihres Reichtums an chemisch wirksamen Strahlen eine oberflächliche, stark entzündliche, bis zur Nekrose sich steigernde Wirkung sowie eine oberflächlich bakterizide Wirkung zuerkennen müsse, daß aber ihre Tiefenwirkung, experimentell wenigstens, noch nicht einwandfrei bewiesen sei. In Uebereinstimmung mit dieser Auffassung seien auch die von ihm erzielten therapeutischen Resultate ausgefallen. Die besten Resultate erhielt Ledermann bei Alopecia areata, wo durchschnittlich vier bis sechs Belichtungen von zwei bis zehn Minuten Dauer bei einer Entfernung von 10 bis 15 cm genügten, um in vier bis acht Wochen das Haarwachstum anzuregen. Vortreffliche Erfolge erzielte Autor weiter bei Akne rosacea mit und ohne Kompressionsbehandlung, und zwar genügten bei ersterer Anwendung zwei Minuten zum Hervorrufen einer mittelstarken Reaktion, während die Distanzbelichtung bei einem Abstand von 5 bis 20 cm durchschnittlich ein bis fünf Minuten währte; tiefer gelegene Knoten von Sykosis parasitaria gingen unter öfterer langdauernder Kompressionsbehandlung zurück, ohne daß der parasitäre Prozeß selbst abheilte. Die übrigen therapeutischen Erfahrungen seien bisher fast sämtlich mehr oder weniger zweifelhafter Natur. So waren die Erfolge bei Lupus vulgaris nur unsicher, während ein Fall von Tuberkulosis cutis verrucosa trotz mehrfacher Bestrahlung überhaupt nicht reagierte; auch bei zwei kleinen Kankroiden trat trotz einer energischen Kompressionsbestrahlung von 40 Minuten keine vollkommene Heilung ein, wie auch bei Ekzem, Akne und Psoriasis kein wirklicher Heilerfolg erzielt werden konnte. Zwar sieht Ledermann in der Quarzlampe, besonders bei Anwendung der kürzlich eingeführten kleinen Ansätze, ein äußerst wertvolles Unterstützungsmittel in der Behandlung zahlreicher Dermatosen, hegt aber die Befürchtung, daß die Quarzlampe nicht alle an sie geknüpften Erwartungen erfüllen werde.

Während die bisher mitgeteilten praktischen Erfahrungen über die Quarzlampe auf das ganze Gebiet der in Betracht kommenden Dermatosen Bezug nehmen, behandeln die drei folgenden Arbeiten von Becker-Frankfurt a. M., Buschke-Berlin und Weik-Breslau die therapeutischen Resultate, die sich in der Behandlung einer speziellen Krankheit ergaben.

So berichtete Becker über seine Erfahrungen mit der Quarzlampe bei Psoriasis. Er hält im Gegensatz zu Heymann, der bei dieser Erkrankung die Quarzlampe direkt auf die betreffende Hautstelle setzte, also den Hauptwert auf Tiefenwirkung legte, diese Anwendung nur bei sehr dicken Infiltraten für nötig und benutzte im übrigen Distanzbelichtung, für die er Blaulichtkompressorien zur Vermeidung einer etwaigen intensiveren Oberflächenwirkung empfiehlt. Einfache Hyperämie ohne Blasenbildung erscheint ihm als das Ideal der zur Heilung der Psoriasis nötigen Reaktion, eine stärkere Blasenbildung sei unbedingt zu vermeiden. Von den fünf behandelten Fällen heilte der eine unter zwanzig, bei einem Abstande von 12 bis 15 cm, acht bis zehn Minuten währenden Bestrahlungen, bei dem zweiten Fall trat unter acht Bestrahlungen Heilung ein bis auf die Handrücken, die trotz erzielter starker bullöser Dermatitis sich refraktär verhielten, ein Fall reagierte auch nach dreimaliger Bestrahlung gar nicht, und bei zwei Fällen konnte die Behandlung nicht zu Ende geführt werden. Diese Erfolge bei Psoriasis seien mit Freude zu begrüßen, da mancher Patient froh sei, die ihm nur zu wohl bekannte Salbenkur mit der sauberen Lichtbehandlung vertauschen zu können.

Buschke behandelte vier Fälle von Vitiligo mit Quarzlampenlicht. Er konnte nachweisen, daß es gelinge, mit der Quarzlampe nach der kurzen Belichtungszeit von ein bis zwei Minuten mittels Kompression oder mit einer Distanzbelichtung von 10 cm im vitiliginösen Gebiet Pigment zu erzielen, das ca. 14 Tage nach der Belichtung auftrete, im Verlauf von mehreren Wochen aber wieder allmählich verschwinde. Und zwar ordne sich das Pigment fast ausschließlich in follikulären, kleinsten bis stecknadelkopfgroßen, gelbbraunen Pigmentflecken an, die sich allmählich vergrößerten, konfluierten und so unregelmäßige Inseln bildeten, während die Randzone, dem Rande des aufgesetzten Quarzglases entsprechend, eine dunklere, scharfe, linienartige Pigmentierung zeige. Bei blonden Personen entwickelte sich das Pigment schwächer und war auch von kürzerem Bestand als bei brünetten. Die histologische Untersuchung des fünf Wochen nach der Bestrahlung exzidierten Stückes ergab, daß das graubraune bis graugrüne, intra- und interzellulär vorhandene Pigment sich fast ausschließlich in den Keimschichten des Epithels lokalisierte und im Bindegewebe fast ganz fehlte. Der Ausgang des Pigmentes von den Follikeln lasse darauf schließen, daß die Follikelregion auch bei Pigmentverlust der Haut ein Retinakulum für Pigmentregeneratoren bilde und gewissermaßen ein Pigmentkeimzentrum darstelle. Die praktische Bedeutung seiner Beobachtungen schlägt Buschke schon deshalb gering an, weil das gebildete Pigment sich später wieder verliere; er hält es aber für möglich, daß durch häufige und zweckmäßige Belichtungen vielleicht doch wieder die „Pigmentmaschine“ in Gang gebracht werde.

Weiks Arbeit, in der er die Einwirkung des Finsen-, Uviol- und Quarzlampenlichtes auf zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum experimentell untersuchte, ergab, daß die Hautveränderungen bei dieser Krankheit auf der Einwirkung aktinischer Lichtstrahlen beruhe, und zwar beweise die bei Xeroderma im Vergleich zur normalen Haut beobachtete stärkere Lichtreaktion lediglich einen Intensitätsunterschied zwischen beiden Lichtreaktionen. Das verschiedene Verhalten der pigmentierten und nicht pigmentierten Xerodermhaut gegen Belichtung beruhe darauf, daß das in sämtlichen Epithelschichten angeordnete Pigment einen Schutz gegen aktinisches Licht darstelle. Es gelang Weik mittels Quarz- und Finsenbelichtung bei Vitiligo charakteristische Pigmentflecke und eine dem Sitz dieser entsprechende geringe Hyperkeratose, die Symptome des Xeroderma pigmentosum, experimentell hervorzurufen. Durch die Anwendung eines Methylenblaufilters wurden die ganz kurzwelligen ultravioletten Strahlen absorbiert, so daß die Lichtwirkung sich mehr auf die tieferen Gewebspartien erstreckte. Zwischen den angewandten drei Lichtquellen bestehe kein prinzipieller, sondern nur ein quantitativer Unterschied, und zwar sei das Quarzlampenlicht an chemisch wirksamen Strahlen am reichsten.

Sehr interessant ist es nun, zu sehen, wie sich Kromayer zu der so vielseitig erfolgten Prüfung und Kritik der Quarzlampe verhält, und wie weit etwa diese sein anfänglich abgegebenes Urteil zu modifizieren vermochten.

In seiner letzten im Dezember vorigen Jahres erschienenen Publikation nimmt Kromayer unter Berücksichtigung der herrschenden Ansichten nochmals Stellung zu dem Thema der Quarzlampe. Im wesentlichen hat sich seine Meinung darüber nicht geändert. Zunächst sei die überlegene Oberflächenwirkung des Quarzlampenlichtes allgemein anerkannt worden, deren eventuell zu stark werdende Intensität durch Blaufilter passend abgeschwächt werde. Auch bezüglich der Tiefenwirkung hält Kromayer trotz des erhobenen Widerspruches mehrerer Autoren an seiner alten Ansicht fest, nach der die Quarzlampe die Finsenlampe um eine zwei- bis dreifache Tiefenwirkung übertreffe. Gegen die von seinen eigenen Resultaten abweichenden Ergebnisse von Johannsen und Mulzer erhebt Kromayer den nicht unberechtigten Einwand, daß die von diesen beiden Autoren für das Finsenlicht gefundenen Versuchszahlen auf die Praxis deshalb nicht anwendbar seien, weil sie nur die im Brennpunkt der Lampe wirkende Lichtenergie ausdrückten, während in der Praxis wegen der Unmöglichkeit einer absoluten Brennpunktbelichtung die therapeutisch ausgenutzte Lichtenergie sich gleichmäßig auf die gesamte Drucklinse von einer ca. dreifachen Brennpunktfläche verteile. Beweisend für die überlegene Tiefenwirkung der Quarzlampe gilt für Kromayer außer den bestätigenden Resultaten anderer auch die von Pürckhauer erwähnte Tatsache, daß die Quarzlampe im Gegensatz zur Finsenlampe deutlich den Ohrknorpel beeinflußte, wie ferner die von Mulzer beobachtete bakterizide Wirkung dieser nach einer bei Passage von $^1/_2$ mm dicker Haut erfolgten einstündigen Belichtung, wie sie bei dem Finsenlicht völlig vermißt wurde. Im Anschluß an diese Kritik gedenkt Kromayer der schon von Schüler erwähnten technischen Vervollkommnung in der Quarzlampenbehandlung durch zweckmäßige Kompressorien für schwer zugängliche Hautstellen wie durch lichtleitende Quarzansätze, die eine Behandlung der Schleimhäute ermöglichten. Kromayer schließt seine Ausführungen mit der Aufzählung der bisher für die Quarzlampe erprobten Indikationen, die er für Lupus vulgaris, Naevus vaskulosus und Alopecia areata für mehr oder weniger absolut erachtet, während sie bei den betreffenden übrigen Erkrankungen mehr relativer Natur seien, da bei ihnen in vielen Fällen andere Behandlungsmethoden bequemer zum Ziele führten.

Zum Schluß meines Referates erwähne ich noch die jüngst erschienene Ehrmannsche Abhandlung über die „Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie“, die als ein „Leitfaden für praktische Aerzte und Studierende“ gedacht ist, und von der man als solchem, abgesehen von einer gewissen subjektiven Färbung, feststehende und allgemein anerkannte Ergebnisse über das behandelte Thema erwarten darf. Verfasser räumt der Quarzlampe in der Behandlung der Hautkrankheiten einen hervorragenden Platz ein. Er empfiehlt sie in ihrer Anwendung der lokalisierten Bestrahlung besonders bei Lupus vulgaris (event. nach Vorbehandlung mit Resorzin) und Lupus erythematosus, bei Epitheliom sowie bei inveterierten Psoriasis- und chronischen Ekzemplaques; für Lupus vulgaris und Epitheliom stehe die Quarzlampe in ihrer Wirkung der Finsenlampe kaum nach. Bei Epitheliomen hätten nur jene Lichtquellen Aussicht auf Erfolg, die eine größere Tiefenwirkung entfalteten (Finsen- und Quarzlampe), was nach seiner Meinung nur dadurch zu erklären sei, daß die am tiefsten vorgedrungenen Krebszellenhaufen in ihrer heterogenen Wirksamkeit zerstört, und der Widerstand der übrigen Gewebe gegen ihr Vordringen erhöht werde. In einem Falle von Epitheliom, bei dem längerdauernde Röntgenbehandlung die letzte Spur der Neubildung nicht zerstören konnte, sah Ehrmann nach der dritten Bestrahlung mit der Quarzlampe Heilung eintreten. Bei Lupus erythematosus, wo es ebenfalls auf Tiefenwirkung ankomme, genügten auf je eine Plaque zwei lokale Quarzlampenbestrahlungen von drei bis fünf Minuten Dauer; bei Akne und Furunkulose, wo es auf Wärmewirkung ankomme, sei die Lichttherapie entbehrlich, und bei Naevus wirke Elektrolyse viel sicherer, während für Ekzeme in ihren chronischen Formen, wo es auf Tiefenwirkung weniger ankomme, die Uviollampe vorzuziehen sei. Doch könne die oberflächliche Wirkung der Uviollampe auch mit der Quarzlampe bei entsprechender Distanzbelichtung erzielt werden. Wie weit das durch ultraviolette Strahlen erzeugte Ozon an den Heilwirkungen teilnehme, sei noch nicht festgestellt.

Ein Ueberblick über die referierte Literatur des Quarzlampenlichtes zeigt uns, daß trotz eingehender experimenteller Forschung und trotz einer reichhaltigen klinischen Erfahrung die Frage nach dem therapeutischen Wert der Quarzlampe bisher zu keinem eindeutigen und allgemein gültigen Resultat führte, sondern immer noch der Endlösung harrt. Was zunächst die experimentellen Untersuchungsergebnisse anlangt, so muß die außerordentliche Oberflächenwirkung wie eine beträchtliche Tiefenwirkung als sicher bewiesen gelten. Die experimentelle Streitfrage bezieht sich einzig auf den Intensitätsgrad der Tiefenwirkung, nämlich ob dieser dem des Finsenlichtes gleichkommt resp. ihm zwei- bis dreifach überlegen ist. Relativ gleichgültig bleibt es für diese Entscheidung, ob, wie die betreffenden Untersuchungen zu ergeben scheinen, die Methode zur Prüfung der Tiefenwirkung mittels lichtempfindlicher Substanzen unzulässig ist; wichtiger ist, daß auch die rein physiologische Prüfungsmethode mit dem lebenden Organismus zu vielfach widersprechenden Resultaten führte. Wünschenswert wäre es, in der von Pürckhauer geübten Weise auch vergleichend die Lichtwirkung an der lupösen Haut zu studieren, wobei natürlich für jede der beiden Lichtquellen zwei möglichst gleichartige Hautstellen gewählt werden müßten. Die therapeutischen Resultate mit der Quarzlampe haben gezeigt, daß diese so kraftvolle Lichtquelle einen ganz wesentlichen Fortschritt in der Therapie der Hautkrankheiten bedeutet; aus der Möglichkeit einer Kompressions- und Distanzbelichtung ergibt sich eine Vielseitigkeit in der Indikationsstellung, wie sie bisher keiner der therapeutischen Lichtapparate aufzuweisen hatte. Ob die Quarzlampe die Finsenlampe wirklich ersetzen kann, bleibt zunächst noch fraglich und kann erst durch eine jahrelange therapeutische Erfahrung entschieden werden. Ein sicheres Urteil über den Wert der Distanzbelichtung vermag z. Z. auch noch nicht gefällt zu werden, da einerseits die Indikationsstellung wie andererseits die nötig werdende Dosierung eine mit der subjektiven Ansicht des Ausführenden schwankende und unsichere war. Die Schleimhautbehandlung mit Quarzlampenlicht hat bisher noch keine positiven Resultate gezeitigt, ein Umstand, der seinen Hauptgrund wohl in den bestehenden technischen Schwierigkeiten findet. Da somit ein abschließendes Urteil über die Quarzlampe noch nicht vorliegt, so wäre es bedauerlich, wenn das Interesse, das dieser Frage in so reichem Maße zu teil wurde, erlahmte, und die Dermatologie damit der vollen Ausnutzung einer so wirksamen Heilmethode verlustig ginge.

Literatur.

Kromayer: Quecksilber-Wasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut. Deutsch. med. Wochenschr. 1906, 10.

Wichmann: Bemerkungen zu Kromayers Publikation „Quecksilber-Wasserlampen zur Behandlung von Haut und Schleimhaut“. Deutsch. med. Wochenschr. 1906, 17.

Schüler: Zur Frage der Wirkung von Quecksilberdampflampen. Deutsch med. Wochenschr. 1906, 17

Schreiber u. German: Ueber die Wirkung der Quecksilberquarzglaslampe. Münch. med. Wochenschr. 1906, 30.

Kromayer: Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie. Berliner klin. Wochenschr. 1907, 3–5.

— Das neuste Modell der Quarzlampe mit Nebenapparaten. Dermatol. Ztschr. 1907, S. 235.

Schultz: Zur Frage der Tiefenwirkung des ultravioletten Lichtes. Dermatol. Ztschr. 1907, S. 369.

Schüler: Demonstrationen einiger Modifikationen zur Quecksilber-Quarzlampe. Dermatol. Ztschr. 1907, S. 367.

— Neue Bergkristallansätze für die Lichtbehandlung von Schleimhäuten Deutsch. med Wochenschr. 1907, 12.

— Zur Schleimhaut-Behandlung mit den Strebel-Schüler'schen Quarzansätzen. Zeitschr. f. med. Elektrol u Röntgenkunde.

E. S. Johannsen: Untersuchung über die Wirkung der Kromayer'schen Lampe und der Finsen-Reynlampe auf Chlorsilberpapier. (Aus Finsens mediz. Lichtinstitut, Kopenhagen.) Berl. klin. Wochenschrift 1907, 31.

Gunni Busk: Bemerkungen über die Kromayer'sche Quecksilberlampe. (Aus Finsens mediz. Lichtinstitut, Kopenhagen.) Berl. klin. Wochenschrift 1907, 28.

Bering: Ueber die Wirkung violetter und ultravioletter Lichtstrahlen. (Aus der Kgl. Universitäts-Klinik für Hautkrankh., Kiel.) Mediz. naturwissenschaftl. Archiv, Berlin 1907, 1.

Wichmann: Experimentelle Untersuchungen über die biologische Tiefenwirkung des Lichtes der medizinischen Quarzlampe und des Finsenapparates. (Aus der Lupusheilanstalt der Landesversicherungsanstalt zu Hamburg.) Münch. med. Wochenschr. 1907, 28.

Mulzer: Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Finsen'schen Kohlenlichtes und der medizinischen Quarzlampe. (Aus der dermat. Abt. d. Städt. Rudolf-Virchow-Krkh.) Mediz. Klinik 1907, 29 und Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 88, 1.

Pürckhauer: Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Kromayer'schen Quarzlampe an normaler Haut. (Aus der dermatol. Universitätsklinik zu Breslau) Archiv f. Dermat. u. Syphilis Bd. 87, Heft 2 u. 3.

Hesse: Zur Tiefenwirkung des Quarzlampenlichtes Münch med. Wochenschrift 1907, 35.

Stern u. Hesse: Experimentelle und klinische Untersuchungen des ultravioletten Lichtes (Quarzlampenlicht). Dermatol Ztschr 1907, S. 469.

Wetterer: Ueber einige Erfahrungen mit der Kromayer'schen Quarzlampe. Aerztliche Mitteil. aus und für Baden 1907, 7 und Archiv f. physikal. Medizin u. med. Technik. Leipzig 1907, Bd. II, 3—4.

Lohde: Kromayer'sche Quarzlampe. Deutsch. med. Wochenschr 1907, 31.

A. Kozewski u S. Gorkiewicz: Aus eignen Beobachtungen im Bereiche der Phototherapie. Poln. Ztschr. f. Dermatol. und Venerolog. 1907, 7—9. (Referat der Monatsh. f. prakt Dermatol. 1907, 12.)

C. J. Müller: Ueber den derzeitigen Stand und die Aussichten der Aktinotherapie. Deutsch. med. Wochenschr. 1907, 33.

Heymann: Erfahrungen mit der Quarzlampe. (Aus der dermatol. Abt des Stadtkrh. Friedrichstadt in Dresden.) Deutsch. med. Wochenschrift 1907, 42.

Ledermann: Kritische und therapeutische Beiträge zur Kenntnis der Quarzlampe. Berl. klin. Wochenschr. 1907, 51.

Ferdin. Becker: Zur Behandlung der Schuppenflechte mit Ultraviolettstrahlen. Deutsch. med. Wochenschr. 1907, 51.

Buschke: Notiz zur Behandlung der Vitiligo mit Licht. (Aus der dermatol. Abt. des Städt. Rudolf Virchow-Krkh., leitender Arzt: Dr. Buschke.) Mediz. Klinik 1907, 33.

Hahn u. Weik: Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum mit experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung verschiedener Lichtarten (Aus der dermatol. Universitätsklinik zu Breslau.) Arch. f. Dermatol u. Syph. Bd. 87, 2—3.

Kromayer: Die bisherigen Erfahrungen mit der med. Quarzlampe. Monatsh f. prakt. Dermatol., Hamburg, Bd. 46, 1.

Ehrmann: Die Anwendung der Elektrizität in der Dermatologie Leitfaden für praktische Aerzte und Studierende, Wien 1908.

Nervenkrankheiten.

Referent: Dr. **Toby Cohn**, Berlin.

1. **Enuresis nokturna infantum.** Von Fürstenheim-Berlin-Karlshorst. Therap. Monatshefte, 1908, Januar.

2. **Die Epilepsiebehandlung seitens des praktischen Arztes.** Von Dr. Georg Flatau. Therapie d. Ggw. Februar, p. 71.

3. **Die Therapie der Epilepsie.** Von Dr. Paul Leubuscher-Hoppegarten. Med. Klinik, 1908, Nr. 11.

4. **Neuere Behandlungsmethoden der Basedowschen Krankheit.** Von Dr. G. Soleil-Paris. Aerztl. Zentralzeitg., Wien, 1908, Nr. 2 bis 4 (nach Zeitschr. f. neuere physikal. Therap., 1907, Nr. 5).

5. **Zur Therapie der Basedowschen Krankheit.** Von M. Ohlemann-Wiesbaden. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 4.

6. **Höhenluft bei Morbus Basedowii.** Von Prof. Dr. Stiller-Budapest. Med. Klinik, 1908, Nr. 9.

7. **Die heutige Therapie der Neuralgien.** Von E. Fröhlich-Berlin. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, 1. Febr.

8. **Vorstellung erfolgreich mit Injektionen behandelter Fälle von Ischalgie.** Von Doz. Dr. A. Bum-Wien. Aerztl. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 6.

9. **Zur Injektionstherapie der Neuralgien.** Von Dr. Erich Schlesinger-Berlin. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.

10. **Der Kopfschmerz und seine Massagebehandlung nach Cornelius.** Von Oberarzt Dr. Worbs. Ibidem, 1908, 19. März.

11. **Einiges über Schlaflosigkeit und ihre Behandlung.** Von Priv.-Doz. Dr. A. Fuchs. Wiener klin. Rundschau, 1907, Nr. 45 und 46.

12. **Schlaflosigkeit und Hypnose.** Von Dr. Ludwig v. Szöllösy. Ibidem, 1908, Nr. 6, 9. Febr.

13. **Die periphere Fazialislähmung und ihre Behandlung.** Von Priv.-Doz. Dr. A. Fuchs. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 6 und 7.

1. Die Mehrzahl der Fälle von nächtlichem Bettnässen ist nach Fürstenheim die Folge von Erziehungsfehlern. Rechtzeitige pädagogische Behandlung kann das Uebel beseitigen. Gemeinsam ist den Fällen eine abnorme Schlaftiefe. Dadurch wird die „halbwillkürliche“ Reflexbahn gestört, und bei stärkerer Füllung läuft der Blaseninhalt ab. Bei Tage sind in der Regel hemmende Vorstellungen im Sinne mangelnden Selbstvertrauens Ursache der Inkontinenz. Genaue somatische und psychische Analyse des Einzelfalles ist immer erforderlich. Auch lokale Erkrankungen (Phimose, Adenoide des Nasenrachenraums) sind auszuschließen bezw. zu beseitigen; auf Vorhandensein von Debilität ist zu achten und Polyurie zu bekämpfen. — Therapeutisch ist die erste Aufgabe „Rhythmisierung“ der Harnfunktion, d. h. etwa dreistündliches Urinieren, nachts regelmäßige Weckzeiten (die dadurch entstehende Flachheit des Schlafes ist nach F. nicht unerwünscht; — nach der Meinung des Ref. ist es durchaus nicht unbedenklich, bei neuropathischen Kindern die Schlaftiefe zu vermindern). Am Tage soll Ruhighaltung und Nachmittagsschlaf den nächtlichen Ruheausfall ersetzen. Vorwiegend vegetabilische Diät, Hochstellen des Bettendes oder „Aufhängen“ (kurz vor dem Einschlafen Kopf nach unten), Massage des Blasenhalses vom Rektum aus und Elektrotherapie können die vor allem wichtige psychische Behandlung unterstützen. Diese besteht je nach der Eigenart des Kindes in Wechsel der Umgebung, individueller Erziehung (Medikopädagogik), Sorge für sofortiges Trockenlegen, energischen Vorhaltungen, aber möglichst Vermeiden von Bestrafung, Wachsuggestion (Persuasion), nicht Hypnose. Im Notfalle wird tags ein viereckiger Lappen aus Holzwolle, nachts eine sackartige Hülle aus Sackleinwand benutzt. Am besten ist die Ueberführung in ein pädagogisch geleitetes Institut.

2. Zur rationellen Epilepsiebehandlung ist außer sorgfältiger Diagnose, möglichst unter eigener Beobachtung des Anfalls, nach Flatau zwischen dem Einzelanfall und den Anfallserien zu unterscheiden. In den Serien, die mitten in der Brombehandlung eintreten können, ist neben Bettruhe, Ganzpackungen von 28 bis 30° C und hohen Eingießungen, Chloral (auch bei Kindern), Sulfonal, Dormiol und besonders Veronal zu empfehlen: 0,2 pro dosi dreistündlich vom dritten bis zehnten Lebensjahr, zwei- bis dreistündlich 0,25 bei älteren Kindern, dreistündlich 0,3 bis 0,5 bei Erwachsenen wird ohne Schaden lange Zeit vertragen. Bei Einzelanfällen vor allem Regelung der Ernährung: verminderte Nahrungszufuhr, lakto-vegetabilische Diät, Verbot von Fleischbrühe, Alkohol, Kaffee; Kombination von Bromzufuhr mit Herabsetzung des Kochsalzgehaltes (Richet-Toulouse) oder Bálints Verfahren: reine lakto-vegetabile Diät, nur 40 bis 50 g ungesalzene Butter, drei Eier und bromhaltiges Brot (täglich ca. 10 Spasmositzwiebäcke). Daneben Ganzpackungen und Darreichung von Brom bezw. Bromipin oder Veronal, auch wohl Atropin oder Belladonna. Die Flechsigsche Brom-Opiumkur ist nur in einer Anstalt durchzuführen.

3. Die Arbeit Leubuschers ist im wesentlichen ein Referat über den jetzigen Stand der Epilepsiebehandlung. Sie deckt sich daher inhaltlich in der Hauptsache mit dem vorher besprochenen Aufsatze. Von der Kochsalzentziehung hält L. nicht viel, wenn er auch eine kochsalzarme Diät empfiehlt. Auch ist nach seinen Erfahrungen die Opiumkur Flechsigs nicht sehr aussichtsreich.

4. Soleil referiert über eine Abhandlung von Ballet und Delherm, die besonders die physikalische Therapie der Basedowschen Krankheit berücksichtigt. Bei der Unzugänglichkeit der Originalschrift empfiehlt sich eine kurze Inhaltsangabe an dieser Stelle. Nach den Autoren scheint die Radiotherapie ein sehr wirksames Heilmittel zu sein, aber noch nicht einheitlich genug in der Technik. Dominici hat mit Radium einen sehr günstigen Erfolg gezeitigt, der zu weiteren Untersuchungen ermutigt. Die elektrotherapeutischen Verfahren sind sehr zahlreich: 1. Allgemeinbehandlung mit statischen Bädern, Hochfrequenzstrom, allgemeiner Faradisation, galvanischen oder sinusoïdalen hydroelektrischen Bädern. 2. Lokale Behandlung: Kopffaradisation, Faradisation der Augäpfel, des Kropfes und der Herzgegend; Behandlung mit sinusoïdalem Wechsel- oder Gleichstrom; Kondensatorentladungen; ganz besonders Galvanisation durch die Struma (langdauernde Ströme bis 60 Volt), auch wohl Jodelektrolyse oder Galvanofaradisation. — In bezug auf die Hydrotherapie bevorzugen die Autoren die beruhigenden Methoden, besonders die schottische Dusche, lauwarme Packungen und temperierte Bäder gegenüber den Kaltwasserduschen und Bespritzungen, die von anderer Seite empfohlen werden, die aber nach ihrer Meinung nur bei kräftigen Personen Verwendung finden sollten. Seeaufenthalt und Höhenklima erscheinen ihnen weniger brauchbar als niedriggelegene windstille Orte. Brom- oder arsenhaltige Quellen kommen gleichfalls in Betracht. Schließlich erwähnen sie die Massagekuren (allgemeine Massage, Bauch-, Hals-, Schilddrüsen- und Nervenmassage).

5. Ohlemann tritt aus Erfahrung, die er an seiner eigenen Person gemacht hat, warm für die Jodbehandlung des Basedow ein. Die Jodtinktur zieht er dem Jodkali noch vor. — Er macht ferner auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung aufmerksam, die subklavikulare und substernale Strumen enthüllt. Die günstige Wirkung des Antithyreoidin scheint den genuinen Formen der Basedowschen Krankheit anzugehören.

6. Stiller ist der Meinung, daß die Wirkung der Höhenluft in der Behandlung des Morbus Basedowii noch immer nicht genügend geschätzt wird. Er führt zwei Fälle an, in denen trotz schwerster Symptome ein Höhenaufenthalt (das eine Mal sogar im Winter) geradezu glänzenden Erfolg gezeitigt hat. Bei schweren Fällen scheinen die Resultate noch günstiger zu sein als bei initialen. — Wer weiß, meint St., ob wir die Höhen von 1000 bis 1500 m nicht auch einmal bei Herzkrankheiten mit Erfolg verwenden werden!

7. Ueber die Behandlungsmethoden der Ischias und der Trigeminusneuralgie berichtet Fröhlich. Es ist im wesentlichen eine Zusammenstellung des schon Bekannten. Für die Ischias spielt die Injektionstherapie, für die Trigeminusneuralgie daneben die operativen Verfahren (Neurektomie, Weichteilverlagerung nach Bardenheuer, Exzision des oberen Sympathikus-Ganglions nach Delbet und die in allen Fällen völliger Entfernung des Ganglion Gasseri regelmäßig erfolgreiche Radikaloperation) eine Hauptrolle. Im übrigen werden die bekannten physikalischen und medikamentösen Verfahren aufgeführt.

8. In 63% der Fälle unter 81 Erkrankungen von nicht akuter „Ischalgie“ hat Bum-Wien durch Injektion einer 8 ‰igen Chlornatriumlösung in die Scheide des Nerven am unteren Rande des Gluteus maximus Heilung, in 21% erhebliche Besserung er-

zielt. Meist genügte eine Spritze, seltener waren drei bis vier erforderlich.

9. Die Methode, die E. Schlesinger zur Ischiasbehandlung anwendet, unterscheidet sich von den bisher bekannten Verfahren der Kochsalzinjektionen nur dadurch, daß er eine in einem Kältegemisch auf 0⁰ abgekühlte Lösung anwendet. Intraneurale Injektion wendet er nicht an; er bezweifelt überhaupt ihre regelmäßige Ausführbarkeit. In 42 Fällen, meistens chronischen, hatte er 60% Heilungen. — In der Diskussion zu Sch.s Vortrag werden Zweifel an der besonderen Wirksamkeit des Kälteverfahrens laut, vereinzelt werden die Erfolge des Injektionsverfahrens überhaupt auf Suggestion zurückgeführt.

10. Nach den Untersuchungen von Worbs an etwa 40 Personen haben Kopfschmerzen in sehr zahlreichen Fällen ihre Ursache in oft lange bestehenden entzündlichen Prozessen, die sich meist an prädisponierten Stellen sowohl in der Kopf- und Nackenmuskulatur wie im Verlauf der Kopfnerven durch ihre abnorme Druckschmerzhaftigkeit zu erkennen geben. Sie stellen sich meistens dar als kontinuierlicher Druck im ganzen Kopf oder nur in der Hinterhauptsgegend, als Benommenheit mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, so daß sie vielfach als neurasthenischer Kopfschmerz imponieren, oder sie zeigen einen mehr paroxysmalen, auf bestimmte Nervengebiete lokalisierten Typus, so daß sie einen neuralgischen, in anderen Fällen einen migräneartigen Charakter annehmen. Die Corneliussche Massagemethode (15 bis 20 Minuten lang ausgeübte Friktionen der einzelnen Schmerzpunkte) ist ein wirksames Mittel, die Beschwerden anscheinend dauernd fortzuschaffen. Die Massage ist oft schmerzhaft und erzeugt bei empfindlichen Personen vielfach heftige lokale Reaktion.

11. Die Ausführungen von Fuchs über die Ursachen und Behandlungsmethoden der Schlaflosigkeit enthalten eine Zusammenstellung des bereits Bekannten. Er unterscheidet psychisch wirkende Schlafmittel (Suggestion in jeder Form, Hypnose), physikalische Verfahren (Hydrotherapie, Elektrotherapie) und die medikamentösen Methoden. Er führt dann im einzelnen die in Betracht kommenden Medikamente, in Gruppen geteilt, an und gibt bei jedem die Dosierung, die spezifische Wirkung und eventuelle schädliche Nebenwirkungen an.

12. v. Szöllösy sieht in der Hypnose das souveräne Mittel gegen primäre, genuine Insomnie. Man soll sie nicht als ultimum refugium, sondern möglichst frühzeitig anwenden, anfangs täglich, später in größeren Zwischenräumen. Leichte Grade der Hypnose genügen vollkommen. Nur in schweren Fällen hört der Schlaf nach Aussetzen der Hypnose auf. Dann sind die physikalischen Methoden, die Sz. neben der Hypnose regelmäßig anwendet, in den Vordergrund zu stellen. Medikamente hält der Verf. für schädlich.

13. Fuchs bespricht die Pathologie und Therapie der peripherischen Fazialislähmungen. Inhaltlich Neues bietet die Arbeit nicht, bis auf eine Zusammenstellung der Fälle, die F. selbst beobachtet hat (309 Männer und 285 Frauen), vom Gesichtspunkte der Aetiologie aus. Es fand sich nämlich, daß die Erkältungsgefahr im Berufe keine größere Häufigkeit der Gesichtslähmung bedingt. Andererseits war auffallend, daß sowohl bei Männern als bei Frauen die größte Frequenz der Fazialislähmung (ebenso wie bei Tetanie) in die Monate April, Mai und September fällt. — Die Erfolge der Nervenpfropfung sind nach F. nicht sehr ermutigend.

Gefäßerkrankungen.

Referent: Badearzt Dr. **P. Münz**, Bad Kissingen.

1. **Ueber die sogenannte Periarteriitis nodosa.** Von C. Benda. Berl. klin. Wochenschr., 1908, 17. Febr.
2. **Ueber Arteriosklerose.** Von Colombo. Riv. internaz. di Therap. fisica, 1907, Juli.
3. **Physikalisch-diätetische Behandlung der Arteriosklerose.** Von Winternitz. Zeitschr. f. diät. u. physikal. Therap., 1907, Dezember.
4. **Ueber Arteriosklerose.** Von Burwinkel. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 12.

1. C. Benda, welcher selbst zwei Fälle von Periarteriitis nodosa zu beobachten Gelegenheit hatte, gibt uns über diese seltene Erkrankung, über welche in der ganzen Literatur nur 20 Publikationen vorliegen, einen kritisch interessanten und eingehenden Bericht. Die Seltenheit der Beobachtungen macht es wohl erklärlich, daß sowohl über das pathologisch-anatomische wie klinische Bild ein Dunkel herrscht, in das B. hineinzuleuchten sucht. Rokitansky — und nicht Kußmaul, wie es Benda annimmt — war der erste, der im Jahre 1857 die Aufmerksamkeit auf diese Erkrankung lenkte. Die von Kußmaul und R. Maier gewählte Bezeichnung Periarteriitis nodosa gibt das eigentliche Wesen der Krankheit nicht richtig wieder; schon näher tritt ihm die Bezeichnung Rokitanskys als multiples Aneurysma der kleinen Arterien. Eppinger, welcher an eine angeborene Schwäche der Elastika der kleinen Gefäße denkt, nennt die Krankheit kongenitales Aneurysma, Benda will das Bild als Mesarteriitis oder noch besser als akutes multiples Aneurysma der kleinen Arterien bezeichnet wissen. Es handelt sich also, wie der Name schon sagt, um eine Erkrankung der Arterien und zwar, was betont werden muß, der kleinen, ja der kleinsten Gefäße, und zwar vor allem der Gefäße des Herzens, der Nieren, des Mesenteriums, der Milz und der Extremitäten. Es zeigen sich an diesen Gefäßchen zahlreiche knötchenförmige Verdickungen, die makroskopisch oft das Aussehen von Bläschen haben, in der Tat aber Aneurysmen darstellen; die Aneurysmen neigen zu Thromben, und durch die Thrombenbildung entstehen in den dadurch von der Blutzufuhr abgeschnittenen Körpergeweben anatomische Veränderungen. Ueber das Wesen der Erkrankung gehen die Ansichten weit auseinander. Während Kußmaul und Maier die Entstehung in entzündlichen Veränderungen der äußeren Schichten erblicken und die Aneurysmen als etwas Sekundäres ansehen, legen andere wie Chvostek, Weichselbaum den Hauptwert auf eine zellenreiche Wucherung der Intima und wieder andere wie Veszprémy, Janczó, Mönkeberg und Ferrari auf Veränderungen der Media. Fast alle diese Autoren nehmen mit Kußmaul an, daß es sich um entzündliche Vorgänge primärer Art in den Gefäßen handelt. Paul Meier und Eppinger erblicken das Charakteristische in primären Zerreißungen der Media resp. der Elastika interna. Ganz dieselbe Verschiedenheit der Auffassung besteht auch über die Aetiologie der Krankheit. Es rangieren als ätiologische Momente Syphilis, Infektionskrankheiten, mykotische Entzündungsvorgänge, ausschweifendes Leben, eine angeborene Schwäche der Gefäße. Aus den klinischen Symptomen, die nur sehr wenig ausgesprochen sind, ist intra vitam eine Diagnose kaum zu stellen; erst durch die mikroskopische Untersuchung kann sie gesichert werden. Die Krankheit kommt in jedem Alter vor; der jüngste Patient ist $2\frac{1}{2}$ Monate, die ältesten — das sind die beiden Fälle von Benda — 51 resp. 57 Jahre alt.

Zur Aufklärung dieser in ihrem Wesen noch so wenig erkannten und viel umstrittenen Krankheit trägt Benda auf Grund der gesammelten Literatur und der genauen Untersuchung der beiden von ihm beobachteten Fälle nicht wenig bei. Handelt es sich auch in beiden Fällen um ein nur beschränktes Auftreten von Aneurysmen der abdominalen Gefäße, so läßt der mikroskopische Befund doch die Diagnose Periarteriitis nodosa unzweideutig erkennen. Im allgemeinen deckt sich dieser Befund mit den Beobachtungen älterer Autoren. In früheren Stadien der Erkrankung konnte B. Zerreißungen der Media und Elastika interna nachweisen, während Adventitia und Interna sich noch unverändert zeigen. Erst in dem späteren Verlauf, wo der Höhepunkt der Erkrankung vorausgesetzt werden kann, finden sich ausgedehnte leukozytäre Infiltrate der Adventitia, schwere Zerstörungen der Media, der Elastika externa und interna und der Intima, welche teilweise in Kontinuitätstrennungen dieser Häute bestehen. B. neigt zu der Ansicht, daß die Kontinuitätstrennungen das Primäre und die Exsudate und Blutungen das Sekundäre sind, wie es auch Paul Meyer und Eppinger annehmen. Die Gründe für die Einrisse erblickt B. in Blutdruckmißverhältnissen, in einer abnormen Steigerung des Blutdruckes und einer abnormen Widerstandsherabsetzung der Gefäße, und zwar ist da eine große Plötzlichkeit dieses Momentes vorauszusetzen. Diese Annahme, welche sich mit der histomechanischen Theorie Thomas bezüglich der Entstehung der Arteriosklerose deckt, ist in der Tat imstande, viele Wider-

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sprüche im histologischen Bilde der Periarteriitis nodosa aufzuklären. In den Fällen von Benda wird wohl am ehesten die parenchymatöse Nephritis zu der Blutdrucksteigerung geführt haben.

2. Colombo erblickt die Ursache der Arteriosklerose in Toxinen, welche auf der Grundlage abundanter Fleischkost, des Mißbrauchs von Alkohol, großer Strapazen im Blute sich anhäufen und eine Schädigung der Gewebe, besonders der Blutgefäße in Form der Arteriosklerose erzeugen. Die Blutdrucksteigerung erkennt C. als ätiologisches Moment wohl an, aber nicht in dem Maße, wie es andere Autoren, z. B. Huchard, Thoma, tun. Und da ist die Plötzlichkeit der Blutdruckschwankung und ihre öftere Wiederholung am ehesten geeignet, Arteriosklerose hervorzurufen. Prophylaktisch und therapeutisch empfiehlt C. laktovegetabile Diät, Abstinenz, Sorge für Stuhl; besonders weist er den Schwitzprozeduren, die eine Eliminierung der Blutgifte durch die Haut befördern sollen, eine große Rolle zu. Um den Stuhl zu regulieren, läßt er regelmäßig salinische Mittel gebrauchen. Ebenso erkennt er den Wert leichter Muskelübungen an. Dagegen hält er nichts von der in der letzten Zeit empfohlenen Anwendung hochfrequenter Ströme. Wenn man auch Colombos Ansicht über die Entstehung der Arteriosklerose nicht ganz beistimmen kann, so finden anderseits seine Angaben über Therapie und Prophylaxe unsere Billigung. Wir werden freilich bei vorgeschrittener Arteriosklerose und bei geschwächten Personen durch Schwitzprozeduren mehr schaden als nützen.

3. In dieser Abhandlung empfiehlt Winternitz entgegen der herrschenden Ansicht, daß kaltes Wasser den Blutdruck erhöhe und darum seine Anwendung für Arteriosklerotiker schädlich sei, gerade hydriatische Maßnahmen mit kaltem Wasser für Arteriosklerose. Er weist zunächst nach, daß kaltes Wasser den Blutdruck weniger erhöhe, als die gewöhnlichen im Leben nötigen Verrichtungen wie Niesen, Husten, Sichbücken usw. Nach ihm liegen nun die Zirkulationswiderstände hauptsächlich in der Peripherie, gelingt es nun, durch Kräftigung der Haut- und Gefäßmuskeln das peripherische Pumpwerk zu stärken, so wird sich dies zunächst in einer Erniedrigung des Blutdruckes zeigen. Aus diesen Erwägungen heraus hält Winternitz neben den anderen therapeutischen Maßnahmen, wie Vermeidung zu reicher Fleischkost, zu großer Mahlzeiten, auch die Anwendung von kalten oder heißen Teilabreibungen bei Arteriosklerose für angezeigt. Gewiß läßt sich bei Leuten, die an kaltes Wasser gewöhnt sind, gegen dessen Gebrauch nichts einwenden. Im allgemeinen aber ist bei Arteriosklerose, zumal bei einer Erkrankung der Koronararterien und der Nieren, bei der Anwendung kalten Wassers Vorsicht geboten, da die hierdurch erzeugte Blutdrucksteigerung recht unliebsame Folgen haben kann.

4. In zwei Aufsätzen führt B. in klarer, mehr populärer Form alles das vor, was bereits über Arteriosklerose geschrieben wurde. Wenn er auch die Arbeiten vieler Autoren außer Acht laßt, so sagt er doch das Wesentlichste über Entstehung und Therapie dieser jetzt so sehr in den Vordergrund des ärztlichen Interesses getretenen Krankheit. Es ist B. auch nicht zu verargen, daß er bei der Erwähnung der Therapie pro domo, d. h. fur Nauheim Propaganda macht. Es ist jedenfalls erfreulich, daß B. neben seinen eigenen Theorien und Hypothesen auch die Ansichten anderer Autoren mehr zur Geltung bringt und dadurch seine beiden Aufsätze inhaltsreicher und gedankenvoller gestaltet.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Die Exstirpation der kalten Abszesse.** Von Alexander Tietze. Allgem. med. Centralzeitung, 1907, Nr. 50.

2. **Zur Diagnose und Therapie der Diplokokkenperitonitis.** Von Hans Salzer. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 13.

3. **Die Behandlung der Peritonitis.** Von Ernst Siegel. Wiener klin. Rundschau, 1907, Nr. 52.

4. **Inwieweit entspricht die Behandlung der Blutung nach Zahnextraktionen mittelst Wasserspülung den Anforderungen der heutigen Chirurgie?** Von Brandt. Berl. Zahnärztl. Halbmonatsschrift, 1908, Nr. 7.

5. **Die Leukozytenzählung zur Unterscheidung von Blutungen und Eiterung.** Von Wietnig. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

6. **Zur Operation der akuten Pankreashämorrhagie.** Von Friedrich Brewitt. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 11.

7. **Die Entwicklung der Kriegschirurgie in den letzten Dezennien.** Von Hermann Küttner. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 7.

8. **Zur Differentialdiagnose der gedrehten zystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendizitis.** Von Egon Ranzi. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 1.

9. **Wesentliche Vereinfachung der Technik der Ausfüllung kleinerer Knochenhöhlen. (Mosetigs Knochenplombe.)** Von B. Mayrhofer. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 10.

10. **Einige Bemerkungen über die Behandlung der Gliederstümpfe.** Von Hugo Hieronymus Hirsch. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 11.

11. **Ueber die Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengerungen mittels der Sondierung ohne Ende.** Von Viktor Lieblein. Beitr. zur klin. Chir., Bd. 56, Heft 3.

1. Die Eigenart des kalten Abszesses — dicke gefäßreiche Wandung mit tuberkulösen Granulationen — macht es verständlich, daß die geschlossene Behandlung mit Jodoformglyzerin-Einspritzungen der breiten Spaltung und Auskratzung im allgemeinen vorzuziehen ist; oft ist es unmöglich, die ganze Wand zu entfernen, und im Hintergrunde droht die Mischinfektion. Eine Tuberkulose „anzuoperieren“ ist aber, wie Tietze ebenso richtig wie treffend sagt, ein grober Fehler. Ganz anders steht es mit der Exstirpation solcher Abszesse, die mit einem Schlage den ganzen Herd wegschafft und die Krankheitsdauer ganz beträchtlich verkürzen kann, was bei Arbeiterkranken erheblich ins Gewicht fällt. Vorbedingung für den Erfolg ist die richtige Auswahl der Abszesse, die Möglichkeit, sie ohne allzu große Schwierigkeit außen freilegen und den Knochenherd, von dem sie ausgehen, mit entfernen zu können. Neben oberflächlichen Eitersäcken, Skrophulodermen usw., die herausgeschnitten und deren Bett wie bei einer Geschwulst einfach vernäht wird, eignen sich besonders die derbwandigen Rippensenkungsabszesse der hinteren Thoraxwand trotz ihrer Größe zur Exstirpation. So bildet T. eine über zweifaustgroße Abszeßgeschwulst ab, die samt dem zugehörigen erkrankten Rippenstück als Ganzes vom Rücken eines Mannes entfernt wurde, der 4 Wochen später geheilt war; andere glatt geheilte Fälle sind ein Abszeß, der birnförmig der Radius-Sequesterhöhle eines Kindes aufsaß; ein Abszeß bei Trochantertuberkulose; bei retroperitonealer Drüsentuberkulose (Schnitt längs dem linken Darmbeinkamm), u. a. m.

2. Es gibt bei Kindern und zwar meistens bei Mädchen eine Pneumokokken-Infektion des Körpers, die zuerst und manchmal ausschließlich das Bauchfell befällt; eine primäre idiopathische Pneumokokkenperitonitis. Sie ist durch neuere Arbeiten, namentlich französischer Verfasser, genauer beschrieben worden: die Kinder erkranken ohne Vorboten unter heftigsten Bauchschmerzen unbestimmten Sitzes, mit Erbrechen und Durchfall, der zwar nicht immer vorhanden ist, aber als eine bei sonstigen Bauchfellentzündungen nicht gerade gewöhnliche Erscheinung große Bedeutung hat; ebenso der häufige Herpes labialis, den Salzer in allen seinen Fällen verzeichnete. Dabei besteht neben hohem Fieber, bis 40°, kleiner schneller Puls, starke Zyanose und Atemnot; Bewußtlosigkeit und verfallenes Aussehen vervollständigen das schwere Krankheitsbild. Der Bauch ist dabei etwas aufgetrieben und druckempfindlich, doch fehlt seine ausgesprochene, abwehrende Muskelspannung, die défense musculaire, durchweg, und darauf ist zur Unterscheidung von der Wurmfortsatzentzündung großer Wert zu legen. Dieses Anfangsstadium nun geht entweder als allgemeine Peritonitis weiter, um sehr bald durch den Tod an Herzschwäche ein Ende zu finden, oder es entwickelt sich unter allmählicher Besserung — Erbrechen, Fieber, Puls bessern sich, während die Durchfälle noch längere Zeit, bis zu 4 Wochen, anhalten — eine abgesackte Peritonitis mit mächtigem, bis zu 8 Litern betragenden, eitrig-fibrinösen Pneumokokken-Exsudat, das schließlich von selber nach außen durchbricht, meist durch den Nabel, seltener durch Mastdarm, Blase, Scheide. Auch in der Behandlung scheint die Pneumokokkenperitonitis eine Sonderstellung einzunehmen; die früh Operierten, die zugleich kein oder nur wenig Exsudat hatten, gaben ein weit schlechteres Ergebnis

als die Fälle, bei denen man mit dem Eingriff bis zum deutlichen Nachweis des Exsudats gewartet hatte; auch wurden letztere rascher entfiebert. Doch sind nach des Ref. Meinung die Beobachtungen noch zu wenig zahlreich, um für den Eingriff bei dieser Art Bauchfellentzündung etwa ein Abwarten zu fordern, das bei ähnlicher Erkrankung aus anderer Ursache wohl allgemein aufgegeben ist. Dazu kommt, daß die Verwechslung der Pneumokokkenperitonitis mit der Wurmfortsatzentzündung — Skolikoiditis nach Salzers richtiger, aber papierener Bezeichnung — sehr nahe liegt.

Der Weg der Ansteckung liegt noch im Dunkeln. Zwar gibt es Pneumokokken-Appendizitiden, die wie jede andere Wurmfortsatzentzündung auch ausgedehnte Bauchfellerkrankung verschulden können; aber mit den primären Pneumokokkenperitonitiden, bei denen der Wurm gesund ist, wie mehrfache, auch mikroskopische Untersuchung herausgeholter Appendizes beweist, haben diese Fälle nichts zu tun. Ob der Pneumokokkus auf dem Blutwege, vom Darm aus oder, worauf die auffallende Ueberzahl der erkrankten Mädchen hinweist, durch den Geschlechtsschlauch in das Bauchfell eindringt, steht heute noch dahin.

3. So sehr sich auch unsere Erfolge bei ausgebreiteter Peritonitis in den letzten Jahren gebessert haben, so besteht doch die beste Behandlung im Eingreifen, solange die Bauchfellentzündung noch umschrieben ist. Aber gerade auf dieser Stufe, wo die Erscheinungen meist, wenn auch ausgesprochen, so doch nicht schwer sind, wird die Krankheit nicht erkannt; man gesteht höchstens unter einer oft verhängnisvollen Selbsttäuschung mit Worten eine Bauchfellreizung zu und wartet förmlich auf die schweren Zeichen der ausgesprochenen Erkrankung, Dämpfung, Auftreibung des Leibes, Verfall der Gesichtszüge. „Ein Krankheitsbild, das mit heftigen Leibschmerzen, vielleicht auch mit Erbrechen begonnen, das geringe Temperatursteigerungen aufweist, bei dem eine lokale Druckschmerzhaftigkeit in abdomine mit Kontraktion und Spannung der Bauchdecken an der betreffenden Stelle vorhanden ist, muß als Peritonitis aufgefaßt und behandelt werden.“ Daß diese Behandlung in Entfernung der Eiterquelle (Wurmfortsatz, Gallenblase, Magendarmgeschwür) und Dränage der Bauchhöhle bestehen muß, versteht sich von selber; für ein Eingehen auf die Technik der Eingriffe und der Nachbehandlung, bei der Siegel den Wert der Infusionen und Nährklistiere zu niedrig einschätzt, ist hier nicht der Ort.

4. Brandt verwirft die „unchirurgische“ Wasserspülung als Mittel zur Blutstillung nach dem Zahnziehen und empfiehlt Einlegen eines mit einem Antiseptikum (Chinosol) getränkten kleinen Wattebausches, eventuell nach Alveolen-Tamponade. Dem völligen Verzicht auf die Spülung wird man sich kaum anschließen; sie ist, wenn auch nicht gerade für die Blutstillung, so doch für die Reinigung der Mundhöhle nach dem Eingriff nicht zu entbehren; auch fallen die Bedenken wegen des Wasserkeimgehaltes bei dem üblichen Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd nicht ins Gewicht.

5. Solange die Leukozytenzahl 8—10 000 nicht übersteigt, ist, bei entsprechendem Verhalten aller anderen Krankheitszeichen, eine Eiteransammlung im Körper oder Vereiterung eines vorhandenen Blutergusses gewöhnlich auszuschließen.

6. Bei der akuten hämorrhagischen wie bei der infektiösen Pankreatitis handelt es sich darum, die außerordentlich giftige Absonderung der kranken Drüse zu entleeren und abzuleiten, ehe allgemeine Fettnekrose und Peritonitis eingetreten ist. Wie bei so vielen peritonealen Erkrankungen tritt auch hier die Frühoperation in ihre Rechte, die insofern eine radikale sein soll, als man sich nicht mit bloßer Oeffnung und Dränage des Bauches zu begnügen, sondern die Quelle der Infektion am Pankreas selbst bloßzulegen, zu entleeren und zu tamponieren hat, um das nachfließende Sekret sicher von der Bauchhöhle fernzuhalten. B. hat nach diesen Grundsätzen einen Kranken mit schwersten Verfallerscheinungen durchgebracht, der unter der Annahme einer Durchbruchs-Peritonitis zwei Tage nach Erkrankungsbeginn operiert wurde. Daß die auf Körtes Abteilung üblichen Massenspülungen mit Kochsalz grade bei solchen Fällen einer allgemeinen Ueberschwemmung der Bauchhöhle mit toxischem Material günstig wirken, muß auch der Gegner der grundsätzlichen Spülung zugeben.

7. In den letzten Kriegen haben sich die Grundlagen moderner Kriegschirurgie, wie sie Ernst von Bergmann geschaffen hat, glänzend bewährt: Der einheitliche, „obligatorische“ aseptische Verschlußverband, die Ruhigstellung gebrochener Glieder in Gips, vor allem die äußerste Zurückhaltung von Eingriffen bei schweren Knochen- und Gelenkschüssen, bei durchschlagenden Rumpf- und Schädelschüssen. „Im Felde hat die Freiheit der Schablone zu weichen“ (Bergmann).

8. Es ist außerordentlich schwer, die Stieldrehung eines Ovarientumors oder einer Hydrosalpinx von einem akuten Anfall von Wurmfortsatzentzündung zu unterscheiden; der Tastbefund, auch von Rektum und Scheide aus, Druckschmerz, abwehrende Muskelspannung, Erbrechen, Fieber, Leukozytose können als Zeichen der Bauchfellreizung bei beiden Erkrankungen genau in gleicher Weise auftreten. Höchstens spricht ein ganz plötzliches Einsetzen heftigster Schmerzen, wenn auch nicht unbedingt, eher für Stieldrehung. Bei der Operation solcher Fälle soll man nicht versäumen, sich die Adnexe anzusehen, auch wenn der Wurmfortsatz mehr oder weniger krank scheint, er kann erst später in Mitleidenschaft gezogen, adhärent und entzündet geworden sein, und die eigentliche Krankheitsursache sitzt als stielgedrehter Tumor im kleinen Becken.

9. Mayrhofer hat sich die Jodoformplombierung bei den kleinen Knochenhöhlen nach Zahnwurzelresektion durch ein paar Handgriffe erleichtert, die wohl auch bei den nicht allzu großen Knochenhöhlen, wie sie der praktische Arzt nach Spina ventosa usw. behandelt, gute Dienste tun werden. Die Masse (Jodoform. 10—40, Ol. Sesami 10—20, Cetac. 20—40; sie ist recht teuer!) wird kalt im Tiegel bereitgehalten und mit erhitzten Metallstäbchen und Spateln jedesmal eine kleine Menge Plombe, die durch das heiße Metall die richtige Konsistenz bekommt, in die Höhle eingetragen, verstrichen und festgedrückt, bis die ganze Höhle ausgefüllt ist. Darüber Hautnaht. — Die Tatsache, daß Knochenhöhlen nach Karies jeder Art, besonders aber tuberkulöse, unter der Plombe rascher, schöner und für den Kranken durch Wegfall der schmerzhaften, stets wiederholten Tamponade viel angenehmer heilen, braucht nicht noch einmal betont zu werden.

10. Die Tragfähigkeit des Amputationsstumpfs hängt nicht davon ab, ob er bei der Absetzung tendo- oder osteoplastisch gedeckt, ob seine Markhöhle ausgekratzt worden ist usw., sondern nur von der funktionellen Nachbehandlung, wie sie Hirsch durch frühzeitige planmäßige Tret-, Steh- und Gehübungen mit dem Stumpf, verbunden mit Massage und Klopfen, angegeben hat.

11. Zwei 7 Jahre lang bestehende Dauer-Erfolge geben L. Veranlassung, die Vorzüge der bekannten Sondierung ohne Ende bei schweren Speiseröhren-Verengerungen noch einmal hervorzuheben. (Es wird ein dünner Faden vom Munde aus durch die Striktur geführt, aus einer angelegten Magenfistel herausgeleitet und mit seinem eigenen Ende verbunden; an diesem Leitseil werden wie bei einem Fahrstuhl-Paternosterwerk Drains oder Hohlbougies in wachsender Stärke durch die verengte Stelle gezogen.)

Oeffentliches Sanitätswesen und soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Neue Stadieneinteilung der Lungentuberkulose.** Med. Reform, 1908, Nr. 14, 2. April, S. 168, Heilstättennachrichten.

2. **Gewerbliche Bleivergiftungsfälle mit seltener Entstehungsursache.** Von Dr. Ludwig Teleky. Ibidem, S. 163, Gewerbehygiene.

1. Laut Erlaß des preuß. Kultusministeriums vom 9. Januar d. Js. soll nunmehr die von der vierten internationalen Tuberkulosekonferenz angenommene Stadieneinteilung der Lungentuberkulose allen statistischen Erhebungen, insbesondere der Versicherungsanstalten und deren Heilstätten zugrunde gelegt werden. Die Einteilung lautet kurz: I. Leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, bei doppelseitiger Spitzenaffektion nicht über die Schulterblattgräte und das Schlüsselbein, bei Einseitigkeit vorn nicht über die zweite Rippe hinausgehend. II. Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen eines Lappens, oder schwere, höchstens auf ein halbes Lappenvolumen ausgedehnte Erkrankung. III. Alle über II hinausgehenden und alle mit erheblicher Höhlenbildung verbundenen Erkrankungen. Leichte Erkrankungen sind disseminierte Herde (leichte Dämpfung, unreines, rauhes, abgeschwächt vesikuläres, vesikulo-bronchiales

bis broncho-vesikuläres Atmen und feinblasiges bis mittelblasiges Rasseln), schwere sind Infiltrate mit starker Dämpfung, stark abgeschwächtem („unbestimmtem“) broncho-vesikulärem bis bronchialem Atmen mit und ohne Rasseln, erhebliche Höhlenbildungen, solche mit tympanitischem Höhlenschall, amphorischem Atmen und ausgebreitetem, gröberem, klingendem Rasseln. Diese fallen unter Stadium III. Pleuritische Dämpfungen von nur einigen Zentimetern Höhe bleiben außer Betracht, erhebliche sind unter Komplikationen besonders zu nennen. Das Stadium ist für jede Seite gesondert anzugeben, der Gesamtfall wird nach dem Stadium der stärker erkrankten Seite klassifiziert, z. B. R. II, L. I = Gesamtstadium II.

2. In der Wiener klinischen Wochenschrift, 1907, Nr. 45, hatte Dr. E. Gronmann aus der Abteilung des Prof. M. Sternberg „über einige neue Quellen gewerblicher Bleivergiftung“ in Wien berichtet. Die Fälle betrafen einen Edelsteinschleifer (Schleifen mit Bleischeiben), einen Hutmacher (Einreiben weißer Damenhüte mit Bleiweiß) und eine Arbeiterin in einer Glasfabrik (Sortieren und Sieben von in alten Miniumfässern gesammelten Glasscherben). Außerdem berichtete L. Verkauf („die Arbeiter und die Bleierkrankungen“ in „Volksschriften über Gesundheitswesen und Sozialpolitik“) über Saturnismus bei Handschuhmachern (Einreiben weißer Handschuhe mit Kremserweiß) und Stockdrechslern (Weißpolieren von Sonnenschirm- und Spazierstöcken). Diese Mitteilungen, die nicht nur statistisches Interesse haben, sondern auch dartun, wie wichtig es ist, daß der praktische, namentlich aber der Kassenarzt auf weniger bekannte Quellen des Saturnismus aufmerksam wird, haben Teleky veranlaßt, aus seinem reichen Beobachtungsmaterial (er ist Spezialarzt für Gewerbekrankheiten beim Verbande der Wiener Genossenschaftskrankenkassen) weiteres mitzuteilen. Nach ihm kommen Bleivergiftungen auch vor bei Schlossern, die Eisenteile zum Schutz gegen Rost emaillieren (mit Miniumanstrich versehen) oder emaillierte Eisenteile weiter verarbeiten, besonders beim Nieten und Feilen. Ein Schuhmachergehilfe (Schuhbügler) hatte durchschnittlich wöchentlich vier bis fünf Dutzend weiße Schuhe zu bugeln und dann mit Kremserweiß einzureiben. Er bekam Bleisaum, paretischen Gang und Streckerlähmung an den Händen. Bei Töpfern und Hafnern kommen Bleivergiftungen vor bei Verwendung bleihaltiger Glasuren. In einer Wiener Fabrik werden die Schilder der Apothekerflaschen mit einer in Terpentin verriebenen, feinpulverisierten, bleihaltigen Masse hergestellt. T. sah drei Arbeiter infolge der Beschäftigung damit an Saturnismus erkranken, desgleichen einen Xylographen, der den Holzklotz, auf dem die Zeichnung eingeschnitten wird, mit Kremserweiß einzureiben hatte, was häufig mit der Hand geschieht. Nägel mit Messingköpfen werden so hergestellt, daß beide Teile durch geschmolzenes Blei miteinander verlötet werden. Ein Arbeiter, der diese Arbeit 21 Jahre lang verrichtet hatte, bekam Bleisaum, Anämie und Kolik. Ein Elektrotechniker hatte Bogenlampen zu kontrollieren und bei schadhaft gewordenen Sicherungen den Bleidraht zu erneuern. Nach einem halben Jahre — er trug allerdings den Bleidraht und sein Frühstück in der Rocktasche — hatte er Bleisaum, Kolik und Obstipation. Endlich kommen Bleivergiftungen vor bei Stockdrechslern durch den Gebrauch von Bleiweiß beim Lackieren, bei Ziseleuren (Tulaarbeitern), Plattierern von Pferdegeschirr- und Wagenbeschlägen und Klempnern (T. sah einen Fall von Bleivergiftung bei einem Klempner, der ein Kirchendach mit Bleiplatten gedeckt hatte). Ein Tischler hatte viele alte Holzkasten für Akkumulatoren zu reparieren, ein anderer in einer Werkstatt für moderne Wohnungseinrichtungen eine polierte Fläche mit Oel-Bleiweiß einzureiben, ein dritter in einer Kunstbutterfabrik die Kisten mit dem vorgeschriebenen roten Streifen zu bemalen, wozu er Minium benutzte. Alle drei erkrankten an Bleivergiftung, ebenso wie ein Maurer, der in einem Betriebe regelmäßig Reparaturen an Bleischmelzöfen auszuführen hatte. Die Diagnosen konnten **nicht** immer sofort gestellt werden. — Bleihaltige Farben sollten hiernach gesetzlich nur mit Angabe ihres Bleigehalts gehandelt und an Arbeiter abgegeben werden dürfen.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Deutsche militärärztliche Zeitschrift**, 1908, Heft 6, 20. März.

2. **Aus der Literatur des Militärsanitätswesens 1907.** Von Dr. Georg Körting, Generalarzt a. D. in Charlottenburg. Berlin und Wien. Urban & Schwarzenberg.

3. **Die sanitären Formationen zu bakteriologischen Untersuchungen und zur Desinfektion.** Von Dr. Follenfant, méd. princip. Der Militärarzt, 1908, Nr. 6, 27. März, S. 94 (Referat nach Le Caducée, 1907, 15. Sept.).

4. **Aus dem Kriege in der Mandschurei.** Von Hauptmann Daniel Brun. Ibidem, S. 95 (Referat nach Militärläger, 1907, XIII).

1. Das neueste Heft der Deutschen militärärztlichen Zeitschrift bringt eine kurze Erläuterung der Dienstanweisung für die Delegierten der freiwilligen Krankenpflege vom 22. Okt. 1907 durch Stabsarzt Dr. Georg Schmidt, die Beschreibung einer neuen Verbandtasche von Oberstabsarzt Dr. Heermann, eine anschauliche Beschreibung des truppenärztlichen Dienstes im Feldzuge gegen die Hottentotten von Oberarzt Dr. Ruckert, sowie schließlich einen Beitrag zu den Fortschritten in der Kenntnis der Uebertragungsart des Mittelmeerfiebers von Marinestabsarzt Dr. zur Verth. — Die Kenntnis der Dienstanweisung ist nicht nur für alle aktiven Sanitätsoffiziere, sondern auch für diejenigen des Beurlaubtenstandes, welche bei der Ausbildung freiwilliger Sanitätskolonnen mitwirken, insofern von Wichtigkeit, als die Ziele des Sanitätsdienstes im Kriege nur erreicht werden können durch verständnisvolles Zusammenwirken der amtlichen und der freiwilligen Krankenpflege. Dieses wiederum ist aber nur möglich bei genauer Kenntnis der den Wirkungskreis dieser und jener regelnden Bestimmungen. — Die Verbandtasche von Heermann ermöglicht als wichtige Neuerung, die Instrumente stets desinfiziert und gebrauchsbereit mit sich zu führen, ohne daß sie an Schärfe oder sonstwie leiden. Zu diesem Zweck steckt möglichst jedes einzelne in einer wasserdichten, mit Alkohol oder Seifenspiritus gefüllten Metallhülse. — Ref. hat die Feldzüge von 1866 und 1870/71 mitgemacht. Er muß sagen: Die Schwierigkeiten, Anstrengungen und Entbehrungen, unter denen sich damals der ärztliche Dienst vollzog, verschwinden im Vergleich zu denen, wie sie R. für den Feldzug gegen die Hottentotten schildert. Man lese z. B. folgendes von der Orange-Expedition im Oktober 1905: „Schlimm stand es mit dem Verbandmaterial, jeder war fast nur auf das so hoch geschätzte Verbandpäckchen angewiesen. Dazu kam, daß auch die beiden ältesten Sanitätsoffiziere gleich zu Anfang außer Gefecht gesetzt wurden. Stabsarzt Althaus brach sofort bei den ersten Salven zu Tode getroffen nieder. Oberarzt Hamann erhielt bei dem Versuche, einen Verwundeten zurückzuziehen, einen Schuß durch beide Beine und konnte sich nur mit knapper Not hinter einer Düne in Sicherheit bringen. Von beiden gingen Instrumente und Verbandstoffe verloren. . . . Auch Assist.-Arzt Wolf und ich büßten, was wir an Verbandstoffen auf unsern Mauleseln hatten, ein. Das Reittier von Wolf riß sich bei der ersten Salve los und lief davon, das meine brach, nachdem ich kaum abgestiegen war, tödlich getroffen zusammen. . . . Ueberall erschollen Hilferufe nach einem Arzt. Bald durch Dornengestrüpp, das Hände, Gesicht und Kleider zerriß, bald über freie Flächen laufend oder flach in den Sand gedrückt kriechend, suchten wir an die Verwundeten, die zum Teil flehentlich um einen Gnadenschuß baten, heranzukommen, um sie, ziehend oder auf dem Rücken tragend, unter dem Schutze des Maschinengewehrfeuers in Sicherheit zu bringen.“ Achtung vor solchen Aerzten! Erwähnt sei noch, daß der Führer der Hottentotten Morenga dem Schreiber dieses Berichts bei Pella sein verloren gegangenes Verbandzeug mit dem Bemerken wieder zustellen ließ, die Deutschen hätten es für die vielen Verwundeten wohl nötig. — Das ziemlich plötzliche Verschwinden des gefürchteten Mittelmeerfiebers aus dem englischen Mittelmeergeschwader (in den 12 Monaten 1905 gingen dem Marinehospital in Malta 16, 9, 14, 30, 32, 44, 32, 16, 4, 11, 27, 10, in denen des Jahres 1906 22, 21, 27, 25, 20, 8, 5, 6, 2, 4, 1, 0 Fälle zu) scheint auf das Verbot des Genusses ungekochter Ziegenmilch zurückzuführen zu sein. Der Mikrokokkus

melitensis wird mit dem Harn ausgeschieden, die Ziegen rupfen jeden grünen Halm am Wege ab und erwerben so das Maltafieber. Auch liegen positive Fütterungsversuche vor.

2. Das als Beiheft zur „Medizinischen Klinik“ erschienene Buch von Körting ist eine Art Jahresbericht, wie ihn ähnlich auch die Deutsche militärärztl. Zeitschr. herausgibt, unterscheidet sich jedoch von diesem dadurch, daß es sich bei dem Umfang der Literatur des Militärsanitätswesens, welches die ganze Medizin und dazu eine Reihe von Sonderfächern aus dem Gebiet des Militärwesens und der Verwaltung umfaßt, vorwiegend, und zwar in Form eines zusammenhängenden lesbaren Berichts, auf diejenigen deutschen Erscheinungen beschränkt, welche das Interesse der Leser der Med. Klinik verdienen. Die einzelnen Kapitel, an deren Schluß dann jedesmal die Literatur aufgeführt wird, sind: 1. Organisation und Ausbildung, Ersatz- und Entlassungswesen. 2. Gesundheitsfürsorge. 3. Statistisches, Sanitätsberichte. 4. Krankenpflege und Krankheiten. 5. Feldsanitätswesen, Kriegssanitätsgeschichte. Ref. kann es nicht unterlassen, hierbei, auch im Hinblick auf den oben unter 1 erwähnten Bericht von Ruckert, die Stelle anzuführen, in welcher K. von der kriegsgeschichtlichen Darstellung unserer südwestafrikanischen Kämpfe durch den großen Generalstab spricht. K. sagt: „Dem Sanitätsdienst speziell ist kein Abschnitt gewidmet, aber es ist auch keine Gefechtsschilderung darin, die nicht gleichzeitig ein Ruhmesblatt für die Tätigkeit des Sanitätspersonales wäre, welches dem stets im Uebermaß auftretenden, trefflich bewaffneten und schießenden Feind gegenüber fast immer zuerst mitkämpfen mußte und sich dann erst der oft unsagbar schwierigen Sicherung der Verwundeten widmen konnte.“ Bei der Besprechung des Ostasiatischen Feldzuges 1904 bis 1905 und der Tätigkeit des Japanischen roten Kreuzes in diesem erfahren wir, daß es 10½ Millionen ausgegeben hat. Um diese aufzubringen, wurde allerdings in Japan u. a. ein Werbemittel benutzt, das wir nicht mitmachen können: die Mitglieder des roten Kreuzes bekamen je nach der Höhe ihres Beitrages drei Klassen von Orden und durften sie tragen.

3. Im russisch-japanischen Kriege bestanden auf russischer Seite zwei besondere Formationen zur Ausführung bakteriologischer Untersuchungen und von Desinfektionen, deren eine allgemeine Untersuchungen und Desinfektionen im großen auszuführen hatte, während die andere sich im kleinen betätigte. Die ständigen Formationen befanden sich an großen Orten, die mobilen wurden den Armeen zugeteilt. Die Ausstattung war sowohl in personeller als auch in materieller Beziehung zweckentsprechend und reichlich. Außerdem hatte das rote Kreuz einen bakteriologischen Zug und eine Desinfektionsanstalt errichtet. Der Train bestand aus acht Waggons (ein Laboratoriums-, ein Desinfektions-, ein Eiswagen, der täglich 1400 kg Eis produzierte, und fünf Wagen für Personen usw.).

4. Das japanische Gewehr hat ein Kaliber von 6,5 mm. Die meisten Schüsse machten, wenn sie nicht tödlich waren, nur verhältnismäßig kurze Zeit kampfunfähig. Der gefährlichste Abstand lag zwischen 0 bis 400 m, das Geschoß durchbohrte alles und wirkte oft explosiv. Bei 400 bis 600 m geht es glatt durch Knochen und Weichteile, auf größeren Abstand werden Ein- und Ausschuß größer, es entstehen Sprengungen und Splitterungen. Bei 800 m bleibt das Geschoß stecken.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Laktophenin — Falkenberger Piperazin-Lithion-Gichtwasser — Salen — Jodosolvin.

Von Dr. **M. Peltzer**, Steglitz.

Erneute Beobachtungen an mir selbst bezw. an einem von mir behandelten Kollegen veranlassen mich, im Anschluß an meine bezüglichen Veröffentlichungen in den „Fortschritten der Medizin“ (1906 Nr. 6, 1907 Nr. 18 und 29) wiederholt auf nachstehend genannte Mittel aufmerksam zu machen.

1. Laktophenin. Dieses Mittel war mir bisher nur als Sedativum, Analgetikum und Antipyretikum bekannt gewesen. Ich gebrauchte es als Hypnotikum und zur Entwöhnung von Brom mit dem gewünschten Erfolge, nachdem ich gezwungen gewesen war, letzteres, wenngleich ohne Nebenerscheinungen, längere Zeit bis zu 2,0 zu nehmen, und mit allen anderen Abgewöhnungsmethoden gescheitert war, und zwar von 1,0 abwärts an in langsam fallender Dosis. Seine erste Empfehlung als Hypnotikum stammt von Wunderlich.

2. Falkenberger Piperazin-Lithion-Gichtwasser. Es wird vielfach behauptet, daß Piperazin nur im Reagensglase Gichtkonkremente auflöst. Ich kann nur sagen, daß das in der Ueberschrift genannte, von der chemischen Fabrik Falkenberg in Falkenberg-Grünau bei Berlin hergestellte Piperazin-Lithionwasser (1,0 Piperazin und 0,1 Lithion auf 600,0 aq. carbon., davon täglich 100,0 zu nehmen) nicht nur mir, sondern auch anderen, denen ich es empfohlen, sowohl im Anfall als auch prophylaktisch wiederholt außerordentlich gute Dienste geleistet hat und ich dem Wasser dankbar bin. Ueber das Nähere sowie die von der genannten Fabrik außerdem hergestellten Heilwässer verweise ich auf Heft 6 der „Fortschritte der Medizin“ 1906.

3. Salen, aus der pharmazeutischen Abteilung der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel, besteht aus einer Mischung von Methyl- und Aethylglykolsäure-Ester der Salizylsäure mit gleichen Teilen Spiritus und stellt in dieser Form eine wasserhelle, klare, aromatisch angenehm riechende, leicht zu verreibende Flüssigkeit, mithin eine äußerlich anwendbare Salizylsäure-Medikation bei Rheumatosen dar, die, ähnlich wie Chloroformliniment, fast augenblicklich schmerzstillend wirkt. Der wirksame Bestandteil des bekannten Gaultheria- oder Wintergreenöls ist der Methylester der Salizylsäure, der aber höchst unangenehm riecht. („Fortschritte der Medizin“ 1906, Heft 6.)

4. Jodosolvin. Die mir persönlich erfreulichste Beobachtung habe ich mit diesem Präparat an einem Kollegen gemacht, bei dem sich durch größere und kleinere Linsentrübungen der Beginn eines Altersstars ankündigte, der infolgedessen vermöge seiner hypochondrisch-melancholischen Veranlagung bereits alle Schrecken der ausgebildeten Katarakt vor sich sah und, indem er sich durch keine Vernunft- und Trostgründe beruhigen ließ, allmählich in einen Zustand psychischer Depression hineingeriet, der nicht ganz unbedenklich war. Hier ist es mir gelungen, durch konsequente, lange fortgesetzte Einpinselungen von Jodosolvin, auf das ich durch Zufall aufmerksam geworden war, in die Stirn, die Linsentrübungen wenn auch noch nicht völlig, so doch fast ganz zu beseitigen, jedenfalls aber so weit aufzuhellen, daß der Patient sie für gewöhnlich selbst bei greller Beleuchtung durch den Schnee überhaupt nicht mehr sieht und so allmählich auch von seiner nervösen Depression mit Schlaflosigkeit geheilt ist. Soviel mir bekannt, ist gleichzeitig auf diese Weise zum ersten Male dargetan, daß Linsentrübungen einer äußeren Jodmedikation zugänglich sind, was nicht ohne Konsequenzen für die Augentherapie sein dürfte. Außer Linsentrübungen hatte der betreffende Kollege auch dicke arteriosklerotisch veränderte Temporalarterien mit Neigung zur Knotenbildung und zahlreiche der im vorgerückteren Lebensalter so häufig auftretenden Warzen an der Stirngrenze des Kopfhaarwuchses. Letztere sind unter dem Jodosolvin ganz, die äußerlich sichtbar gewesenen arteriosklerotischen Veränderungen der Temporalarterien fast ganz verschwunden. Da nach dem Gebrauch von Jodosolvin das Jod sehr bald im Harn erscheint, ist anzunehmen, daß das resorbierte Jod auch auf innere Arteriosklerose wirkt. Jodosolvin ist eine von dem Apotheker J. Brandt in Altona hergestellte, demselben patentamtlich geschützte, ölige, schwärzliche, eigentümlich aromatisch riechende Flüssigkeit, die angeblich 15 % reines Jod enthält. Sie ist völlig reizlos, kann also unbeschränkt lange auf die Haut aufgepinselt werden, was bei Jodtinktur bekanntlich ausgeschlossen ist. Jodosolvinflecke aus weißer Wäsche lassen sich leicht auswaschen. („Fortschritte der Medizin“ 1907, Heft 18 und 29.)

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber ein neues wirksames Darmadstringens, das Tannyl.** Von Prof. Umber. Therap. d. Gegenwart, 1908, März.

2. **Autan.** Von Apotheker Bruhn. Therapeut. Neuheit. 1908, April.

3. **Husinol.** Von Dr. Linke. Ibidem.

4. **Originalmarke oder Substitute?** Von Dr. Ruhemann. Med. Klinik, 1908, Nr. 14.

5. **Fibrolysin bei kruppöser Pneumonie mit verzögerter Lösung.** Von Krusinger. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 14.

6. **Ueber Spirosal.** Von Dr. Perl. Med. Klinik, 1908, Nr. 15.

7. **Ueber künstliches kristallisiertes Karlsbader Salz.** Von H. Matthes und H. Serger. Apothek.-Zeitg., 1908, Nr. 27.

8. **Hygiopon.** Von Dr. Zernik. Apothek.-Zeitg., 1908, Nr. 28.

9. **Dr. med. Werner Müllers Nerven-Nährsalz.** Von Dr. Zernik Ibidem. 1908, Nr. 29.

10. **Jodomenin.** Von Dr. Busch und Dr. Gumpert. Therap. d. Gegenwart, 1908, April.

1. Ueber ein neues Darmadstringens, Tannyl, berichtet Prof. Umber. Dasselbe zeichnet sich nach Salkowski vor anderen Tanninverbindungen dadurch aus, daß es im künstlichen Magensaft weit weniger löslich ist als z. B. Tannalbin, daß es ferner antiseptische Eigenschaften besitzt infolge seines Gehalts an Oxychlorkasein, sodaß es z. B. mit Pankreas nicht fault. Da bei Tierversuchen ca. 8% des Tannyls in den Darmentleerungen unzersetzt wieder zutage traten, so muß man auch eine ausgiebige adstringierende Wirkung auf die unteren Darmabschnitte erwarten. Das Tannyl stellt ein wasserunlösliches, ziemlich indifferent schmekkendes graubraunes Pulver dar, das in manchen Fällen vorteilhaft in Mucilago Salep oder Haferschleim genommen werden kann. U. hat bei 42 Darmkranken das neue Mittel erprobt und hat seine adstringierenden Eigenschaften vor allem bei den oft so schwer stillbaren Durchfällen der Phthisiker schätzen gelernt. Bei 11 Fällen von Darmtuberkulose sah U. mehrfach Stillstand der Durchfälle, wo vorher Tannalbin, Wismut, Kaltwassertherapie im Stiche gelassen hatten. Auf Grund zweijähriger klinischer Erfahrungen hält U. das Tannyl für ein absolut unschädliches, sehr brauchbares Adstringens auch in der Kinderpraxis. Besonders bei Darmtuberkulose erscheint ein Versuch mit Tannyl angezeigt. Man gibt 3mal täglich vor den Mahlzeiten 1—2—3 g, bis normale Stuhlentleerungen erfolgen.

2. Ueber die Vorzüge und Nachteile des Desinfektionsmittels Autan wurde an dieser Stelle erst kürzlich referiert. Jetzt berichtet B. in einem kurzen Artikel über das neue Mittel. Ohne auf die Gründe einzugehen, die für oder gegen die desinfektorische Kraft des Autan sprechen, bemängelt B. hauptsächlich den noch so hohen Preis des Präparates. Er berechnet, daß die Desinfektion eines Wohnzimmers von mäßiger Größe (80 cbm) mit Autan 12 M., mit Formaldehyd dagegen nur 1—1,50 M. kostet. Selbst die Anschaffungskosten einer kleinen Formalinlampe nach Barthel oder Schering würden selbst bei einmaliger Desinfektion den Betrag der einmaligen Autandesinfektion noch nicht erreichen. Zwar ist das letztere Verfahren außerordentlich einfach und kann von jedem Laien erfolgreich ausgeführt werden. Wegen der Kostenfrage kommt die Autandesinfektion bis jetzt aber nur zur Desinfektion eines Kleiderschrankes, eines Koffers, einer Droschke in Betracht.

3. Wie L. berichtet, wird jetzt von der Firma B. Braun, Rosenapotheke und Fabrik pharmazeutischer Präparate, Melsungen, Hessen-Nassau, unter dem patentamtlich geschützten Namen „Husinol" das früher Ennan genannte Kresolseifenpräparat in den Handel gebracht, und zwar in Form von Tabletten. Dieselben wiegen 1,0 g und enthalten 0,5 g Kresol; sie fühlen sich seifig an und haben eine durchsichtige braune Farbe wie Lysol. Je 15 Stück in einer Glasröhre kosten nur 50 Pf. Außerdem werden Gläser zu 100, 500 und 1000 Stück abgegeben. L. hat auf Landgängen das Präparat — über das unter dem Namen Ennan auch in dieser Wochenschrift referiert worden ist — mitgenommen und äußert sich sehr befriedigt über seine Wirksamkeit. Es soll dem Lysol, dem Liquor kresoli saponatus, der Kresolseife von Schülke & Mayr durchaus gleichwertig sein und entspricht der den Hebammen neuerdings in Preußen vorgeschriebenen Kresolseife.

4. Anknüpfend an den auch von mir an dieser Stelle berichteten Fall Berliners, wo nach Einnahme von 1,0 g Pyrazolon. phenyldimethyl. salizyl. (des Substituts von Salipyrin) bei einer Patientin der spät eingetretene Schlaf durch wirre Träume unterbrochen wurde und die Kranke in halb bewußtlosem Zustande wirre Reden führte, ferner an eine Mitteilung der Leipziger medizinischen Wochenschrift, Märzheft 1907, über den Tod zweier Frauen infolge von Migräninvergiftung, wo statt des Migränin — Höchster Farbwerke — ein Ersatzpräparat verabfolgt war, und schließlich auf seine eigenen Erfahrungen über Aspirin und Azetylsalizylsäure bezugnehmend, wonach das letztere in seiner Wirkung viel unsicherer und nicht frei von Nebenwirkungen war, wie auch andere Autoren berichtet haben, stellt R. die Forderung auf, daß nicht der billigere Preis der Substitute bei der Verordnung solcher Mittel ausschlaggebend sein sollte, sondern die klinischen Erfahrungen, die mit ihnen gemacht wurden. Diesen Ausführungen kann man nur zustimmen.

5. Aus dem Clemenshospital zu Münster i. W. liegt ein Bericht vor über die Anwendung von Fibrolysin bei kruppöser Pneumonie, wenn die Lösung verzögert ist. Nachdem bei einem Dienstmädchen die Resolution der Pneumonie innerhalb 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung und 4 Wochen nach dem ersten kritischen Temperaturabfall keinerlei Fortschritte gemacht hatte, auch Sajodin ohne Einfluß auf die Lösung gewesen war, wurde jeden zweiten Tag 2,3 g des Mittels (= 1 Ampulle des gebrauchsfertigen Mittels der Firma Merck) subkutan injiziert. Schon nach der ersten, mehr noch nach der zweiten und den folgenden Injektionen trat eine deutliche Veränderung des physikalischen Befundes auf. Nach Einspritzung von 8 Ampullen, also nach 16 Tagen wurde ein fast völlig normaler Lungenbefund festgestellt. Im ganzen wurden 10 Injektionen vorgenommen. Die gleichen Beobachtungen wurden bei einem 8jährigen Mädchen gemacht. Man muß weitere Untersuchungen abwarten, ehe man ein endgültiges Urteil fällen kann.

6. P. berichtet über seine Beobachtungen mit Spirosal. Dieses wurde bekanntlich von der Firma Bayer statt des Mesotans auf den Markt gebracht, weil nach Mesotangebrauch oft Reizzustände der Haut eintreten. Das Spirosal wurde als Gemisch (mit Spirit. rektifikat. ana) 3—4mal täglich teelöffelweise mit der Hand in die Haut eingerieben, und nach ca. 3 Stunden erschien die Salizylsäure im Harn, wo sie 10—12 Stunden nachweisbar war. Bei den 70 Fällen, von denen 55 in Heilung resp. Besserung übergingen, hat P. niemals Nebenerscheinungen wie Hautreizung, Magenstörungen, Ohrensausen beobachtet; selbst Patienten, die gegen interne Salizyldarreichung sehr empfindlich waren, haben keine Beschwerden gehabt, und ein Fall, der auf externe chemische Reizungen stets mit ausgedehnten Ekzemen zu reagieren pflegte, wies auch nach längerem Spirosalgebrauch keinerlei Beeinflussung der Haut auf. (Spirosal zeichnet sich leider durch sehr hohen Preis aus. Red.)

7. In Nr. 27 der Apothekerzeitung machen Matthes und Serger darauf aufmerksam, daß es vom rechtlichen und medizinischen Standpunkte aus unstatthaft sei, wenn in den Apotheken ein unreines Natriumsulfat als künstliches kristallisiertes Karlsbader Salz abgegeben werde. Denn häufig ist tatsächlich das letztere nichts weiter als ein Natriumsulfat, anstatt, wie es sein sollte, ein Gemisch von Kochsalz, Soda und Natriumsulfat. Zwar erhält man, wenn das künstliche Karlsbader Salz nach der Vorschrift der Deutschen Pharmakopöe hergestellt wird, ein Kristallmehl, und es ist unmöglich, auf dem gewöhnlichen Wege ein schön kristallisiertes, gleichmäßig zusammengesetztes Kristallgemisch zu erhalten. Aber dann sollte man das Publikum aufklären. Denn dies wie die Aerzte, ja selbst viele Apotheker stellen sich unter künstlichem kristallisiertem Karlsbader Salz entschieden etwas anderes vor als ein unreines Natriumsulfat. Ja, selbst mehrere im Großhandel unter der Bezeichnung „künstliches kristallisiertes Karlsbader Salz" erscheinende Präparate enthalten, wie die Verfasser untersucht haben, kaum nennenswerte Mengen von Kochsalz und Soda. Es wäre wünschenswert, daß dann wenigstens auf den Abgabebeuteln vermerkt würde: Karlsbader Salz, künstliches kristallisiertes, d. i. Glaubersalz.

8. Z. hat in Gemeinschaft mit O. Kuhn das neue Eisenpräparat „Hygiopon" (Liq. ferri-ferrochlorat. electr. paratus) untersucht und darin Eisenchlorür, Eisenchlorid, Natriumchlorid, und freie Salzsäure nachgewiesen. Er bemerkt dazu: „Inwieweit diese salzsaure, Ferrichlorid enthaltende Lösung von Ferrochlorid infolge ihrer Darstellung auf elektrischem Wege die ihr zugeschriebenen Vorzüge vor anderen Eisenpräparaten besitzt, muß ärztlichem Urteil überlassen bleiben." Es mag nicht unerwähnt bleiben, daß, entgegen den ärztlichen Aeußerungen der Anerkennung, die der Prospekt der darstellenden Firma zitiert, auf Seite 109 des laufenden Jahrganges der „Therapeut. Monatshefte" sich Dr. med. Heubner-Straßburg in den schärfsten Ausdrücken gegen das neue Mittel und die „besonders skrupellose Art seiner Anpreisung" wendet.

9. In Zeitungsinseraten empfiehlt die Gesellschaft für Körperkulturartikel m. b. H., Berlin W., Dr. med. Müllers Nervennährsalz als Mittel gegen Nervosität und Blutarmut. Zwei Dosen Pastillen kosten 5 M.; eine Dose enthält za. 70 Pastillen. Z. hat die Pastillen, die im Durchschnitt 0,5 g wogen, untersucht und festgestellt, daß sie sich in Wasser nur teilweise lösten und aus rund 25% Kochsalz, 25% Natriumphosphat, 3% an Eiweiß gebundenem Lezithin, einer Verbindung von Eisen mit anscheinend gleichfalls einem Eiweißkörper und Stärke bestanden.

10. Auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen empfehlen B. und G. bei allen für die Jodmedikation in Betracht kommenden Fällen, insbesondere bei allen luetischen Erkrankungen und deren Folgeerscheinungen, bei Arteriosklerose, Asthma bronchiale und cardiale, Skrophulose, Apoplexie, Neuralgien, ihr neues internes Jodpräparat, Namens Jodomenin. Dasselbe soll nach ihrer Angabe die Jodwirkung der Jodalkalien besitzen, ohne ihre lästigen Nebenwirkungen hervorzurufen. Es ist das Jodomenin das Jodwismuteiweiß, welches aus Wismuttrijodid und Eiweiß „unter geeigneten Bedingungen gewonnen wird". Das Präparat ist nach Angabe der Erfinder in verdünnten Säuren und schwach sauren Flüssigkeiten unlöslich, während verdünnte Alkalien und schwach alkalisch reagierende Flüssigkeiten das Jodomenin schnell und leicht unter Bildung von Jodkali und Wismuteiweiß zersetzen. Dadurch soll das Präparat die Fähigkeit besitzen, den Magen unaufgeschlossen zu passieren und erst im alkalischen Darmsaft bei der fortschreitenden Verdauung in die genannten Komponenten zu zerfallen. Während nach Einnahme von Jodkali schon nach wenigen Minuten Jod im Harn nachzuweisen ist, tritt diese Reaktion bei Jodomenin erst nach einer Stunde ein. Das Präparat soll geschmacklos sein; die Jodomenintabletten (zu 0,5 g) müssen zerkaut werden. Davon sollen täglich 3mal 1—2 Tabletten genommen werden. Weitere Versuche mit dem neuen Mittel werden lehren, ob es als vollwertiger Ersatz des Jodkali gelten kann.

Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer Vibrations-Apparat

zur Vibration des Trommelfells oder anderer Körperteile.

Die Vibrationsmassage des Trommelfells gegen Schwerhörigkeit, Ohrensausen und Ohrenleiden der verschiedensten Art ist fachmännischen Kreisen durch die Forschungen namhafter Gelehrten längst als ein ausgezeichnetes und wirksames Heilverfahren bekannt geworden. Wir brauchen nur an die Arbeiten von Prof. Dr. Breitung in Koburg, Dr. Friedländer in Göttingen, Prof. Dr. Stetter, Prof. Dr. Passow in Heidelberg und an die einschlägigen Berichte in der „Deutschen Medizinal-Zeitung", der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde", der „Aerztlichen Polytechnik", der „Berliner Klinischen Wochenschrift" usw. zu erinnern.

Mit der Hand ist natürlich dem Trommelfell nicht durch Massage wirksam beizukommen; also war man auf die Technik und Mechanik, auf Apparate angewiesen. Den ersten Apparat auf diesem Gebiete der Vibrationstherapie ersann Prof. Dr. Breitung mit seiner pneumatischen Luftpumpe, der jedoch noch manche Mängel anhafteten. Die Technik war also auf weitere Fortschritte angewiesen.

Das Problem eines einfachen, daher nicht zu kostspieligen, soliden, zweckmäßigen Vibrators zur Massage des inneren Ohres oder anderer empfindlicher Organe und Körperteile dürfte jetzt durch den patentierten Apparat der Firma Emil Loest in Duderstadt gelöst sein.

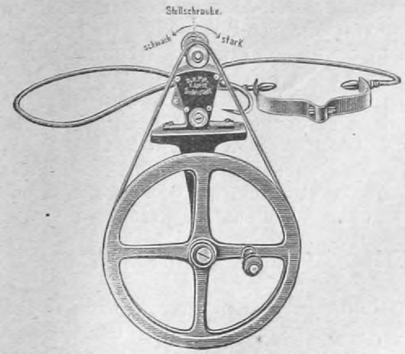


Abb. 1.

Mit diesem Apparat können gleichzeitig beide Ohren oder auch nur eines behandelt werden, ohne daß es einer Umstellung des Vibrators bedarf. Er läßt sich durch einen einfachen Handgriff auf das kleinste gewünschte Maß von Vibrationsstärke einstellen, wirkt aber auch wiederum bei Starkstellung recht kräftig. Nebeninstrumente oder doppelte Apparate für die verschiedenartigen Gebrauchszwecke sind also unnötig.

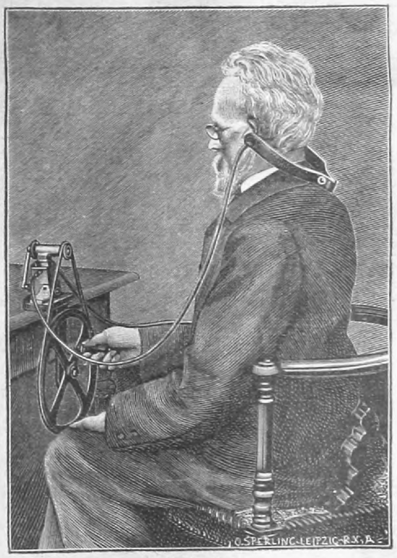


Abb. 2.

In dem Gehäuse des Apparates bewegt sich eine Welle mit Flügel. An einer zweiten, auf dem Gehäuse gelagerten Welle befindet sich ein Exzenter, der durch ein Gestänge mit der unteren Welle verbunden ist. An beiden Seiten des Gehäuses treten Metalldüsen mit daran angeschlossenen Gummischläuchen hervor. Die Massageinstrumente sind an den Schlauchenden befestigt.

Für den Handbetrieb wird der Vibrator auf einem Untersatze befestigt, den man mittels Stellschraube an die Tisch-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

platte anschrauben kann. An dem Untersatze befindet sich die große Antriebscheibe, die durch einen Riemen mit den oberen Schnurrädchen verbunden ist. Der Antrieb erfolgt durch eine Handkurbel.

Bei elektrischem Antrieb wird der Apparat durch Kuppelung mit einem Motor verbunden und auf einer polierten Holzplatte befestigt.

Durch den Antrieb der Flügelwelle erzeugt der Vibrator in dem Gehäuse Luftschwingungen (Vibrationen), die durch die Schläuche auf das zu behandelnde Organ übertragen werden.

Für die Trommelfell-Massage befestigt man die Hornoliven, die in einem verstellbaren Spannbügel ruhen, an die Schläuche und legt den Spannbügel um den Hinterkopf des Patienten. Der Bügel drückt die Oliven selbsttätig fest in die Ohrlöcher. Soll nur ein Ohr massiert werden, so schraubt man die eine Ohrolive einfach aus dem Spannbügel.

Für die Augenmassage wird das eine Schlauchende am Handgriffe eines besonderen Massierinstruments befestigt.

Zu stärkeren Vibrationen, wie sie für andere Körperteile meist angebracht sind, dient ein weiteres Instrument.

Zur Massage der Nasenhöhle dient ein Gummibällchen, das, mit Oel oder Vaseline befettet, in die Nasenhöhle eingeführt wird.

Die Umstellung zu den verschiedenen Gebrauchszwecken erfolgt durch einfache Verschiebung der Regulierschraube an der Exzenterscheibe. Auch das Umstecken der Ansatzstücke geschieht ohne nennenswerten Zeitverlust. Der Apparat ist also zu jedem Zwecke im Augenblick gebrauchsfähig. Sein einfacher, solider Mechanismus schließt Störungen und Reparaturen beinahe aus.

Bei dieser vielseitigen Verwendbarkeit bei einfachster Handhabung empfiehlt sich der neue Vibrator gegenüber anderen ähnlichen Apparaten von selbst und dürfte bald in keinem ärztlichen Instrumentarium fehlen.

Bücherbesprechungen.

Therapeutisches Taschenbuch der Verdauungskrankheiten. Von Dr. Max Pickardt, Spezialarzt für Magen-, Darm- und Zuckerkranke, Berlin. Berlin 1908. Verlag von Fischers medizin. Buchhandlung H. Kornfeld. 178 S. Mit weißem Papier durchschossen. 3,50 M.

Es ist eine Freude, ein Buch wie das vorliegende in die Hand zu bekommen; denn der Geist, den das Therapeut. Taschenbuch Pickardts atmet, ist der des genauesten Verständnisses für die Bedürfnisse des Praktikers. Solcher Bücher gibt es nicht viele. Der Wissenschaftler schreibt Wissenschaft, der Praktiker — meist nichts. Dieses Mißverhältnis spielt auch im Zeitungswesen eine gewichtige Rolle. Es bedarf eben einer besonderen Arbeitskraft und -lust, wenn ein in der Praxis stehender und vielbeschäftigter Arzt literarisch tatig ist, einer besonderen Erfahrung und literarischen Technik, ein Buch zu schreiben, das dem Praktiker nicht zu viel und nicht zu wenig bietet, das prägnant und doch erschöpfend geschrieben, leicht zu handhaben, übersichtlich usw. — kurz, praktisch ist.

M. E. ist es Pickardt sehr gut gelungen, seiner Aufgabe gerecht zu werden. Trotz aller Kürze ist der Stil flüssig, der Inhalt umfassend. In der richtigen Erkenntnis, daß ohne genaue Diagnose eine erfolgreiche Therapie nicht möglich ist, hat P. dem Texte jeweils einige Bemerkungen über Symptomatologie und Diagnostik vorausgesetzt. Im Text ist die physikalisch-diätetische wie die medikamentöse Therapie abgehandelt. Der Autor verliert sich nicht in zu eingehende spezialärztliche Details, sondern hat stets den Zweck seines Taschenbuches, dem Allgemeinpraktiker ein getreuer Helfer und Berater zu sein, im Auge. Diesem Plane widerspricht es nicht, daß Pickardt ausführliche Diätschemata für jede Verdauungskrankheit eingefügt hat. Sie gehören im Gegenteil als integrierender Bestandteil in ein Buch über Verdauungskrankheiten hinein und sind für ein Kompendium um so wichtiger, als die Diätetik in der ärztlichen Ausbildung bisher leider recht schlecht weggekommen ist und doch vom modernen Arzt verlangt werden muß, daß er auch in der Küche beschlagen sei. Dem Unterricht in der Kochkunst dient eine Auswahl von Kochrezepten, die Pickardt am Ende seines Buches zusammengestellt hat und die Angaben über die Zubereitung der gebräuchlichen Krankendiät enthalten. Lungwitz-Berlin.

Hoffenden und stillenden Frauen reicht man mit größtem Nutzen für sich und das kommende Geschlecht einen **Ersatz** für den Verbrauch an Kalk und Phosphor in

Geh. Rat Dr. med. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.

Abhandlungen und Prospekte durch

Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Arzneiverordnungen. Von Dr. S. Rabow, Professor in Lausanne. 39. Auflage. Straßburg 1908. Verlag von Friedrich Bull.

Ein Buch, das seit 1874 39 Auflagen erlebt und in Medizinerkreisen verbreiteter ist als irgendein zweites, bedarf keiner Empfehlung, um seinen Weg weiter zu gehen. Selbstverständlich ist die neue Auflage inhaltlich „der Neuzeit entsprechend“ umgestaltet, je nachdem erweitert oder verkürzt.

Lungwitz-Berlin.

ALLGEMEINES.

Bekanntmachung. Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 842 bis 865 aus den Höchster Farbwerken, 101 bis 107 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 209 bis 210 aus der Fabrik vorm. E. Schering in Berlin, 100 bis 103 aus dem Serumlaboratorium „Ructe Enoch“ in Hamburg sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung etc. eingezogen sind, vom 1. April d. Js. ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit den betreffenden Laboratorien bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 7. April 1908.

Der Polizei-Präsident.
I. A.: Lewald.

Der Verband Deutscher Ostseebäder zu Berlin, Unter den Linden 76a, dem alle irgendwie bedeutenden Ostseebäder angehören, versendet seinen soeben erschienenen bekannten Führer durch die Ostseebäder 1908 für 30 Pf. zuzüglich 20 Pf. Porto. Der Führer, 304 Seiten stark mit Karten und Plänen, beschreibt in Kürze sämtliche 75 Ostseebäder und enthält alles Wissenswerte in Bezug auf ihre Lage und Einrichtungen, über Reise, Unterkunft und Aufenthalt, Kurtaxe etc. Die Auswahl eines passenden Bades wird durch diesen Führer sehr erleichtert.

Kreuznach. Auf Saline Theodorshall soll ein Gebäude zur Aufnahme von Apparaten zur Herstellung und Gewinnung von Radiumsalzen errichtet werden, wodurch die Saline in der Lage sein wird, das gesamte Rohmaterial auf hochradioaktive Salze zu verarbeiten. Die Stadtverordneten bewilligten die nicht unerheblichen Mittel zur Herstellung von Betriebsanlagen, die eine dauernde Gewinnung von Radium zwecks Abgabe von Radiumbädern und Radiumpräparaten ermöglichen. O. Krey-Köln.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.

M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 17. Mai 1908. Nr. 20.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Das Heufieber und seine Heilung durch Herstellung gesunder Nasenluftwege.

Von Sanitätsrat Dr. **Maximilian Bresgen** in Wiesbaden.

„Ich glaube überzeugt sein zu dürfen, daß eine Untersuchung der Nase der an sogen. Heuschnupfen zum ersten Male Erkrankten, wenn von in Nasenerkrankungen kundigem Auge ausgeführt, immer einen schon vorhandenen chronisch-katarrhalischen Zustand der Nasenschleimhaut feststellen wird. Die früher etwa beobachteten Fälle, in denen angeblich ein chronischer Katarrh der Nase nicht gefunden wurde, können gegen diese Anschauung deshalb nicht ins Feld geführt werden, weil die Wissenschaft von der katarrhalischen Erkrankung der Nasenschleimhaut noch gar zu wenig sich verallgemeinert hat, was schon daraus hervorgeht, daß einem sogen. veralteten Schnupfen fast allseitig keine Bedeutung beigelegt und meist ohne jede genauere Untersuchung einfach die Nasendusche oder dergleichen kritiklos verordnet wird."*)

Was ich also vor nunmehr 27 Jahren, so viel ich weiß, als erster schrieb, ist heutzutage von fachkundiger Seite nicht mehr bestritten. Mit meiner damaligen Meinungsäußerung war natürlich auch die Erfahrung verknüpft, daß das Heufieber von der Nase aus heilbar sei. Dem lieh ich später**) auch noch besonderen Ausdruck: „Der Heuschnupfen ist nichts anderes als eine akute Rhinitis, die aber auch nur bei Personen zustande kommt, welche an schon entzündeter Nasenschleimhaut leiden; denn dieser Zustand kann beseitigt werden, und alsdann rufen die Pollenkörner keine Rhinitis mehr hervor."

So habe ich in den langen Jahren immer die gleiche Erfahrung gemacht, wobei sich die Erfolge natürlich stets besser gestalteten. Die größte Schwierigkeit bestand besonders darin, einen Dauererfolg in der Beseitigung des Heufiebers zu erzielen. Das lag aber immer neben der dauernden Herstellung gesunder Nasenluftwege in hervorragendem Maße an der ungenügenden Ausdauer der Kranken. Nicht nur daß diese nur zu bald mit dem erzielten Augenblickserfolge zufrieden waren, sie kamen auch stets zur verkehrten Zeit — während der Heuschnupfenzeit — zur Behandlung. Denn jede örtliche Behandlung der Nasenschleimhaut während der Heuschnupfenzeit erwies sich mir mehr und mehr als am wenigsten Dauererfolg versprechend. So drang ich denn immer entschiedener darauf, daß die Heufieberkranken möglichst bald nach ihrer sogen. Leidenszeit zu einer regelrechten Behandlung ihres Dauerschnupfens sich einstellten. Es konnte dann im frühen Frühjahre (März-April) noch eine zweite, kürzere Nasenbehandlung folgen, wodurch dann in diesen Fällen das Heufieber entweder ganz ausblieb oder sich doch nur in äußerst bescheidener Weise geltend machte. Daraus verdichtete sich denn auch meine Forderung, daß die Heufieberkranken nur während der anfallfreien Zeit der notwendigen Nasenbehandlung unterworfen werden dürften*). In meiner ersten „Fortbildungs-Vorlesung" habe ich den Gegenstand folgendermaßen behandelt:

„Ein einem frischen Schnupfen sehr ähnliches, allerdings erheblich verkürztes Bild bietet eine Reihe von besonderen, an der Nasenschleimhaut zum Ausdrucke gelangenden Krankheitszustände. Es sind jene vielfach noch aber unberechtigter Weise als hoffnungslos angesprochenen Krankheitsbilder, die man als auf ‚nervöser' Grundlage entstanden sich denkt: der Heuschnupfen, auch Heufieber und Heuasthma genannt; gleichwertig damit sind das sogenannte nervöse Asthma, der nervöse Schnupfen, Rosenschnupfen, Pfirsichschnupfen, Eisenbahnschnupfen, den ich Wagenschnupfen nennen möchte, und ähnliche Krankheitsbilder. Was dabei auch nervöse Belastung, sei sie ererbt oder erworben, in die Wagschale werfen mag, eines habe ich in diesen Fällen stets gefunden: eine Dauerentzündung der Nasenschleimhaut! Ausschließlich auf der Grundlage einer solchen entwickeln sich unter Mitwirkung nervöser Umstände, die wohl in sehr vielen Fällen widernatürlich-geschlechtlichen Ursprunges (insbesondere Koitus interruptus, ungewöhnlich gehäufter und gekünstelter Geschlechtsverkehr mit seinen neurasthenischen Folgen) sind, jene eben genannten Krankheitsbilder, die jedoch bei Heufieberkranken einer besonderen auslösenden Ursache, des Einatmens von Pollenstaub gewisser Grasarten, zu bedürfen scheinen; ähnlich verhält es sich beim Rosen- und Pfirsichschnupfen, bei denen die betreffenden Gerüche den Schnupfenanfall unmittelbar oder wahrscheinlich mittelbar auslösen. Der Eisenbahn- oder richtiger Wagenschnupfen kommt ohne Dauerentzündung der Nasenschleimhaut überhaupt nicht vor. Wer an letzterer leidet — Schwellung der Schleimhaut ohne Eiterung! — bemerkt beim Fahren in jedem beliebigen Wagen nach kürzerer oder längerer Zeit — je nach der Bedeutung der Erkrankung — eine vermehrte Anschwellung der Nasenschleimhaut, beginnend auf derjenigen Seite, nach der man geneigt sitzt; häufig tritt dabei Niesreiz ein, dagegen wenig oder gar keine Absonderung wässeriger Art. Dieser Schnupfenanfall tritt in der Eisenbahn stärker auf als in geschlossenem oder offenem gewöhnlichen Wagen; er tritt auch in der Eisenbahn weniger früh und stark auf, wenn man in der Fahrrichtung bei geöffnetem Fenster sitzt. Ich glaube deshalb, daß es sich hier um eine Schüttelwirkung auf die Gefäßnerven handelt, derart, daß bei fortdauerndem arteriellen Zuflusse eine genügende venöse Abfuhr aus dem Venen-Schwellnetze der Nasenschleimhaut verhindert wird.“ Es dürften ja überhaupt die Schwellungszustände der Nasenschleimhaut, wie sie in hohem Grade bei allen Erregungszuständen, insbesondere im Gebiete des Geschlechtsapparates, sich einzustellen pflegen, dem Nervus sympathikus, dem Gefäßnerven, gut zu schreiben sein. Es ist mir im Laufe der Jahre sehr zweifelhaft geworden, ob beispielsweise der im Verlaufe des Nervus supraorbitalis sich geltend machende Kopfschmerz auf einer Reizung des letztgenannten Nerven beruht; ich möchte aus meinen langjährigen Beobachtungen heraus weit eher annehmen, daß das Sympathikusgeflecht der jenen Nerven begleitenden Gefäße durch seine Reizung dem bekannten Migränekopfschmerz zur Unterlage dient. Damit stimmen auch die bekannten Beobachtungen, die man in solchen Fällen an den betreffenden Gefäßen selbst zu machen Gelegenheit hat.

---

*) Aus M. Bresgen, Das Asthma bronchiale und seine Beziehungen zum chronischen Nasenkatarrhe sowie deren lokale Behandlung. Nach einem im Aerztlichen Vereine zu Frankfurt a. Main 1881 gehaltenen Vortrage. Leipzig 1882. Breitkopf und Härtel (Sammlung klin. Vorträge Nr. 216). S. 18.

**) Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1. Auflage. 1884. S. 86.

*) Von mir eingehender behandelt in meinen „Fortbildungs-Vorlesungen" (1901), „Die Entzündungen der Nasenhöhlen, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders auch in ihren Beziehungen zu einander sowie zu anderen benachbarten und entfernteren Gebilden". Sie erschienen zuerst in der damals von mir herausgegebenen „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten", 1902. Nr. 2 und ff. (Nr. 2 — S. 41, 49, 58 — erhielt u. d. 24. II. 02 der Vorsitzende des Heufieber-Bundes, doch geschah in dessen „Berichten" meiner neuen Forderung nie Erwähnung, während sie jetzt von verschiedenen Seiten als „selbstverständlich" behandelt wird.) Im Buchhandel erschienen meine „Fortbildungs-Vorlesungen" bei Karl Marhold 1903, Halle a. d. S. (S 6, 14, 3).

Nachdem ich nun am genannten Orte über die Erscheinungen des Heuschnupfens in Kürze mich geäußert, wandte ich mich der örtlichen Untersuchung zu. „Untersucht man die Nase im Anfalle, so findet man starke Röte, Schwellung und Empfindlichkeit der Schleimhaut. Nach dem Anfalle, der, abgesehen vom Heufieber, manchmal nur eine halbe Stunde, beispielsweise morgens früh beim Aufstehen, dauert, findet man die Nasenschleimhaut wohl noch gerötet und überempfindlich, allein nur wenig geschwollen. Untersucht man die Kranken am Nachmittag, besonders gegen Abend hin, so findet man die Schleimhaut, die am Vormittag wenig schuldig aussah — ich möchte das als eine Erschöpfungserscheinung ansehen —, viel deutlicher geschwollen; insbesondere konnte ich recht oft die von mir auch in anderen Fällen zuerst beobachtete, mit der Sonde leicht eindrückbare Schwellung am Tuberkulum septinarium feststellen. Alle diese Beobachtungen sowie auch die Erfolge meiner Behandlungsweise haben mich immer mehr in der Ueberzeugung befestigt, daß den in Rede stehenden Fällen ausnahmslos eine Dauerentzündung der Nasenschleimhaut zugrunde liegt. Zu dieser Anschauung kommt man um so mehr, wenn man Heuschnupfenkranke besonders außerhalb ihrer Anfallszeit wiederholt zu untersuchen Gelegenheit hat. Sie erklären zwar wie auch die anderen eben genannten Kranken, daß sie außerhalb ihrer Anfälle ganz nasengesund seien; sie sind es aber meinen durch lange Jahre mit Sorgfalt fortgesetzten Beobachtungen nach nicht.“ „Gegen den Heuschnupfen und verwandte Zustände gibt es nur ein wirkliches Heilmittel: die gründliche Beseitigung der zugrunde liegenden Dauerentzündung der Nasenschleimhaut während der anfallsfreien Zeit!“ Selbstverständlich ist hierbei, daß auch der Rachenteil des Nasenluftweges frei ist oder gemacht wird.

Welchen Schwierigkeiten man bei der Feststellung einer Dauerschwellung der Nasenschleimhaut manchmal begegnet, habe ich schon wiederholt darzustellen mich bemüht. Der Grund liegt im wesentlichen darin, daß die Nase ein doppelläufiges Organ ist und daß in den meisten Fällen wenigstens die eine Hälfte noch genügend frei zu ruhiger Atmung ist, besonders weil man sich bei dem allmählichen Wachsen der Schwellung an die dadurch langsam sich steigernde Beengung des Luftweges gewöhnt. Ich will nun aus einer meiner Schriften *) in Kürze einen Fall hierher setzen. „Ein Beispiel für Viele! Eine junge Sängerin hatte ihre Stimme verloren. Sie wurde lange Zeit ohne jedweden Erfolg an ihrem Kehlkopfe behandelt. Ich konnte an demselben nichts entdecken, was diese Mißerfolge aus sich heraus zu erklären vermocht hätte. Auch in der Rachenhöhle ließ sich kein greifbarer Grund auffinden. Ich wünschte deshalb die Nase zu untersuchen. Ich habe hierbei selten Schwierigkeiten seitens der Kranken gefunden. Aber diese Dame wollte sich ihre Nase nicht untersuchen lassen; es sei ganz überflüssig; denn sie habe niemals Beschwerden seitens ihrer Nase. Ich bestand aber doch auf deren Untersuchung, und siehe da, es fand sich eine ganz bedeutende Entzündung der Schleimhaut der Nase! Der Atmungsweg durch dieselbe war ganz erheblich beeinträchtigt. Und nun stellte sich auch sehr rasch heraus, daß auch Nasenbeschwerden schon lange bestanden. Freilich wurden sie als solche nicht gedeutet; aber besonders abends und nachts sowie in geheizten und mit Menschen dicht besetzten Räumen verschloß sich die Nase mehr oder weniger und zwang die Dame, nicht nur durch den Mund zu atmen, sondern auch beim Singen und Sprechen größere Anstrengungen zu machen, um den aus der Nase nach dem Kehlkopfe zurückprallenden Luftstrom zu bezwingen. . . . . . Nachdem die Entzündung der Nasenschleimhaut in geeigneter Weise bekämpft und beseitigt war, wurde auch die Behandlung des Kehlkopfes eine fruchtbringende.“

Daß die Untersuchung der Nasenwege auf Schleimhautschwellung nicht zu leicht genommen werden darf, habe ich schon oft erörtert.**) „Von besonderer Wichtigkeit ist es zu wissen, daß bei der ersten Untersuchung und so lange, als beim Untersuchten noch Furcht oder Spannung betreffs der Untersuchung besteht, der Befund in der Nase fast niemals der Wirklichkeit entspricht, weil infolge der genannten Umstände das Schwellgewebe sich von Blut entleert und dieses nach dem Herzen strömt. Ich muß auf diesen Umstand immer wieder aufmerksam machen, da bei Außerachtlassung desselben der wahre Zustand der Nasenschleimhaut besonders beim Kinde, das selten neben der Schwellung auch Verdickung aufweist, nicht gefunden werden kann. Nur so ist es zu erklären, daß ich in von anderen als gesund oder nicht wesentlich erkrankt bezeichneten Fällen recht erhebliche Schwellung und entzündliche Reizung festzustellen und zu heilen vermochte.“

Es kommt also auch beim Heuschnupfen ganz wesentlich darauf an, die Nasenschleimhaut wiederholt und vor allem auch in der anfallfreien Zeit zu untersuchen, um sicher zu sein, alle krankhafte Schwellung usw. zu finden. „Was aber zu einer endgültigen und ausdauernden Heilung von allergrößter Bedeutung ist, das ist die Belehrung des Kranken über die Eigentümlichkeit des Schwellgewebes der Nase. Die Kranken müssen wissen, daß es nicht zulässig ist, das Schwellgewebe so gründlich zu zerstören, daß es nicht mehr schwellen kann; sie müssen aber auch wissen, daß es deshalb notwendig ist, das Nachwuchern einzelner Stellen zu überwachen, damit diese rechtzeitig, d. h. bevor noch wieder weitere Strecken stärker erkrankt sind, in zweckentsprechender Weise zerstört werden können. . . . . . Die Kranken selbst müssen auch wissen, daß sie nie imstande sind, rechtzeitig zu empfinden, ob in ihrer Nase wieder einzelne Stellen durch Wucherungen und Schwellungen sich verschlechtern; sobald sie dies selbst empfinden, ist der ‚Rückfall‘ schon zu weit gediehen, um mit einem geringfügigen Eingriff bewältigt werden zu können. Es ist aber gerade darauf Wert zu legen, daß bei Beseitigung etwaiger zurückgelassener Schwellung oder Verdickung der Schleimhaut nach einer Reihe von Monaten immer nur eine kurzdauernde und nicht eingreifende Behandlung genügen muß.“ ***)

---

*) Die Heiserkeit, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. Nebst einem Anhang über die Bedeutung behinderter Nasenatmung. Berlin 1889. Heuser. S. 13 f.

**) Ich beziehe mich hier nur auf „Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken“. Halle a. d. S. 1904. Marhold. S. 46 ff., wo auch weitere Angaben unter 40 zu finden sind.

***) Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen usw. S. 51 f.

Bei Heuschnupfenkranken wird nun die örtliche Behandlung des Naseninnern bezw. des Nasen- und Rachenluftweges am besten im September begonnen, nachdem man sich also von der Heufieberzeit gänzlich erholt hat. Zuerst ist der Luftweg von etwaiger Vergrößerung der Gaumen- und Rachenmandel zu befreien. Alsdann beginnt man in der Nase mit der Behandlung der weitesten Nasenhälfte. In den meisten Fällen wird es sich um die Anwendung der elektrischen Glühhitze handeln. Ueber die Verwendung der Elektrolyse in geeigneten Fällen habe ich mich erst kürzlich eingehend geäußert.*) Ebendort habe ich auch dargelegt, wie man sich zweckmäßiger Weise das Naseninnere zur Betrachtung bringt und auf welche Weise man mittels Kokain und anderer Mittel die Schleimhaut der Nase wirklich unempfindlich zu machen vermag. „Ich habe alle Ersatzmittel des Kokains wiederholt und längere Zeit geprüft, von jedem Mittel bin ich in Bezug auf die Nasenschleimhaut stets zum Kokain zurückgekehrt. Selbst die 20% ige Novokain+Suprareninlösung (Novok. 2,0, Aqu. dest. 10,0, Suprarenin. boric. [1,0 : 1000,0] gtt. 30) vermag die Nasenschleimhaut nicht so unempfindlich zu machen, wie meine Bestreichung dieser mit 20% iger Kokainlösung. Dahingegen hat es sich mir beispielsweise bei der Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase sehr bewährt, die 20% ige Kokainlösung abwechselnd mit der 20% igen Novokain + Suprareninlösung derart anzuwenden, daß zunächst die erstere ein- bis zweimal, dann die letztere und weiterhin beide abwechselnd aufgetragen werden; im höchsten Falle habe ich dreimal Kokain, zweimal Novokain-Suprarenin zu verwenden nötig gehabt."**) Die Verwendung der letztgenannten Lösung in Verbindung mit einer 20% igen Kokainlösung habe ich vorteilhafter gefunden als die letztere allein mit Suprarenin zusammen: man verbraucht weniger Kokain und Suprarenin. Ueberhaupt ist bei meiner Art des Aufstreichens dieser Lösungen der Verbrauch der denkbar geringste, und das Verschlucken wird gleichfalls auf Spuren beschränkt.

Zur Herstellung gesunder Nasenluftwege kann man sich also, wie bereits angedeutet, nicht eines einzigen Verfahrens bedienen, sondern muß dieses je nach der Art der Behinderung der Nasenatmung in jedem einzelnen Falle wählen. Für die Anwendung des elektrischen Brenners sowie für die durchaus notwendige zweckentsprechende Nachbehandlung muß ich des Raumes wegen auf andere Schriften von mir verweisen.***) Was die Nachbehandlung angeht, so beschränke ich mich jetzt im wesentlichen auf die Verwendung von Perhydrol Merck 10,0, Aqu. dest. 40,0, welches ich während der ersten sechs Tage täglich mittels wattebewickelter Nasensonde in die behandelte Nase bringe, später über einen oder zwei Tage. Der freiwerdende Sauerstoff, der sich durch Brausen kundgibt, reinigt nicht nur das in Behandlung befindliche Gebiet, sondern zerfetzt auch die sich allmählich abstoßenden Speckhäute und befördert dadurch deren Entfernung auf eine der Brandwunde keinen Nachteil bringende Weise. Diese auf jeder Wunde sich bildenden Schutzhäute bewirken in der Nase nicht geringe Beschwerden infolge der durch sie eintretenden mehr oder weniger vollständigen Verstopfung des Luftweges. Es hat daher stets das Bestreben bestanden, sie möglichst frühzeitig zu entfernen — leider meist mit dem Erfolge, daß sie sich bei gewaltsamer Beseitigung immer sofort wieder erneuern. Auch hatte schon Max Schaeffer†) die Beobachtung gemacht, daß sich solche Schutzhäute unter Umständen „organisieren" und dadurch Verwachsungen benachbarter Teile in der Nase herbeiführen — auch ein wichtiger Grund, auf ihre rechtzeitige Entfernung bedacht zu sein, ohne die Wundheilung dadurch aber wesentlich zu schädigen. Die von mir geübte vorsichtige Nachbehandlung sehe ich besonders auch durch neuere Untersuchungen von Bergell*) begründet. Danach kommt dem Fibrin neben seiner Bedeutung als Kittsubstanz zur Verklebung und Bedeckung von Wunden „seiner Entstehung gemäß ein antitoxisches und bakteriolytisches Vermögen zu; es übt ferner einen leukotaktischen, hyperämisierenden, also heilenden Einfluß auf das umgebende Gewebe aus und gibt durch die auf der Oberfläche der Wunde sich bildende Kruste eine mechanisch und chemisch wirksame Schutzdecke für diese ab".

Ist nun die Behandlung der Verschwellung des Nasenluftweges in der Nase selbst an sich schon eine nicht wenig Geduld erfordernde Arbeit, so gilt dies in erhöhtem Maße von Heufieberkranken. Dadurch daß man bei aller zerstörenden Arbeit in der Nase doch immer sich bewußt bleiben muß, den Nasenluftweg so zu gestalten, daß seine Schleimhaut vollkommen funktionsfähig bleiben bezw. werden muß, daß er also später nicht bloß die Luft frei durchlassen, sondern diese auch entsprechend befeuchten, erwärmen und reinigen muß, — aus diesen Gründen ergibt sich die bereits kurz gekennzeichnete Notwendigkeit, die Behandlung in verschiedenen, einander in bestimmten Zwischenräumen folgenden Zeitabschnitten vorzunehmen. Das ist zu einem nach jeder Richtung hin befriedigenden Dauererfolg durchaus notwendig. Nur so ist es möglich, der immer wieder sich im Uebermaße geltend machenden Nasenschwellung dauernd entgegen zu treten. Erst wenn sich innerhalb Jahresfrist gar keine Schwellung mehr gezeigt hat, darf man hoffen, der Energie des Schwellgewebes wirksam begegnet zu sein. Die zweite Behandlung darf in keinem Falle später als sechs Monate nach der ersten stattfinden, in vielen Fällen muß sie schon etwas früher wiederholt werden, will man nicht wieder erheblichere Rückfälle zu bekämpfen haben. Wie beim Asthma, so ist auch beim Heufieber mit ganz besonderer Sorgfalt darüber zu wachen, daß Restschwellungen nicht nur frühzeitig einer erneuten Behandlung unterzogen, sondern auch besonders in engen Gängen derart zerstört werden, daß diese dauernd vollständig frei bleiben. Alsdann, aber auch nur dann bringt man wie das Asthma so auch das Heufieber zu dauerndem Verschwinden; freilich können darüber in einzelnen Fällen mehrere Jahre vergehen. Dies ist aber unter allen Umständen einem ewigen Helgoland-Bummel oder dergleichen vorzuziehen.

---

*) Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern. Therapeut. Rundschau 1908. Nr. 7, 8. — Als Sonderschrift erschienen bei Karl Marhold in Halle a. d. S. 1908.

**) Die Elektrolyse mit langen Nadeln usw. S. 10 f. — Die genaue Beschreibung meiner Anwendung des Kokains in der Nase findet sich S. 12 ff.

***) Inbesondere auf meine „Fortbildungs-Vorlesungen" S. 41 ff.

†) Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden 1885. Bergmann, S. 17.

*) Ueber hämolytische Wirkungen des Fibrins. Deutsche medizinische Wochenschrift 1908. Nr. 9, S. 370.

Ueber Nukleogen.

Von Dr. **Max Weissbart** in München.

Bei der großen Fülle von neuen Medikamenten, welche die chemische Großindustrie und die kleineren chemischen Laboratorien auf den Markt bringen, wird dem Arzte die Frage, welche Mittel herausgreifen und therapeutisch anwenden, sehr schwer. Man kann darum sehr wohl jene Kollegen begreifen, die an ihren seit langer Zeit mit Erfolg gebrauchten Arzneimitteln festhalten und neuen Medikamenten nur schwer zugänglich sind. Von diesen kaum mehr zu übersehenden Mitteln gilt der bekannte Satz, daß nur Wenige ausersehen sind. Zu diesen Wenigen gehört nach meiner Erfahrung das Nukleogen.

Nukleogen ist eine äußerst glücklich gewählte Kombination von Arsen, Phosphor und Eisen; es wird in dem physiologisch-chemischen Laboratorium von Hugo Rosenberg in Berlin dargestellt. Die Grundsubstanz sind die Nukleïnsäuren; sie werden aus der lebenden Hefenzelle gewonnen und enthalten über 5% organisch gebundenen Phosphors. Die Eisensalze derNukleïnsäuren weisen bis zu 15% Eisen auf. Bis zu 5% Arsen läßt sich ins Nukleïnsäuremolekül einführen.

Was Arsen und Eisen für den menschlichen Organismus bedeuten, ist allbekannt. Daß auch den Nukleinsäuren als den Bestandteilen der Zellkerne eine hochwichtige Rolle im Körperhaushalte zukommt, ist ohne weiteres anzunehmen. In welcher Weise die Assimilation statthat, ist noch nicht sicher festgestellt; es ist sehr wahrscheinlich, daß die Nukleïne der Gewebe direkt aus den Nukleïnen der Nahrung entstehen.

Mikulicz und **Heile** haben interessante Versuche mit Nukleïnsäuren angestellt, aus welchen eine weitere sehr hohe Bedeutung dieser für den Organismus resultiert. Mikulicz hat an Tierversuchen gezeigt, daß die Widerstandsfähigkeit der Gewebe gegen eindringende Bakterien durch Nukleïnsäuren ganz bedeutend gesteigert wird. Nukleïnsäureinjektionen erzeugen eine Leukozytose bis zum Doppelten der Norm. Die Widerstandsfähigkeit des empfindlichsten aller Organe, des Peritoneums, wird nach diesen Versuchen durch subkutane Nukleïnsäureinjektionen so sehr erhöht, daß selbst reichlicher Koteintritt in die Bauchhöhle ohne Schaden ertragen wird.*)

Gemäß seiner Zusammensetzung aus Phosphor, Eisen und Arsen findet Nukleogen seine therapeutische Verwendung. Erstmals erwähnt es Arneth (Deutsche med. Wochenschrift 1906, Nr. 17). Er empfiehlt Nukleogen bei Chlorose, wo er, selbst bei sehr empfindlichem Magen, besonders gute Resultate sah.

In ziemlich ausgedehnter Weise hat Weißmann das Mittel verwendet (Deutsche Aerztezeitung 1907, Heft 11), nämlich in Fällen von Tuberkulose neben Hetolbehandlung, Magenkarzinom, akuten Blutverlusten und anderen Schwächezuständen. Weißmann hatte überraschende Erfolge. Der Hämoglobingehalt des Blutes stieg rasch in kurzer Zeit, so in einem Falle in 18 Tagen von 55% auf 93%.

Nur bei Krankheiten des Nervensystems bediente sich Dammann des Nukleogen; er berichtet nebenbei noch über 22 Fälle von anderer Erkrankung (15 Chlorose-, 7 Tuberkulose-Fälle) eines Kollegen. In diesen Fällen waren die Resultate vorzüglich; der Hämoglobingehalt stieg nach kürzester Zeit um 20%, eine gewisse allgemeine Kräftigung, besonders Hebung des Appetits, konnte beobachtet werden. Sehr günstig waren die Erfolge bei Neurasthenie und den Erschöpfungszuständen nach Psychosen und Neurosen; vor allem stellte sich eine erhebliche Besserung der nervösen Beschwerden ein. Eine gewisse Hebung des Ernährungszustandes ließ sich auch in den Fällen von Tabes, progressiver Paralyse und Paranoia nachweisen.

Ueber die Verwendung des Nukleogens bei nervenkranken Kindern hat Hoppe in der „Therapie der Gegenwart“ berichtet (1907, Heft 11). Seine Erfahrungen mit dem Mittel sind geradezu glänzende, besonders nachdem er an die subkutane Einverleibung des Nukleogens ging. Dazu veranlaßte ihn schon das Material von Kranken der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. Dieser Anstalt werden sehr häufig Kinder zugeführt, die infolge von Lähmungen und Krämpfen nur mit flüssiger Nahrung mit Hilfe der Saugflasche ernährt werden konnten. Bei dieser Ernährungsweise — meist Milch und Kaffee oder einem Gemenge von Milch und Brot — sahen die Kinder trotz aller Mühe der Pflegerinnen blaß, gedunsen und aufgeschwemmt aus und nahmen an Körpergewicht ab. Ein Versuch, den (selbst 6- bis 10jährigen) Kindern eine konzentriertere Diät beizubringen, zeitigte Ernährungsstörungen und Schluckpneumonien. Hoppe gab nun Nukleogen innerlich zur Milch mit dem Erfolge, daß bedeutend weniger Eiweiß und Phosphor (auch Ca) ausgeschieden wurde, dagegen das Eisen des Nukleogen eine Vermehrung im Kot erfuhr (70% Eisen im Kot, bei Eisensomatose nur 50%). Wurde aber, wie später immer, Nukleogen subkutan einverleibt, so wurde viel mehr Eisen im Körper retiniert. In einem Falle versechsfachte sich innerhalb von drei Wochen die Zahl der roten Blutkörperchen und der Eisengehalt des Blutes stieg von 0,433 auf 0,80.

Auch myxödemkranken Kindern wurde Nukleogen injiziert mit günstiger Wirkung und dem Resultate, daß die gleichfalls subkutan gegebenen Thyreoidinmengen bei gleichzeitigen Nukleogeninjektionen wesentlich erhöht werden konnten. Damit wurde der Altschen Forderung, es solle, um den Gefahren des Hyperthyreoidismus zu begegnen, zu erfolgreichen Thyreoidinkuren reichliche Ernährung mit großem Gehalt an organischem Stickstoff und Phosphor hinzutreten, in bester Weise genügt.

Schlesinger hat das Präparat vornehmlich in der Behandlung der Neurasthenie verwendet (Medizinische Klinik, 1907, Nr. 42). Bei 57% seiner Fälle hat er vorzügliche, bei 23% gute Erfolge gesehen und kommt zu dem Resultate: Nukleogen ist ein völlig unschädliches Medikament, das in fast allen Fällen wenigstens Appetit und Stuhlgang, in der weitaus überwiegenden Zahl — die nötige Ausdauer vorausgesetzt — die körperlichen, nervösen und psychischen Symptome der neurasthenischen Störung günstig beeinflußt.

Nun zu meinen Fällen. Sie sind recht wenig zahlreich, aber die Erfolge, die ich in diesen bei Anwendung des Nukleogens gesehen, sind so günstig, daß ich das Mittel seither zahlreichen anderen Patienten gegeben habe und die Wirkung bei diesen zur Zeit beobachte. Angewendet habe ich das Medikament in Fällen von Erschöpfung, Neurasthenie, Tabes inzipiens und Chlorose.

Die Fälle von Erschöpfung zeigten alle drei insofern eine Besserung, als das Allgemeinbefinden bedeutend gehoben werden konnte. Während zwei Fälle (eine auf psychischer Störung beruhende Unterernährung und ein Fall von malignem, inoperablem Blasentumor) nichts Besonderes in Hinsicht auf die Wirkung des Nukleogen bieten, war der dritte Fall, ein chronischer Morphinismus, nach dieser Richtung hin so beachtenswert, daß ich über diesen einen Fall etwas eingehender berichten zu müssen glaube.

Herr J. K., 59jähriger Privatier, litt mit 27 Jahren an Asthma bronchiale, griff damals zum ersten Male zur Morphiumspritze, der er bis heute, über 32 Jahre, treu ergeben blieb. Selbstredend ist die mittlere Tagesdosis immer etwas in die Höhe gegangen. In den letzten acht Jahren, in welchen ich den Herrn zu beobachten Gelegenheit hatte, hat er sich durchschnittlich täglich 50 Pravazspritzen einer 3% Morphiumlösung injiziert. Herr K. bietet alle Symptome des chronischen Morphinismus dar, Appetitlosigkeit, hochgradige Abmagerung (zirka 45 Kilo), Abnahme der Schaffens- und Willenskraft, Energielosigkeit, Tremor, schwere Schlaflosigkeit. Seine Kräfte sanken so sehr, daß er fast außerstande ist, zu gehen. Nur mühsam vermag er sich von einer Sitzgelegenheit zur anderen zu schleppen, sinkt ermattet nieder, wird teilnahmslos und leidet entsetzlich unter der Schlaflosigkeit und dem täglich wiederkehrenden Stunden andauernden Morphium-Katzenjammer. Regelmäßiger Puls von etwa 80 bis 85 Schlägen, kein Fieber. Nahrungsaufnahme höchst minimal. Veronal brachte Schlaf. Das Allgemeinbefinden ward immer schlechter.

Nunmehr gab ich dreimal täglich zwei Nukleogentabletten zu 0,05 g. Nach einer Woche stellte sich etwas Appetit ein, der zu einer einigermaßen befriedigenden Nahrungsaufnahme führte. Das Allgemeinbefinden hob sich und wurde nach etwa drei Wochen so gut, daß Patient zunächst am Stock ins Freie gehen konnte. Nach weiteren zwei Wochen führte der Patient wieder sein früheres Leben, das bei den schweren Intoxikationserscheinungen kaum ein solches genannt werden konnte.

Erst 1 $^3/_4$ Jahre später erlag Herr K. einer interkurrenten fieberhaften Bronchitis. Nach seinen Angaben konnte ich zusammenfassend feststellen, daß er Zeit seines Lebens im ganzen 27 Pfund Morphium in Substanz verbrauchte, etwa 474500 subkutane Injektionen machte, also fast fünf Hektoliter Lösung verspritzte.

In den Fällen (5) von Neurasthenie und (1) von Tabes inzipiens waren die mit Nukleogen erreichten Resultate auch ganz vorzügliche. Die körperlichen und psychischen Symptome wurden gebessert, das Allgemeinbefinden hob sich. Bei einem schweren Neurastheniker (Eisenbahnunfall) war die Wirkung auffallend und anhaltend.

Auch die wenigen Fälle von Chlorose, die ich mit Nukleogen zu behandeln Gelegenheit hatte, reagierten auf das Medikament sehr günstig. Doch gab ich das Mittel nur in Fällen von Blutarmut, bei denen mich hysterische oder neurasthenische Symptome dazu veranlaßten. Bei der Chlorose junger Mädchen verabreichte ich es bisher nicht.

Die Darreichung geschah in der üblichen Form der Pastillen zu 0,05 Gramm. Diese sind äußerst klein und geschmacklos und wurden bereitwilligst genommen. Täglich dreimal wurden je zwei solcher Pastillen mit dem Essen verabreicht.

---

*) Diese Eigenschaft der Nukleïnsäuren findet ihre praktische Verwendung in operativen Fällen, vornehmlich bei Karzinoma uteri; die Versuche nach dieser Hinsicht sind noch nicht abgeschlossen.

Die Hämorrhoiden und deren Behandlung.

Von Dr. **W. Weiss** in Berlin.

In den letzten Jahren hat sich das Interesse der medizinischen Forschung wieder mehr einem Gebiete zugewandt, das der Natur der Sache nach dem Gros der Aerzte nicht sehr verlockend sein kann, den Hämorrhoiden. Besteht doch nicht nur beim Publikum eine gewisse Scheu, wegen Beschwerden in der Aftergegend frühzeitig zum Arzte zu gehen. Blüht doch gerade hier die Selbstbehandlung, das Geheimmittelunwesen und die Kurpfuscherei in besonderem Maße. Und findet man doch auch bei der Mehrzahl der Aerzte eine gewisse Abneigung, systematisch gegen die Klagen der Analkranken vorzugehen, weil die Sache „so unappetitlich“ sei.

Mit großem Unrecht. Denn gerade auf diesem Gebiete sind die Beschwerden der Kranken oft arg und ununterdrückbar, wirken auch in besonderem Maße auf das Gemüt ein und führen relativ schnell zu Verstimmungen, Reizbarkeit und Hypochondrie, die den Kranken selbst wie ihrer Umgebung das Leben verbittern.

Das Publikum muß erzogen werden, auch mit seinen Mastdarmbeschwerden früh zum Arzte zu gehen. Und der Arzt sollte sich daran gewöhnen, seine Rektalkranken ebenso systematisch zu untersuchen und zu behandeln, wie es der Gynäkologe auf seinem Gebiete seit lange gewöhnt ist. Hätten wir erst die Gepflogenheit, daß der Hämorrhoidarier mit Finger und Spekulum untersucht und dann rationell behandelt wird, dann würden seine Klagen schnell verstummen, und — so mancher Mastdarmkrebs würde rechtzeitig erkannt werden, der sonst inoperabel zur Diagnose kommt, nachdem ihn sein Träger monatelang mit Pillen, Tränkchen, Haus- und Geheimmitteln selbst „behandelt“ hat.

Die digitale Untersuchung der Mastdarmhöhle ist ja all ihrer Schrecken entkleidet, wenn man zu ihr die so billigen und dabei vorzüglichen Kondomfingerlinge verwendet, die bei Gynäkologen und Urologen seit lange im Gebrauche sind, die man aber bei dem Praktiker auf dem Lande nur selten antrifft. Wenn man sie gut einfettet und nach Gebrauch mit etwas Watte oder Papier vorsichtig abstreift, dann zeigt der Finger keine Spur von Fäkalgeruch, und jede Desodorierung mit Seifen, Formalin, Sublimat oder Eau de Cologne ist unnötig. Der Mastdarmspiegel aber sollte ebenso verbreitet sein wie das Vaginalspekulum, zumal er ebenso leicht zu handhaben ist.

Hat man bei einem Kranken Hämorrhoiden nachgewiesen, dann nehme man den Fall in systematische Behandlung.

Man forsche zunächst nach ätiologischen Momenten. Herz-, Nieren- und Leberleiden, die ja schnell zu Hämorrhoidalbeschwerden führen, verlangen ihre eigene Behandlung, deren Erfolge auch den letzteren Abhilfe schaffen. Aszites, Tumoren der Bauchhöhle usw. sind selten im Vergleich zu der kolossalen Zahl der Hämorrhoidarier. In der Hauptsache sind es chronische Verdauungsstörungen, die zu Hämorrhoiden führen. Die Kranken sind, oft lange Zeit hindurch, habituell verstopft, haben sich einer regelmäßigen Defäkation entwöhnt und schließlich eine solche Ueberlastung der Abdominalhöhle erworben, daß sich Hämorrhoiden, „Varizen der Mastdarmvenen“, allmählich ausbilden müssen.

Es ist eine seit Jahrhunderten bekannte Tatsache, daß Leute, die eine „sitzende Lebensweise“ führen, in besonderem Maße zu Hämorrhoiden neigen. Ebenso bekannt ist, daß Frauen daran leiden, die ja fast ausnahmslos habituell verstopft sind, vor allem darum, weil sie infolge des seit früher Jugend geübten Korsettragens eine derartige Inaktivität der Bauchmuskulatur erworben haben, daß sie der Anstrengung einer gründlichen Defäkation nicht gewachsen sind, zumal wenn durch wiederholte Schwangerschaften auch noch eine Ueberdehnung und Erschlaffung der Bauchmuskeln entstanden ist.

Ein sehr wichtiges ätiologisches Moment ist die Ueberfütterung, deren sich der Kulturmensch im allgemeinen schuldig macht. Die meisten Menschen essen zuviel, vor allem zuviel Fleisch. Wir finden daher, daß bei Nationen, die anerkannt starke Fleischesser sind, wie die Engländer oder die Buren, die Hämorrhoiden außerordentlich verbreitet sind.

Noch mehr kommt der Alkohol in Betracht, der infolge der verbreiteten Trinkunsitten für fast jeden Menschen ein tägliches Genußmittel geworden ist und durch die von ihm erzeugte chronische Hyperämie und Entzündung des Magens und der Leber sowie des ganzen Pfortadersystems zu einer tatsächlichen Plethora der Unterleibsorgane führt, deren Endresultat die Varizen am Mastdarm sind.

Ein Rückblick auf diese ätiologischen Momente führt von selbst zu der Therapie, mit der wir die Hämorrhoiden anzugreifen haben; die Vermehrung der Muskeltätigkeit und die Regelung der Diät, verbunden mit systematischer Bekämpfung der Verstopfung. Erfüllen wir diese Postulate, so beseitigen wir die Ursachen der Hämorrhoiden, und diese verschwinden allmählich von selbst.

Die Vermehrung der Muskeltätigkeit muß in rationeller Weise und mit großer Beharrlichkeit durchgeführt werden. In erster Linie dient hierzu das Gehen, aber nicht in der Form des gemütlichen „Bummelns“, sondern in sportmäßiger Weise betrieben. Man verordne bestimmte Touren, beginne mit kleinen Strecken und gehe zu immer bedeutenderen Leistungen über, bis sich der Kranke daran gewöhnt hat, $1^{1}/_{2}$ bis 2 Stunden täglich, auch bei schlechtem Wetter, zu marschieren. Man lasse ihn fest ausschreiten und dabei eine gründliche Atemgymnastik üben. Vier Schritte Einatmung, vier Schritte Ausatmung, mit der Genauigkeit eines Uhrwerkes ausgeführt, ist eine Uebung, die auch dem Anfänger nicht schwer fällt, und die bald gesteigert werden kann auf je sechs, ja sogar je acht Schritte. Einatmung wie Ausatmung wird dabei wesentlich verbessert, tiefe Atemzüge bis zum Maximum der Lungenkapazität werden zur Gewohnheit, und es stellt sich bei dem Wandernden ein ungeahntes Wohlgefühl ein, das ihm diese Uebungen sehr bald zu einem wahren Bedürfnis macht, wie er es in keinem Zandersaal und auf keinem Velotrab empfinden wird.

Eine zweite, allerdings nicht so einfache Methode, die Muskeltätigkeit zu heben, ist die Zimmergymnastik. Voraussetzung ist bei ihr das Ueben bei geöffnetem Fenster und ohne Beengung durch einschnürende Kleidung. Ganz Hervorragendes leistet hier das Sandowsystem, das von diesem Meister der Körperpflege in seinem Institut für „physical culture“ in London in feinster Weise zur Durchführung gebracht ist. Seine „Griffhanteln“, die auf dem Prinzip beruhen, daß der Uebende jede Muskelaktion mit Konzentration seiner vollen Aufmerksamkeit auf sie auszuführen hat, bieten eine solche Fülle gymnastischer Möglichkeiten, daß ihre Anschaffung jedem, vor allem dem Hämorrhoidarier, nur zu empfehlen ist. Auch Sandows „combined developper“, ein Apparat von Ringen und elastischen Zügen, der an einem Türpfosten im Schlafzimmer befestigt und täglich morgens wie abends eine Viertelstunde lang benutzt werden kann, leistet Großartiges. Ebenso wird Müllers so schnell bekannt gewordenes System von vielen empfohlen, der alten Schrebergymnastik nicht zu vergessen, die viele ganz vorzügliche Uebungen aufzuweisen hat.

Wer Zeit übrig hat, wird sich mit Schwimmen den Körper stählen, auch Fechtboden und Turnhalle besuchen. Doch ersetzen diese Sportübungen nicht die Wander- und Zimmergymnastik, weil sie nicht so einfach sind. Jeder Arbeiter, jedes Ladenmädchen kann auf dem Wege von und zu der Arbeitsstätte Wandergymnastik treiben, auch morgens und abends hanteln, während zum Besuch von Turnhallen usw. die Zeit und — das Geld fehlt.

Die Regelung der Diät nebst Bekämpfung der Verstopfung geschieht am besten dadurch, daß man häufige, aber kleine Mahlzeiten anordnet, wie sie bei Neurasthenikern, Epileptikern, Herzkranken und dergl. schon seit lange empfohlen sind, daß man viel weniger essen läßt, als die allgemeine Sitte heischt, und daß man den Körper daran gewöhnt, das, was er aufnimmt, auch zu verdauen. Ein Darm kann aber nichts leisten, wenn man ihn mit Tabletten und Extrakten füttert. Man gebe ihm lieber reichlich Gemüse und Brot, vor allem Graham- oder

Kommißbrot; die kann er auslaugen und hat dann wenigstens einen Rückstand für die Bildung des Kotes. Man schränke den Fleischgenuß ein und vor allem den Alkoholkonsum, der, wie schon oben geklagt, bei den Kulturnationen ein Mißbrauch ist, den nicht das Alter geheiligt hat. Der Alkohol sollte, wie es in verschiedenen Staaten Amerikas bereits gesetzlich eingeführt ist, nur als Heilmittel zugelassen sein und nur in Apotheken verkauft werden dürfen. Was die Amerikaner können, das können wir auch. Es regt sich ja zum Glück überall ein Kampf gegen diesen Erbfeind der Menschheit, und in Amerika, England, Schweden, Finnland gibt es schon zahlreiche Gemeinden, in denen man keinem Betrunkenen mehr begegnet.

Die Bekämpfung der Verstopfung, soweit eine solche noch übrig bleibt bei einem Kranken, der mit Körperpflege und vernünftiger Diät sich einige Zeit „trainiert“ hat, ist eine ziemlich einfache Aufgabe, wenn man sich an den Grundsatz hält, nur im Notfalle Abführmittel zu geben und unter diesen häufig zu wechseln. Selbstmassage des Bauches morgens im Bett. ein Klistier bei der Toilette, ein Glyzerinzäpfchen, ein Glas Bitterwasser auf nüchternen Magen, eine Rhabarber- oder Podophyllinpille am Abend, Kaskara in der so ungemein praktischen Form der Tabloids, von Burroughs, Wellcome & Co. in London — mit diesem Rüstzeug kommt man aus, obschon ja zugegeben werden muß, daß gerade auf diesem Gebiet eine Ueberproduktion an Heilmitteln und — Geheimmitteln Platz gegriffen hat, die ins Uferlose zu streben scheint. Basiert sie doch auf dem Hang der Menschheit zur Bequemlichkeit, ja Faulheit. So wie die alten Römer nach einem guten Festessen gern ein Brechmittel nahmen, um die Folgen ihrer Völlerei zu beseitigen, so greift auch die moderne Salondame lieber nach ihrem „Tamar indien, ihrem Laxin, Fomitin, Regulin e tutti quanti, als daß sie Gymnastik treibt und Brot und Obst zum Abendbrot ißt.

Fertig ausgebildete Hämorrhoiden, die trotz einer Behandlung nach dem oben skizzierten System nicht zurückgehen, sind zu behandeln, ob sie Beschwerden machen oder nicht. Man unterstützt nur den alten Schlendrian, wenn man wartet, bis die Knoten bluten, sich einklemmen oder gar vereitern. Ihre radikale Entfernung ist nur auf chirurgischem Wege möglich, und es dürfte sich dafür in erster Linie der Paquelin eignen, mit dem man auf den Blättern einer Hämorrhoidalzange bequem, gründlich und doch langsam die einzelnen Knoten verkohlen kann, während die ätzenden Säuren unsichere Gerinnsel schaffen und der abschnürende Faden leicht gefährliche Geschwüre setzt.

Aber ehe man zu so extremen Mitteln greift, kann man noch viel tun, um die Gefahren der Hämorrhoiden zu beseitigen. Man halte auf peinlichste Sauberkeit — der Hämorrhoidarier sollte seine Analgegend ebenso sorgfältig pflegen wie seine Mundhöhle —, damit das Juckgefühl und das resultierende Ekzem ausbleiben und etwaige Blutungen nicht zu Eiterungen und Fissurenbildung führen. Man dulde keine Knoten außerhalb des Sphinkterringes, da diese sich erfahrungsgemäß über kurz oder lang doch einklemmen. Man reponiere sie vielmehr mit eingeöltem Kondomfinger in Knie-Ellenbogenlage des Kranken und sorge, daß er durch längeres Verweilen in Seitenlage die reponierten Knoten auch drin behält.

Vorzüglich bewährt sind die Hämorrhoidalpessare, wie sie die praktischen Amerikaner mit Vorliebe auf den Markt bringen. Mögen es Hantel-, Keulen- oder Stiftpessare sein: sie sind alle zu empfehlen; am meisten wohl die Pessare in Keilform, die mit ihrem dünnen Stiel den Sphinkter am wenigsten inkommodieren, einen kräftigen und doch nachgiebigen Druck auf die Mastdarmvenen ausüben und durch den bekannten „Auftrieb“, den sie hervorrufen, eine aktive muskuläre Depletion derselben bewirken.

Wenn diese Keilpessare aus Weichgummi gefertigt und innen hohl sind, so können sie nie reizen oder gar verletzen. Sie eignen sich dann auch als Salbenträger, sei es daß man schmerzstillende oder adstringierende oder purgierende Salben anwendet. Man muß nur dafür sorgen, daß sie auf der Oberfläche gelocht sind, damit die Salbe aus dem Hohlraum in die Mastdarmhöhle gepreßt werden kann.

Sehr praktisch und mit Unrecht von vielen Aerzten mit scheelen Augen angesehen — wohl wegen der kolossalen Reklame, mit der sie vertrieben werden — sind die verschiedenen, maschinell hergestellten Zäpfchen, die im wesentlichen heilend auf die Hämorrhoiden einwirken. Am bekanntesten sind wohl die Anusolzäpfchen, deren Hauptbestandteil Jod-Resorzin-sulfosaures Wismut ist. Noch wirksamer ist das in allerneuester Zeit empfohlene Kalziumchlorid ($Ca\,Cl_2$), das direkt blutstillend wirkt. Es ist jetzt von der Firma Noris, Zahn & Co. in Berlin unter dem Namen „Noridal“ auf den Markt gebracht worden und stellt, in Form der „Noridalzäpfchen“ in seiner Verbindung mit Jodkalzium, Paranephrin und Perubalsam ein vorzügliches Heilmittel dar, das zu großen Hoffnungen berechtigt.

Im Auslande, von dem wir noch manches annehmen könnten, ohne unserer Nationalehre zu nahe zu treten, sind die Zäpfchen aus der bekannten Londoner Fabrik von Burroughs, Wellcome & Co. am meisten verbreitet. Sie führen als wesentlichsten Bestandteil Präparate der Hamamelis virginiana, die schmerzlindernd und eminent blutstillend wirken. Die einfacheren Zäpfchen sind die „Hezeline“-Suppositorien, die komplizierteren die „Enule“-Zäpfchen. Beide sind ganz vorzüglich, wobei freilich zugegeben werden muß, daß die „Enule“ Flecken in der Wäsche macht.

Sicher wird uns die Großindustrie auch auf diesem Gebiet noch mit manchen Neuigkeiten überraschen. In den oben erwähnten Noridal-Zäpfchen liegt ja eine solche, und zwar eine sehr vielversprechende therapeutische Bereicherung bereits vor, mit der wir wohl allen Ansprüchen gerecht werden können.

„Spezifikum“.

Die dankenswerten Anregungen, die die Redaktion der Berl. klin. Wochenschr. in letzter Zeit gegeben hat, um die medizinische Publizistik von allerlei Unkraut zu säubern, verdienen von allen Seiten beherzigt und unterstützt zu werden, und werden sicherlich dazu beitragen, den „bezahlten“ Autoren das Handwerk empfindlich — hoffentlich gänzlich — zu legen. Die Reinigung der medizinischen Presse sollte aber vor dem Inseratenteil nicht Halt machen. Eine noch so glänzend redigierte Zeitschrift macht einen schlechten Eindruck, wenn im Inseratenteil Präparate zweifelhafter Art in marktschreierischer Weise angepriesen werden. Noch immer spuken in einigen Zeitschriften Inserate, von denen jeder Redakteur wissen sollte, daß sie anrüchig sind, auch wenn die darin empfohlenen Präparate noch nicht auf der Geheimmittelliste stehen oder für diese nicht geeignet sind. M. E. ist es auch — trotz der Insertionsverträge — nicht zulässig, daß die Puro-Annonce noch immer weiter in ihrer bisherigen Form erscheint, nachdem die letzten Wochen ein sonderbares Licht auf die Fabrikations- und Vertriebsweise dieses „Fleischsaftes“ geworfen haben, und ich stimme durchaus mit Dr. Hellpach überein, wenn er es in den Aerztl. Mitteil., Nr. 18, S. 321, als eine „Trübung unserer Würde und Reinlichkeit“, als eine „beklagenswerte Tatsache“ hinstellt, daß „die medizinische Presse genötigt ist, für etwas im Anzeigeteil Reklame zu machen, was sie im redaktionellen Teil bekämpft“.

Wenn man nun auch die Puro-Angelegenheit als Ausnahmefall gelten lassen will, den Vorwurf kann ich mehreren Zeitschriften nicht ersparen, daß sie Inserate bringen, die nicht in die medizinische Presse hineingehören oder die durch ihre Fassung Anstoß erregen. Namentlich mit dem Titel Spezifikum wird bekanntermaßen ein erheblicher Unfug getrieben. So wird — um nur einige mir gerade zur Hand liegenden Beispiele zu erwähnen — ein Präparat, aus Milchkasein und glyzerinphosphorsaurem Natrium bestehend, als „spezifisches Tonikum“ bei Neurasthenie und Hysterie in den führenden Zeitschriften angezeigt; und in denselben führenden Zeitschriften erhebt ein Mineralwasser in seitenlangen Inseraten den ungeheuerlichen Anspruch, Spezifikum gegen Diabetes mellitus, ferner gegen Leberkrankheiten, Katarrhe der Gallenwege, Magen- und Darmkrankheiten, besonders Hyperazidität, Magengeschwüre, Dünn- und Dickdarmkatarrhe, ferner gegen Arteriosklerose zur Erhöhung der Blutalkaleszenz und Viskosität des Blutes zu sein, während es sich in einer anderen medizinischen Zeitschrift bescheiden als vorzügliches, sozusagen spezifisches Mittel gegen Gicht und Diabetes, Harngries, Nierensteine, akute und chronische Blasenkatarrhe, Magen- und Darmkrankheiten empfiehlt. Sapienti sat!

Ich bin der Meinung, daß eine Sanierung auch des Inseratenteils der medizinischen Presse not tut und daß diese am besten durchgeführt werden kann, wenn den Redakteuren die Inserate vor dem Abdruck vorgelegt werden und ihnen das Recht zusteht, über die Zulässigkeit der Aufnahme derselben zu entscheiden.

Lungwitz.

REFERATE.

Innere Medizin.

Referent: Dr. **O. Burwinkel**-Nauheim (Winter San Remo).

Vom 25. Kongreß für innere Medizin zu Wien vom 6. bis 9. April 1908.

Der diesjährige Kongreß brachte eine Reihe von Vorträgen, die ein hervorragendes praktisches Interesse beanspruchen dürften. Schon in der Eröffnungsrede sprach der Vorsitzende Fr. v. Müller-München sehr bemerkenswerte Worte über die der inneren Medizin gebührende Stellung. Das zu groß gewordene Gebiet der inneren Medizin rechtfertigt durchaus eine Aufteilung in Spezialfächer und -Kongresse. Aber die Spezialitäten dürfen niemals den nötigen Zusammenhang mit der inneren Medizin verlieren, ein einseitiges Spezialistentum muß entschieden bekämpft werden. Die innere Klinik muß als starke Zentrale bestehen bleiben, schon aus dem Grunde, weil wir für das Land und die kleinen Städte tüchtige allseitig gebildete Aerzte notwendig haben. Viel leichter findet man einen guten Spezialarzt als einen guten Hausarzt. Die Neurologie und Urologie dürfen ebensowenig strenge Sondergebiete werden wie die Infektionskrankheiten. Der Wiener Schule, welche die innere Medizin in innige Verbindung mit der pathologischen Anatomie gebracht hat, ist ihre Erhebung zur wirklichen Wissenschaft zu danken. Dieser pathologisch-anatomischen Aera folgte dann die physiologische Aera (Joh. Müller). Unser Zeitalter könnte man das ätiologische nennen; neben der Anatomie und Physiologie wollen auch die Chemie und Physik berücksichtigt sein. Im Interesse der Ausbildung der Mediziner müssen wir an Stelle der bisherigen Physik „der höheren Töchterschule" eine „männliche Physik" verlangen. Redner mahnt dann noch die Redakteure, sie möchten doch dem ungesunden Anwachsen der medizinischen Literatur Einhalt gebieten und nur wirklich Brauchbares drucken lassen. Ebenso sei es an der Zeit, mit der Neugründung von Journalen und Zeitschriften aufzuhören.

Das Referat über das erste Hauptthema „Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen" erstattete v. Rosthorn. Seine Ausführungen sind mehr für den Frauenarzt von Interesse, während der Korreferent Lenhartz-Hamburg vom Standpunkt des Internisten wertvolle Ausblicke gab. Auch er betont, daß die innere Medizin immer unsere Mutter bleiben müsse. Hier muß der Arzt gut ausgebildet werden, dann wird er befähigt sein, auch andere Gebiete richtig zu beurteilen und selbständig zu handeln. Der Hausarzt muß entscheiden können, ob die bei der Menstruation, Gravidität und Laktation auftretenden Beschwerden nur funktioneller Natur und durch mangelhafte Energie, schlechte Erziehung und Hysterie hervorgebracht sind. Die Erfahrung kann da nur läutern.

Wie oft stellen sich bei psychisch labilen Frauen anginöse Herzbeschwerden und Schilddrüsenschwellung mit Nasenbluten während der Menses ein. Oefters stellt sich auch kurz vor Beginn oder am ersten Tage der Menses ein Menstruationsfieber ein. Ein Ausbleiben der Menses kann Folge von Schreck und Chlorose sein. Die Emesis gravidarum ist keine einfache Reflexneurose, sonst könnte sie nicht ohne weiteres im vierten oder fünften Monat aufhören; hier sprechen toxische Momente mit, wie bei der Eklampsie und Chorea gravidarum. In der Schwangerschaft bildet sich öfters eine allerdings klinisch selten nachweisbare Herzhypertrophie aus, wie dies durch Müllers Befunde an plötzlich verstorbenen Schwangeren sicher erwiesen ist. Dagegen erzeugt die Gravidität an sich weder Endokarditis noch Klappenfehler, wohl aber kommen diese ebenso wie Neuritis bei puerperalen Prozessen vor. Bekannt ist die Neigung zum Fettansatz während der Gravidität. Bei klimakterischen Herzbeschwerden werden oft Herzhypertrophie und Arteriosklerose angetroffen, denen eine arterielle Hypertension vorauszugehen pflegt. Auffallend ist der häufige Herztod bei Myomoperationen, obschon der Eingriff nicht so bedeutend ist, wie bei Entfernung eines karzinomatösen Uterus. Trotzdem ist es bisher nicht gelungen, ein „Myomherz" zu beschreiben. Der Genitalapparat wird von inneren Krankheiten vielfach influenziert: Fettsucht bedingt Menstruationsanomalien, Diabetes erschwert die Konzeption und erzeugt oft Abort und Pruritus vulvae. Die Tuberkulose führt oft zur Amenorrhöe, sie pflegt durch Schwangerschaft und Geburt verschlimmert oder auch zum Ausbruch gebracht zu werden. Beim Basedow sind die Menses, zumal bei stärkeren Symptomen, stets unregelmäßig, dagegen machen sich Gravidität und Geburt nicht ungünstig bemerkbar. Bei Nierenleiden ist Gravidität wegen der Gefahr von Eklampsie stets bedenklich. Blasen- und Nierenbeckenkatarrhe pflegen zur Zeit der Menses eine Verschlimmerung zu erfahren. Nicht selten verschwinden bei nervösen Frauen die zuvor bestehenden gastrischen Beschwerden in der Gravidität. Gelegentlich tritt Ikterus sechs bis acht Tage vor der Menstruation auf, der mit Einsetzen der Blutung wieder verschwindet. Infektionskrankheiten bringen die Gefahr des Abortes mit sich.

Die Therapie ist auch bei den Gynäkologen eine weniger aktive geworden, leider mehr in litteris als in praxi! Noch immer wird bei den auf neurasthenischer und hysterischer Basis beruhenden Störungen, wie sie bei Dysmenorrhöe und Retroflexio uteri vorkommen, viel zu viel mit Aetzen, Brennen, Pinseln, Tamponade vorgegangen. Man muß wissen, daß nervöse und hysterische Frauen auch bei völlig gesunden Genitalorganen oft Schmerzen empfinden. Uebrigens ist an der gynäkologischen Polypragmasie keineswegs allein die Mania operatoria activa vieler Aerzte schuld, sondern auch die Mania operatoria passiva vieler verblendeter Frauen, die alles auf die Sexualorgane zurückführen und absolut operiert zu werden verlangen. Diese Vorstellung der Frauen muß durchbrochen werden. Entfernung aus der gewohnten Umgebung, Isolierung, Ernährungskuren und psychische Beeinflussung führen zur Heilung. Ist die Ehe steril, so berücksichtige man auch den Gatten und verschone bei dessen Schuld die ohnedies schon unglücklichen Frauen mit lokaler Behandlung. Die Frage, sollen junge Mädchen während der Regel vom Schulbesuch ferngehalten und für zwei bis drei Tage ins Bett gelegt werden, ist unbedingt zu verneinen. Das Liegen suggeriert nur das Kranksein, Arbeit und Bewegung halten vom Grübeln ab und sorgen für richtige Blutverteilung. Bezüglich der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft teilt Lenhartz den reservierten Standpunkt Veits und leitet sie nur bei wirklich bedrohter Lebensgefahr ein. In der Behandlung von Puerperalfieber gibt die transperitoneale Venenunterbindung nach Bumm vorzügliche Resultate.

In der Diskussion weist Turbau-Davos auf die verminderte Widerstandskraft des weiblichen Organismus vor dem Eintreten der Menstruation hin. Es treten dann gern Furunkel, Erisypel und Anginen ein. Bei Tuberkulösen summieren sich die Schädlichkeiten, indem schon die Menstruation und dann noch die Tuberkeltoxine vasomotorische Schwankungen hervorbringen. Husten, Hämoptöe, Auswurf, selbst Auftreten von Bazillen im Sputum weisen auf den Kongestionszustand hin. Oefters steigt die Körpertemperatur Stunden und selbst Tage vor der Menstruation an. Dieser Typus prämenstrualis hat nicht die prognostisch ungünstige Bedeutung wie der Typus postmenstrualis. Im Klimakterium nimmt beim weiblichen Geschlecht die Tuberkulosemortalität ab.

Nach Stintzing-Jena ist Gravidität bei dekompensiertem Klappenfehler bedenklich und verlangt oft künstlichen Abort. Bei kompensierten Fehlern hängt die Prognose sehr von der sozialen Lage ab. Beim Basedow sieht man mit eintretender Gravidität öfters Nachlassen der Erscheinungen, und es liegt kein Grund zum Eingreifen vor. Bei der Tuberkulose muß von Fall zu Fall entschieden werden: ist die Phthise erst im Beginn und fieberlos, dann lasse man die Sache gehen; bei akuten Fällen und bei anhaltendem Fieber ist der Abort angezeigt. Bei vorgeschrittenen Fällen ist das Austragen der Frucht nicht gefährlicher als die künstliche Frühgeburt. Schott-Nauheim ist auf Grund übler Erfahrungen von seiner früheren Ansicht abgekommen, daß Mitralstenose mit Schwangerschaft gut vereinbar sei; ebenso hat er oft bei Basedowkranken raschen Kräfteverfall in der Schwangerschaft beobachten können. Klemperer-Berlin hat bei zwölf Patienten mit der Diagnose Morbus Brightii nachgewiesen, daß es sich um einfache prämenstruelle Albuminurie handelte. Er empfiehlt die Darreichung von Gelatine bei profusen Menses. Pineles-Wien bringt die Heberdeenschen Knoten in Beziehung zum Klimakterium; er fand sie bei fünf Frauen im Alter von 31 bis 39 Jahren, die durch Operation ihre Menses verloren hatten. Auch die sogen. harnsaure Diathese ist häufig beim Climax artificiale. Pariser-Homburg hält die prämenstruelle Zeit bei früher bestandenem Ulkus ventrikuli und bei Cholelithiasis für kritisch; er läßt noch längere Zeit nach eingetretener Heilung um diese Tage herum Ruhe und Diät beobachten. Im Schlußwort weist Rosthorn auf die intermittierende Hydronephrose hin, die bei retroflektiertem Uterus mit den Menses auftritt und dann verschwindet.

„Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis“ wird von Neißer-Breslau dargelegt. Die Spirochaeta pallida Schaudinni ist der wirkliche Krankheitserreger. Die Experimente von Metschnikoff und Roux lehren, daß die höheren Affenarten für das Virus empfänglich sind und unter den gleichen Erscheinungen erkranken wie der Mensch. Neißer und Finger gelang auch die Infizierung niederer Affen mit Syphilis; bei diesen entwickeln sich allerdings Primäraffekte nur an den Augenbrauen und Genitalien, und Sekundärerscheinungen bleiben aus. Durch fortgesetzte Ueberimpfung von Tier zu Tier werden die Spirochaeten nicht abgeschwächt in ihrer Virulenz, sondern eher noch giftiger. Die Serodiagnostik ist von hervorragender Wichtigkeit für die Praxis. Der positive Ausfall der Reaktion beweist mit Sicherheit, daß wir ein syphilitisches Individuum vor uns haben, welches noch Träger von Spirochaeten ist. Diese konnen stets wieder virulent werden und Tertiärsymptome hervorbringen. Wir sind jetzt in der Lage, durch den Spirochaetennachweis sofort die syphilitische Natur des Primäraffektes sicherzustellen. Es gibt auch Syphilis ohne Sekundärerscheinungen, hier gibt nur die Serodiagnostik Klarheit. Frühzeitige Exzision des Primäraffektes verhindert bei Tieren die Krankheit: sie bleiben geheilt, wofern kein örtliches Rezidiv entsteht. Beim Menschen liegt die Sache weniger günstig, indem das Gift offenbar schnell in die Lymphbahnen eindringt. Immerhin soll man möglichst früh und viel exzidieren und nebenher noch Aetzmittel (Tinct. Jodi) und Heißluftverfahren anwenden zur radikalen Zerstörung des Primärherdes. Metschnikoff beugt dem Primäraffekt vor durch Anwendung einer 33%igen Kalomelsalbe auf die der Infektion ausgesetzte Stelle. So unfehlbar ist die Wirkung wohl nicht, doch verhütet äußerste Reinlichkeit post cohabitationem in einer Unzahl von Fällen die Infektion. Sehr sicher desinfizierend wirkt auch 2 bis 3‰ige Sublimatlösung. Die Möglichkeit eines solchen Selbstschutzes müßte allgemein bekannt werden. Neißer hat stets dagegen gekämpft, daß die Allgemeinbehandlung erst nach Ausbruch der Roseola einzusetzen habe. Je eher mit Hg und Atoxyl vorgegangen wird, um so mehr Spirochaeten werden getötet und dadurch verhindert, daß sich überall Giftherde bilden, von denen später Tertiärsymptome ausgehen können. Gerade die Serodiagnostik gestattet ein frühzeitiges Eingreifen, während man sich früher exspektativ verhalten mußte. Die beste Behandlung ist die chronisch intermittierende. Ein Tier, welches sich selbst überlassen wird, wird niemals von der Syphilis geheilt. Die tertiäre Syphilis wird, wie durch Abimpfung erwiesen ist, durch Spirochaeten verursacht. Die sekundäre Syphilis ist deshalb so infektiös, weil sie sich an Stellen (Genitalien, Lippen) lokalisiert, mit denen man oft in Berührung kommt. Es besteht ein Unterschied zwischen Heilung und Latenz. Auch beim Fehlen jeglichen klinischen Symptomes entscheidet die Serodiagnostik. Am längsten hält sich das Gift in den Ovarien und Hoden, was für die Vererbung wichtig ist. Neißer hat in Batavia an Affen die verschiedensten Mittel auf ihre Wirksamkeit geprüft.

Die Therapie hat den Zweck, das Virus selbst zu töten. Bei Tieren erwies sich das Atoxyl dem Hg überlegen, gegen welches die Tiere sehr empfindlich sind. Atoxyl brachte in 40 bis 60% völlige Heilung, wie dies durch mehrmalige Reinfektion desselben Tieres zu beweisen war. Beim Menschen muß die beste Methode der Atoxylanwendung noch herausgefunden werden. Das Azetatoxyl scheint weniger giftig und doch wirksamer zu sein. Durch Präventivbehandlung mit Atoxyl (sieben bis acht Tage post infektionem) kann man die Tiere heilen, ehe sie überhaupt krank geworden sind. Atoxyl tötet die Spirochaeten, ebenso Hg. Neißer stellt beim Menschen als therapeutischen Grundsatz auf: Jeder Syphilitische soll, zumal bei der ersten Kur, so energisch mit Hg behandelt werden, als er es mit Rücksicht auf die Nieren und etwaige Stomatitis nur verträgt. Eine richtig durchgeführte Inunktionskur ist das Beste. Bequemer sind allerdings die Injektionen, doch nehme man volle und nicht verzettelte Dosen. Auch Jod und Chinin sind wirkliche Heilmittel. Schutzimpfung und Serumtherapie ergaben bisher keine brauchbaren Resultate. Redner schließt mit der optimistischen Versicherung, daß man in absehbarer Zeit die Syphilis nur noch in ihren Anfangsstadien zu Gesicht bekommen werde.

Wassermann-Berlin schildert sodann „Die Serodiagnostik und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis“. Die von ihm angegebene Methodik gestattet insofern eine sichere Diagnose, als bei positivem Ausfall unbedingt Syphilis vorliegt; der negative Ausfall beweist aber nicht das Gegenteil. Die Methode ist reif für die Praxis und muß Allgemeingut der Aerzte werden. Sie gestattet die Differentialdiagnose bei beginnender Paralyse, bei vielen Leberkrankheiten, bei Ammenwahl. Dem Ansinnen der Apotheker, die Untersuchung zu erlernen und auszuführen, hat der Redner rundweg widersprochen. Das ist Sache des Arztes. In zwei bis drei Wochen läßt sich die Methode erlernen und die Einrichtung von Kursen ist anzustreben. Ehrmann-Wien erklärt besonders solche Leute für Tabes und Paralyse disponiert, deren Syphilis ohne Exanthem verlaufen ist. Lenzmann-Duisburg erzielte durch intravenöse Chinin-Injektionen (10% und 0,7% NaCl) bei allen Stadien und Formen der Syphilis überraschende Heilerfolge. Die Sekundärerscheinungen verschwanden oft schon nach vier bis fünf Injektionen. Zum Schluß läßt die Wirkung allerdings nach; man muß dann zum Hg greifen, welches die letzten Reste der Erscheinungen aber schnell beseitigt. Auch bei maligner Syphilis, die sich gegenüber Hg refraktär verhält, bewährt sich Chinin. Die genaue Technik des Verfahrens ist in Nr. 10 der Deutschen med. Wochenschrift (1908) angegeben.

„Ueber Herzmuskelinsuffizienz durch relative Enge des Thorax“ macht Herz-Wien ganz neue Angaben. Bei räumlichem Mißverhältnis weicht das Herz nach links aus, so bei Aufdrängung des Diaphragma bei Aszites, Myom, Meteorismus, Lebertumoren. Ist links kein Platz, dann entweicht das Herz nach rechts. Ist auch dies nicht möglich, so treten Einklemmungserscheinungen auf. Man findet objektiv die Herzdämpfung nach links und rechts verbreitert, abnorme Resistenz des Spitzenstoßes, pulsatorische Vorwölbung der Brustwand.

Schmidt-Halle spricht „Ueber die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktion und ihre Ergebnisse“. Der Vortrag wurde durch viele schöne Projektionsbilder und Demonstrationen erläutert und kann daher im Referat nicht gut wiedergegeben werden. In der sehr angeregten Diskussion wendet sich Straßburger-Bonn gegen die übliche Kalomeltherapie des beginnenden Typhus abdominalis. Kalomel hemmt in keiner Weise die Entwicklung der Bazillen, sondern schädigt nur den Darm. Daher ist Purgen vorzuziehen. Lenhartz wendet sich gegen die Auffassung, bei der Colitis membranacea handele es sich um einen wirklichen Katarrh. Bestehe dieser, so sei er die Folge einer unzweckmäßigen Lokalbehandlung. Die Kolitis ist eine „Sekretionsneurose“, eine antineurasthenische Behandlung mit Ruhe und Hausmannskost führt jedesmal zur Heilung. Diesen Standpunkt vertritt v. Noorden-Wien schon seit 12 Jahren, er freut sich, daß man die von ihm vorgeschlagene schlackenreiche Kost jetzt adoptiert habe. Auch Agéron empfiehlt bei diesem Leiden frugale Kost. Er nimmt Veranlassung, vor der jetzt allgemein üblichen kritiklosen Anwendung des Regulin zu warnen. Das Mittel wirkt sicherlich ausgezeichnet bei Neurasthenikern und Hysterizis. Bei motorischer Insuffizienz des Magens verbleibt das Regulin acht bis zehn bis zwölf Stunden im Magen, ruft Gasbildung hervor und steigert die Obstipation und Beschwerden. Reinbold-Kissingen hebt die Bedeutung der neuropathischen Konstitution bei der Obstipation hervor, die deshalb vorwiegend in den besseren Kreisen angetroffen wird. Volhard-Mannheim empfiehlt als glänzendes Abführmittel, das selbst beim Ileus noch zu probieren ist, ein Oelfrühstück (300 bis 400 ccm). Schmidt erklärt, daß neben der nervösen Form auch noch eine katarrhalische Form der Colitis membranacea existiere, die eine blande Diät erheische.

Sehr temperamentvoll war der Vortrag von Brauer-Marburg „Ueber künstlichen Pneumothorax bei Phthisikern“, den er 50mal angelegt hat. Der Eingriff ist stets ernst und kommt nur in Frage, wenn alle inneren Mittel erschöpft sind. Brauer sah wirklich güustige Erfolge und hält an der Berechtigung dieser Operation auch gegenüber der Warnung von Lenhartz fest.

„Zur Differentialdiagnose der peripheren Ischias“ dienen nach Erben-Wien zwei Punkte: Beim Anstrengen der Bauchpresse steigern sich die Schmerzen und beim Bücken macht die untere Wirbelsäule nicht mit, die Höhlung der Lendenwirbelsäule bleibt bestehen.

„Die Infiltrationstherapie der Ischias“ wandte Bumm-Wien bisher bei 105 Patienten an; er hatte 65% Dauererfolge und nur 11% Mißerfolge. Injiziert werden 100 ccm NaCl-lösung unter hohem Druck intraneural. Bei 300 Einzelinjektionen wurden niemals üble Nebenwirkungen beobachtet, wie bei Anwendung differenter Flüssigkeit (Alkohol). Für diese Behandlung eignet sich nur die unkomplizierte essentielle periphere Ischias. v. Noorden-Bad Homburg empfiehlt bei Erkältungs- und Ueberanstrengungsischias eine systematische, ein- bis zweimal täglich vorgenommene Saugpumpenbehandlung. Lange-Leipzig will die Indikationsstellung für intraneurale Injektionen auch auf die Ischias toxischer Natur (z. B. Diabetes) und auf Ischias bei Beckenkarzinomen ausdehnen.

Neue Beiträge „Zur Frage der Erkältungsnephritis“ liefert Siegel-Reichenhall. Er stellt Hunde mit den Hinterbeinen 15 Minuten in kaltes Wasser (4° C) und bringt sie dann in den Käfig. Es stellten sich alle Erscheinungen einer akuten parenchymatösen Nephritis ein (Albuminurie, Erythrozyten, Nierenepithelien, Zylinder). Der Obduktionsbefund war dementsprechend. Ließ er aber die Hunde nach Verlassen des Wassers kräftig frottieren und mit Amylnitrat behandeln, so blieb die offenbar auf Ischämie beruhende Nephritis aus.

Das „Drüsenfieber“ ist von Pfeiffer-Wiesbaden schon 1889 beschrieben. Unter starken Allgemeinerscheinungen tritt abends oder nachts plötzlich Fieber auf. Objektiv bestehen nur Schluck- und Halsschmerzen, Schwellung der Halsdrüsen nur hinter dem Kopfnicker. Leber und Milz sind vergrößert, es besteht spontaner Schmerz zwischen Nabel und Symphyse sowie am Schulterblattwinkel. Nie bestehen Symptome von seiten des Herzens und der Lungen. Alles geht gewöhnlich nach ein bis zwei Tagen zurück. Die Drüsen vereitern nie. Einmal bestand komplizierende hämorrhagische Nephritis. Tonsillen und Rachen sind nicht der Ausgangspunkt, da sonst die vor dem Kopfnicker liegenden Drüsen ergriffen sein müßten. Neuerdings wurde behauptet, es handele sich um eine larvierte Influenza. Um Skarlatina kann es sich nicht handeln, denn hier sind die hinten gelegenen Drüsen niemals beteiligt.

Morawitz-Heidelberg teilt „Untersuchungen an einem hereditären Bluter“ mit. Das Blut wurde mittels der ganz ungefährlichen Venenpunktion gewonnen. Morphologisch zeigte es keine Veränderung; doch war die Gerinnungszeit sechs- bis siebenmal verlangsamt (statt 15 Minuten 2 Stunden). Chlorkalzium beschleunigt die Gerinnung nicht, während sie Hirudin sehr verzögert. Es handelt sich um Mangel an Thromboginase. Die Durchlässigkeit der Gefäßwand zeigt keinen Unterschied gegenüber der Norm. Lommel probierte bei einem exquisiten Bluter das Serum normaler Menschen und Tiere; es wirkte sehr gut, ebenso das Aronsonsche Streptokokken-Serum. Schwalbe-Berlin erinnert an das alte Mittel, auf die blutende Stelle Blut von gesundem Menschen zu applizieren. Pick-Prag kennt eine Bluterfamilie, in der von 19 Geschwistern alle bis auf eins an Entbindungen und kleinen Verletzungen zugrunde gegangen sind. Bei dem einzig Ueberlebenden traten Nierenblutungen auf; das Blut zeigt verschiedenes Verhalten, je nachdem die Untersuchung unmittelbar nach der Nierenblutung vorgenommen wurde oder nach eingetretener Erholung. Falta-Wien konstatierte normale Gerinnungsfähigkeit während des Auftretens der Blutung, hinterher Abnahme der Gerinnungsfähigkeit.

„Ueber Nierentuberkulose“ macht Kornfeld-Wien die Mitteilung, nicht gleich im Frühstadium zu operieren, wenn einige Bazillen gefunden werden.

„Die vorläufige Mitteilung über Tuberkulosebehandlung“ von Lange-Leipzig betrifft die Empfehlung des (teueren!) Tuberkulin-Jacobs (Brüssel). Das Präparat wurde seit 1½ Jahren angewandt, bei vorsichtiger Dosierung traten nie unangenehme Reaktionserscheinungen auf. Die Injektion wird zweimal, später einmal wöchentlich intramuskulär am Oberarm vorgenommen.

Hiermit dürfte in aller Kürze das wiedergegeben sein, was für die praktischen Aerzte von Wichtigkeit ist. Glänzend verlief der Empfang in dem herrlichen Rathaus durch den bekannten Bürgermeister Lueger; bei dem sich anschließenden, von der Stadt dargebotenen Festmahl herrschte die sprichwörtliche Wiener Gemütlichkeit. Im nächsten Jahre tagt der Kongreß wieder in Wiesbaden.

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Zur Frage über den Gehalt an Extraktivstoffen des dunklen und weißen Fleisches.** Von Adler. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 8.

2. **Zur Behandlung des Kardiospasmus.** Von Geißler. Münch med. Wochenschr., 1908, p. 673.

3. **Ueber die Wirkungsweise von Yoghurtkuren und ihre Indikationen bei Magen-Darmerkrankungen.** Von Wegele. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

4. **Rückblick auf die fünfjährigen Beobachtungen bei der Salzsäuretherapie der Gicht.** Von Falkenstein. Berl. klin. Wochenschr., 1907, p. 1545 ff.

1. Von Offer und Rosenquist auf Veranlassung v. Noordens ausgeführte Untersuchungen an Fleischsorten verschiedener Provenienz, welche diese auf ihren Gehalt an Purinkörpern prüfen sollten, um die Frage der Zulässigkeit der verschiedenen Arten von Fleisch und Fisch in der Diätetik der Nierenerkrankungen sowie der Gicht zu entscheiden, schienen bewiesen zu haben, daß der Gehalt des weißen und dunklen Fleisches an stickstoffhaltigen Stoffen, Extraktivstoffen sowohl als an Fleischbasen, so geringe Unterschiede aufweise, daß man von einer prinzipiellen Unterscheidung absehen müsse; beide Sorten sollten also in der Krankenernährung, und speziell in der der Nieren- und Gichtkranken gleichberechtigt nebeneinander stehen. Indes hat Senator — schon früher — Wert darauf gelegt, daß der Zubereitungsprozeß — Braten und Kochen — bezüglich der Extraktivstoffe jene Veränderungen hervorbringe, durch die sich die grundsätzliche Verschiedenheit der beiden Fleischsorten erklären lasse. In besonderer Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes vom Verf. auf Senators Wunsch angefertigte Analysen — deren Technik an dieser Stelle nicht interessiert — haben ergeben, daß genußfertiges Fleisch vom Rind und Kalb an Extraktivstoffen Differenzen zeigt, die eine Scheidung in weiße und dunkle Sorten rechtfertigt, und daß das Kochen die Entziehung der stickstoffhaltigen Extraktivstoffe mehr begünstigt als das Braten. Durch diese neugewonnene Erkenntnis erhält der Erfahrungssatz von der relativen Schädlichkeit des dunklen gegenüber dem weißen Fleische eine Stütze, so daß in der Tat bei gewissen Krankheiten (Gicht, Nephritis) darauf Rücksicht zu nehmen ist.

2. Zu den bisher üblichen Behandlungsmethoden des Kardiospasmus, des — wahrscheinlich rein neurasthenischen — Verschlusses der Kardia durch krampfartige Zustände — d. h. Dauersonden, chirurgische Intervention —, hat Strauß vor kurzem eine

neue gefügt, indem er ein Instrument angab, mittels dessen er mehr minder gewaltsam die Kardia dehnte: Am unteren Ende einer Sonde, die durch die Kardia in den Magen geführt wird, befindet sich ein Gummiballon, welcher beim Zurückziehen aufgeblasen wird. Verf. setzt aber an diesem Instrument — mit Recht — aus, daß der Ballon gerade in der Kardia nicht aufblähbar ist, eben weil die Kardia kontrahiert ist, sondern daß nur der unterhalb und oberhalb der Kardia gelegene Teil sich erweitert. Diese Schwierigkeit ist behoben durch Ueberschieben einer Gummihülse und, zu deren Schutz, eines Seidennetzes, also eines widerstandsfähigeren Materials als des Gummiballons; die Aufblähung geschieht nicht von einem besonderen Schlauch aus, wie bei Strauß, sondern vom — engen — Lumen der eingeführten Sonde aus selbst, die unter der Gummihülse perforiert ist. Das Instrument, welches bei Härtel, Berlin, Karlstraße 19, angefertigt wird, hat sich bereits in der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau bewährt.

3. Yoghurt ist ein durch Einwirkung von bestimmten Bakterien in der Wärme gewonnenes Produkt, welches reichlich Milchsäurebakterien und Milchsäure enthält. Man unterscheidet das nach Metschnikoff hergestellte Laktobazilline und das Mayaferment, zu erhalten bei Apotheker Mühlradt, Berlin, welche unter bestimmten Kautelen im ersteren Fall der nativen, im andern der auf die Hälfte eingedickten Milch zugesetzt werden. Das Produkt ist eine sauerschmeckende Flüssigkeit bez. Brei, denen besondere Beeinflussung des Verdauungskanals attribuiert wird, weil die in ihnen enthaltenen Milchsäurebakterien, welche nach Genuß der Präparate lebensfähig bis zum Rektum nachgewiesen werden können, die andern Bakterienarten überwuchern und die Darmflora in für den Organismus günstigem Sinne beeinflussen.

Diese an sich gut fundierten Ergebnisse des Laboratoriums sind nun wie in Frankreich so auch neuerdings in Deutschland mit einer wenig angenehm wirkenden Reklame dem Publikum vorgesetzt, und letzteres ist zum Gebrauch von teils von Zentralen trink- bezw. eßfertig gelieferten Präparaten (Yoghurt Milch, -Kuchen, -Käse), aber auch vom Konsumenten selbst herzustellenden gedrängt worden. W. hat an 20 Verdauungskranken Versuche angestellt und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, daß zur Behandlung mit Yoghurt sich eignen: Kranke mit schweren akuten Darmstörungen, mit Zersetzungsvorgängen, mit Magenkrankheiten, mit verminderter oder fehlender Saftsekretion und konsekutiven Darmstörungen, mit mit Darmfäulnis einhergehenden Darmaffektionen primärer wie sekundärer Natur.

Ref. vermißt in den Darlegungen des Verf.s den Nachweis dafür, daß der Yoghurt unter gleichen Bedingungen anderen minder kostspieligen Präparaten ähnlicher Natur (Kefir, Kumys) vorzuziehen sei.

4. Seit fünf Jahren bereits plädiert F. für die Darreichung von Salzsäure bei Gicht, nachdem er diese methodisch zuerst lange Jahre an sich selbst erprobt und nach eigener wie anderer Aerzte Aussage einen ganz wesentlichen Rückgang aller Gichtsymptome erfahren hatte. Es sei vorweg bemerkt, daß F.s Erfahrungen von Nachprüfern im allgemeinen nicht bestätigt wurden, indessen rät Referent, welcher über einige wenige Fälle, die mit Salzsäure von ihm behandelt wurden, verfügt und wenigstens von deren absoluter Unschädlichkeit sich überzeugt hat, die Methode zu versuchen, da die bisherigen Behandlungsmethoden der Gicht — vielleicht mit einziger Ausnahme des Kolchikum — im Stich gelassen haben. Auf die mindestens sehr anfechtbaren, meist a posteriori konstruierten, Grundlagen der Salzsäuretherapie soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Siehe dazu das Original.

F. nimmt und gibt täglich 50 bis 60 Tropfen Acid. muriat. nicht dilut., sondern pur., in Leitungswasser. Diese Dosen, die event. noch gesteigert werden können, sind gefahrlos, weil mit jeder Nahrung mehr minder große Mengen Alkalien aufgenommen werden, die einen Teil der Säure neutralisieren; eine Säurevergiftung kommt also nicht zu stande. Es tritt kein Reiz auf den Darm ein, im Gegenteil kommt es in der ersten Zeit der Medikation oft zu Verstopfung; auch Nieren, Blase, Blut und Zähne bleiben intakt; die Zähne sollen sogar gut beeinflußt werden! Gleichzeitig ist geboten, die Tätigkeit des Darms und der Haut zu fördern. Als Mittel, die Hautsekretion anzuregen, benutzt Verf. Bäder— die gewöhnlichen heißen Bäder der Thermen perhorresziert F. — mit Zusatz von roher Salzsäure, 10 Minuten 28 °, auf ein Vollbad 200 bis 400 cm Säure. Solche Bäder sind in Pausen von 8 — 14 Tagen zu nehmen; außerdem tägliche Waschungen des Körpers, erst lauwarm, dann kalt.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Weitere klinische Erfahrungen über die Behandlung von akuten Mittelohreiterungen mit Stauungshyperämie nach Bier.** Von Stabsarzt Dr. F. Isemer, Priv.-Doz. und 1. Assistent der Kgl. Univers.-Ohrenklinik (Geh.-R. Prof. Schwartze) zu Halle. Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 75, Heft 1 u. 2.

2. **Fremdkörper im Ohre.** Eine klinisch-historische Studie. Von Dr. med. Carl Kassel-Posen. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1908, 4 u. 5.

3. **Ueber Schädigung des Gehörs durch Schalleinwirkung.** Von Wittmaack-Greifswald. Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 54, Heft 1, 1907, p. 37 bis 81.

4. **Zur Therapie der Angina. Eine Behandlung auf dem Wege durch die Nase mittels Protargolsalbe.** Von Sanitätsrat Dr. L. Berliner-Reinikendorf b. Berlin. Ibidem.

5. **Ueber eine dentale, unter dem Bilde der Angina Ludovici auftretende und mit Retropharyngealabszeß kombinierte Halsphlegmone.** Von Dr. G. Trautmann-München. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 12.

1. Der Wert der Stauungshyperämie nach Bier für die eitrigen Erkrankungen des Ohrs, speziell bei Erkrankung des Warzenfortsatzes, ist noch immer Gegenstand sorgfältiger und häufiger Untersuchungen. Bei chronischen Eiterungen lauten allerdings fast alle Berichte ungünstig, und es ist zweifelhaft, ob gelegentlich beobachtete Erfolge auf Rechnung der Stauungshyperämie zu setzen sind. Dagegen scheint mehr erfolgversprechend die Anwendung derselben bei akuten Erkrankungen. Isemer versucht, an der Hand von neun einschlägigen Fällen ein Urteil über den Wert der Stauungshyperämie zu gewinnen. Die mitgeteilten Krankengeschichten sind recht interessant. Beweisend für den Wert der Stauung erscheinen aber auch seine erfolgreichen Fälle nicht unbedingt, da diese sieben Patienten im Mittel fünf bis sechs Wochen in klinischer Behandlung und Beobachtung waren und es doch feststeht, daß auch anscheinend recht bedrohliche Fälle unter Wärmeapplikation, Schwitzbett etc. ohne Operation ausheilen können. Eher dürften die beiden letzten Krankengeschichten beweisend sein gegen den Wert der Stauung für das Gebiet der Ohrenkrankheiten. Doch gilt es, dieser Behandlung mit möglichster Objektivität gegenüberzutreten, was Isemer auch fraglos tut, wenn er folgende Schlußsätze aufstellt:

a) Die Behandlung der Otitis media durch Stauungshyperämie ist nicht ohne Gefahren, da unter der vertrauensvollen Beschränkung auf diese Therapie die rechtzeitige Anwendung notwendiger chirurgischer Eingriffe versäumt und dadurch der Ausgang für den Patienten verhängnisvoll werden kann.

b) Besondere Gefahren bringt die protrahierte Anwendung der Stauungsbehandlung bei Infektionen des Ohrs durch Diplokokken und Streptokokken. Günstig wirkt die Stauung bei Staphylokokkeneiterungen, namentlich in solchen Fällen mit Mastoiditis, wo bereits eine Kortikalisfistel besteht und durch eine kleine Weichteilinzision Eiterabfuhr aus der Knochenfistel möglich ist.

c) Ein auffallendes Resultat der Stauungsbehandlung ist die schmerzstillende Wirkung, die fast in allen Fällen schon nach kurzer Zeit eintrat. Die schmerzstillende Wirkung kann aber in gewissen Fällen für den Patienten ein Danaergeschenk sein, wenn man bedenkt, daß in einzelnen Fällen (z. B. bei Hirnabszeß) der anhaltende Kopfschmerz oft das einzige differential-diagnostische Mittel ist.

d) Absolut verwerflich ist jeder Versuch der Stauungsbehandlung bei intrakraniellen Komplikationen der Otitis (Sinusthrombose, Extraduralabszeß, Hirnabszeß).

e) Die Stauungsbehandlung darf nur in Krankenhäusern unter sachkundiger Kontrolle vorgenommen werden, da nur hier eine stete Beaufsichtigung des Patienten gewährleistet werden kann.

2. Historische Uebersichten haben fast immer den Vorteil, zu zeigen, daß vieles, was wir für eine besondere Errungenschaft moderner Technik halten, ebenso oder sehr ähnlich lange Jahrhunderte früher bekannt war. Auch die interessante Studie Kassels dürfte manchem Neues bringen. Was er über die Entfernung von Fremdkörpern aus dem äußeren Gehörgange sagt, predigt die alte Regel, daß niemand mit Instrumenten an das Ohr gehen darf, der nicht völlig damit vertraut ist. Das beste und am wenigsten schädliche Instrument bleibt die Ohrenspritze.

3. Wie ist der pathologisch-anatomische Befund bei Schädigung des Gehörorganes durch Schalleinwirkung? Diese hochinteressante Frage sucht Verf. der Lösung näher zu bringen durch Versuche an ca. 20 Meerschweinchen. Er ließ dauernd lauten Schall einwirken, wie ähnlich die professionelle Schwerhörigkeit beim Menschen zustande kommt. Bei anderen Versuchen benutzte er kurzdauernde, aber recht intensive Schalleinwirkung direkt am Ohr. Resultat: Lauter Schall ausschließlich durch Luftleitung, Tag und Nacht anhaltend, bewirkt keine Störung, weder intra vitam noch nachweisbar bei der Autopsie. Dieselbe Einwirkung aber zugeführt außer durch Luftleitung noch durch die Knochenleitung bewirkt Freßunlust, Abmagerung, Exitus. Sektion ergibt: Mittelohr intakt, Innenohr zeigt Degenerationserscheinungen an den Nervenzellen des Ganglion kochlearis, des Ramus kochlearis und beginnender Zerfall des Cortischen Organs. Um auszuschließen, daß diese Veränderungen Folge der Abmagerung waren, wurde in einer dritten Versuchsanordnung Schall durch Luft- und Knochenleitung mit halbtägigen Unterbrechungen zugeleitet. Hierbei ergab sich keine Abmagerung, wohl aber die oben angedeuteten Degenerationserscheinungen. Kurzdauernde, sehr intensive, oft wiederholte Schalleinwirkungen verursachten wohl minutenlange Bewußtlosigkeit, aber weder allgemeine Störungen noch Veränderungen im Mittelohr, keine Trommelfellruptur, keine Blutungen oder Zerreißungen im Innenohr, dagegen schwere Veränderungen im Nervus kochlearis, Ganglion und Cortischen Organ. Dieselben zeigten aber interessanterweise außerordentliche Tendenz zur Regeneration, so daß oft nur regressive Veränderungen als Rückstände des Prozesses nachweisbar sind.

Wittmaack vergleicht diese Befunde mit der beim Menschen durch intensiven Schall hervorgerufenen Schwerhörigkeit, bei der er ebenfalls eine Erkrankung des Kochlearis entsprechend den Veränderungen annimmt, die er bei seinen Versuchen gefunden hat, die also als degenerative Neuritis aufzufassen wäre.

Die Prophylaxe professioneller Schwerhörigkeit bestände daher in der Einschaltung schlecht schalleitender Körper zwischen Schallquelle und Körper.

4. Berliner empfiehlt bei Angina jeder Art, eine halb erbsengroße Portion einer Protargolsalbe in die Nase einzuführen. Rp. Protargol 1,5 solv. i. aq. frig. 2,5, tere c. Lanol. 6,0 — adde Menthol 0,1, Saccharin 0,3, Vaselin ad 15,0. Er glaubt, davon besonders gute Erfolge gesehen zu haben, indem die Salbe durch Hinabfließen in den Nasenrachenraum mehr als auf anderem Wege zur Wirkung komme.

5. Trautmann bringt ein Beispiel von den geradezu exzessiven Folgen, die eine grobe Vernachlässigung der Zahnpflege bedingen kann. In seinem Fall ging von der Alveole der ersten unteren Prämolaris rechts ein kariöser Prozeß auf die Mandibula über, zerstörte dieselbe in erheblichem Umfang, ergriff den Mylohyoideus, die Epiglottis, wo er eine schwere Abszedierung hervorrief, und ging endlich auf den Rachenraum über, wo ein retropharyngealer Abszeß entstand. Nur umfangreiche chirurgische Eingriffe konnten die Kranke retten.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Die Luxatio kubiti posterior und ihr Verhältnis zur sogen. Myositis ossifikans traumatika.** Von Alfred Machol. Beitr. zur klin. Chir., Bd. 56, Heft 3.

2. **Ueber die Prophylaxis der chirurgischen Infektion vermittelst präventiver Immunisierung.** Von G. Lerda. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, Heft 4.

3. **Frakturenbehandlung im Chromlederstreckverbande.** Von Evler. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, Heft 4.

4. **Beiträge zum Kapitel der totalen Skalpierung.** Von T. Migata. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, Heft 4.

5. **Die Bedeutung des Kotsteines für die Entstehung und den Verlauf der akuten Appendizitis.** Von Paul Klemm.

6. **Zur Pathologie der Schultergelenkschleimbeutel.** Von Alfred Stieda. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, Heft 4.

7. **Zur Kasuistik der Totalexstirpation der Skapula bei akuter infektiöser Osteomyelitis, zugleich ein Beitrag zur Frühdiagnostik derselben.** Von E. Koerber. Arch. f. klin. Chir., Bd. 85, Heft 4.

8. **Ueber Resektionen am Pankreas.** Von O. Ehrhard. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 14.

9. **Zur Sterilisation der Gummihandschuhe.** Von S. Flatau. Münch. med. Wochenschr., 1908.

10. **Zur operativen Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis.** Von Kotzenberg. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 13.

11. **Die Oesophagoskopie beim Oesophagus- und Kardiakarzinom.** Von Hans Elsner. Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 52.

12. **Ueber Händedesinfektion nur mit Alkohol.** Von Schumburg. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 8.

1. Nach Machols an 16 Fällen während längerer Zeit außerordentlich genau ausgeführten Beobachtungen ist eine reponierte Luxatio kubiti simplex in der Regel von zirkumskripter Verknöcherung der Ellenbeuge-Muskulatur gefolgt; abweichende Falle bilden die Ausnahme, nicht reponierte zeigen den Prozeß nie. Während Machol damit der kürzlich erschienenen Arbeit von Frangenheim über den gleichen Gegenstand widerspricht, stimmt er mit F. in der Betonung des großen Wertes überein, den fortgesetzte Röntgenuntersuchungen für die Diagnose und ganz besonders für die Therapie des Leidens haben; lassen sich doch aus den Röntgenbildern bestimmte Typen der Verknöcherung mit verschiedener Prognose erkennen. M. hat in keinem seiner Fälle operiert, hat mit konservativer Behandlung gute Erfolge erzielt und rät unbedingt dazu, nicht vor Ablauf eines Jahres sich zum Eingriff zu entschließen, der auch dann nur bei nervösen Störungen oder ganz erheblicher funktioneller Störung angezeigt ist.

2. Neben dem Bestreben, die chirurgische Infektion durch stete Verbesserung der Asepsis zu vermeiden, machen sich mehr und mehr Versuche geltend, das gleiche Ziel auf anderem Wege zu erreichen, den gefährdeten Körper immun zu machen gegen Strepto- und Staphylokokken, wie er schon längst gegen Pocken und in neuerer Zeit gegen Typhus, Pest, Cholera „fest“ gemacht wird. Nach den letzten Ergebnissen der Immunitätsforschung, der Endotoxinlehre und der Kenntnis der Agglutinine und Bakteriolysine kann nur aktive Immunisierung zu diesem Zweck in Frage kommen, trotzdem die zu ihrer Durchführung nötige Zeit (8—12 Tage) vorläufig praktische Verwendung ausschließt, bis es einmal gelingt, auch ein hinreichend starkes passives Immunserum darzustellen. — Lerda stellte aus einem Staphylokokken- und Streptokokkengemisch verschiedener Herkunft sterile Kulturen, Toxine und Bakterienleiber dar und erzielte mit ihnen bei Kaninchen in kurzer Zeit eine beträchtliche Immunität polyvalenten Charakters gegen diese Keime, die sich auch durch starke Leukozytose kundgab. Impfung beim Menschen „verursachte keine größeren Störungen, als sie durch Einimpfung des Vakzins gegen Pest, Cholera und Typhus hervorgerufen wurden“; nach 4 Impfungen begann die Agglutinationsprobe in Verdünnungen von 1 : 10 und 1 : 25 zu gelingen. Die an den Geimpften vorgenommenen Eingriffe verliefen glatt.

3. Zwei Hülsen aus dickerem und dünnerem Chromleder, einem zu orthopädischen Notbehelfen und Geräten vorzüglich geeigneten Stoffe, umfassen diesseits und jenseits der Bruchstelle das gebrochene Glied; die Streckung geschieht durch vernickelte Streben, die in aufgenähte Metallstücke eingeschraubt und, nach Bedarf mit Spiralfedern versehen, das gebrochene Glied und zwar innerhalb der beiden nächsten Gelenke zugleich feststellen und strecken. Diese neueste Ausführung eines in der Knochenbruch-Behandlung wohlbekannten Gedankens hat vor dem Gipsverbande den Vorzug, daß Bruchstelle und Gelenke freibleiben, vor dem Heftpflasterverbande außerdem noch die Unabhängigkeit von der Bettruhe und die Möglichkeit, die verschiedenen Streck- und Drehzüge leicht

anzubringen. Die Chromlederstreckverbände sind, und das zeichnet sie vor den Hessingschen aus, nach Formalindesinfektion auch bei anderen Kranken zu benutzen, für die sie durch einfaches Verstellen von Bändern, Schrauben und Oesen passend gemacht werden. — Die Einzelheiten solcher Verbände für Schlüsselbein-, Ober- und Unterschenkelbruch, Wirbelsäulenerkrankungen lassen sich nicht in Kürze wiedergeben; die Herstellung fordert mechanisches Geschick und ist ohne Werkstatt und die Hilfe eines verständigen Bandagisten kaum möglich.

Bemerkenswert erscheint es dem Ref., daß Evler den Hüftgurt für seine Apparate zur Entlastung der Wirbelsäule nicht, wie sonst üblich, auf Kreuzbein und Darmbeinkamm ruhen läßt, sondern direkt unterhalb der Darmbeinstachel, zwischen ihnen und den Trochanteren, um die Hüften legt. Diese natürliche Einsenkung des knöchernen Beckens, wo die starken Muskelansätze jeden Druck vertragen und ein Rutschen des Gürtels nach unten und oben ausgeschlossen ist, wird nicht nur in der Orthopädie viel zu wenig benutzt. Auch die Frauenkleidung — man gestatte den kurzen nicht zur Sache gehörenden Hinweis — könnte mit diesem Hüftgurt Leib und Brust entlasten, ohne die Schultern zu beschweren, was das Reformkleid nicht immer vermeidet. Auf den Gilbert-Inseln in der Südsee tragen die Frauen den Strick des Bastrocks noch heute nicht anders (Augustin Krämer).

4. Migatas Fall, der eine Japanerin betraf, bestätigt die Beobachtungen der bisher veröffentlichten etwa 60 Skalpierungs-Verletzungen. Der ganz abgetrennte Skalp stößt sich gewöhnlich trotz genauer Annähung brandig ab. Die Schmerzen schwinden am raschesten bei Borsalbeverbänden, die auch schneller als alle anderen Mittel zur Ueberhäutung führen. Transplantation ist nicht zu umgehen; man beginnt am besten mit großen Kutislappen nach Krause, um später die Lücken nach Bedarf mit Thierschschen Läppchen auszufüllen.

5. Pathologen, besonders Aschoff, haben aus dem glatten und verhältnismäßigen guten Zustande des Schleimhautgürtels, der in einem sonst schwer veränderten Wurmfortsatz einen Kotstein umschließt, die Folgerung gezogen, der Kotstein schädige nicht nur die Darmwand nicht, er schütze sie sogar. Klemm weist an der Hand seiner Operationspräparate schlagend die Unhaltbarkeit dieses Standpunkts nach; der Stein unterhält die Schleimhautschwellung, wenn er sie auch vielleicht nicht in jedem Fall selbst hervorgerufen hat; er verhindert die Abschwellung und damit den Abfluß des Wurmfortsatz-Inhalts in den Blinddarm. Daß tatsächlich oft der Durchbruch nicht am Stein, sondern oberhalb erfolgt, liegt nur an der Spannung und an der Stauung des giftigen Inhalts, die, gerade durch den Stein veranlaßt, an der Spitze am stärksten und schnellsten ihre Wirkung entfaltet. Wenn Klemm jedoch weiterhin dem Stein jede zerstörende mechanische und chemische Wirkung auf die Schleimhaut abspricht, so steht er damit im Gegensatz zu einer großen Reihe von erfahrenen Appendizitis-Forschern und den Grundanschauungen über Fremdkörper und Fremdkörperwirkung.

6. Es kommen, teils nach Fall oder Stoß, teils von selber, in den klinisch wichtigen subakromialen und subdeltoidalen Schultergelenks-Schleimbeuteln Entzündungen vor, mit Schmerzen, umschriebener Druckempfindlichkeit, Bewegungshemmung und — manchmal — mit Schleimbeutelerguß, bei denen das Röntgenbild an der Stelle der Schleimbeutel neben dem Tuberkulum maius humeri einen Schatten zeigt. Der Schatten zeigt oft Form und Größe des Schleimbeutels, kann sich aus einzelnen Flächen zusammensetzen und verschwindet meist nach Ablauf der Erscheinungen; er ist als Bild gichtischer Stein-Ablagerung im Schleimbeutel aufzufassen, auch wenn sonst nichts für allgemeine Gicht spricht. Die Erkennung der gichtischen Natur des Leidens ist nicht nur für die Behandlung entscheidend (der gichtisch frisch entzündete Schleimbeutel verträgt die sonst angezeigte Ruhigstellung der Schulter nicht und muß mit Umschlägen, schmerzlindernden Mitteln, Kolchikumtinktur behandelt werden); — der Schatten im Röntgenbilde kann auch, zumal wenn ihn zufällige Einstellung der Röhre teilweise zur Deckung mit dem Humerusschatten bringt, für ein abgesprengtes Knochenstück gehalten werden und eine nicht gleichgültige Fehldiagnose verschulden. Es ist hierauf um so mehr zu achten, als derartige Schleimbeuteltophi auch ohne alle Beschwerden bestehen können, wie ein zufälliger Befund Stiedas an der gesunden Schulter eines Unfallverletzten beweist.

18. Bei der akuten Osteomyelitis des Schulterblatts ist die subperiostale Exstirpation des ganzen Knochens, in letzter Zeit besonders von Bockenheimer empfohlen, ein vorzügliches Verfahren. Es wirkt nicht nur in Fällen mit beginnender Allgemeininfektion lebensrettend, sondern ist auch, was Krankheitsdauer und schließliche Gebrauchsfähigkeit der Schulter anlangt, der sonst üblichen Osteomyelitis-Behandlung mit Aufmeißelung und Auslöffelung weit überlegen. Es liegt in der Eigenart des flachen, rings von breiten Muskeln straff bedeckten Knochens, daß sich auch von kleinen Knochenherden aus rasch große Abszesse entwickeln, die das Periost in großer Ausdehnung abheben und die Ausschälung unter Schonung der Muskelansätze sehr erleichtern. In Koerbers Fall (Angina; Fall auf die Schulter; hohe Temperaturen ohne zunächst nachweisbaren Herd) hatte sich der Eiter zuerst in der Fossa subskapularis angesammelt und verursachte durch die Spannung des Musk. subskapularis bei Druck von der Achselhöhle her und bei dem Versuch, den Arm nach auswärts zu drehen, heftigen, plötzlichen Schmerz, ein Zeichen, das bei dem gewöhnlichen Durchbruch des Eiters nach vorn, entlang den Gefäßen, als Frühsymptom der Skapular-Osteomyelitis sicher Wert behalten wird. Die Totalexstirpation der Skapula mit Winkelschnitt längs dem Innenrande und der Schultergräte brachte raschen Abfall der Temperatur und glatte Heilung, während deren sich die Neubildung der Skapula vom erhaltenen Periost aus auf Röntgenbildern sehr schön verfolgen ließ. Der Gelenkpfannenfortsatz des Schulterblatts und das Akromion waren bei der Operation zurückgelassen worden; die Funktion des Gelenks wurde vollständig normal, was nicht zum wenigsten durch frühzeitige passive Bewegungen in einem verstellbaren Middeldorpffschen Triangel erreicht wurde.

7. Bei zwei in den Pankreaskopf eingebrochenen Pyloruskarzinomen gelang die Resektion der Bauchspeicheldrüse — ein Erfolg „auf chirurgischem Neuland“.

8. Flatau hat ein Drahtgestell herstellen lassen (bei Paul Walb, Nürnberg), über das die Handschuhe im Dampfsterilisator gezogen werden, um auch ihre Innenfläche sicher zu sterilisieren, und auf dem sie nach dem Gebrauch auch getrocknet werden können.

9. In Hamburg-Eppendorf wird bei diffuser eitriger Peritonitis nach Versorgung der Durchbruchstelle, also in der Mehrzahl der Fälle nach Entfernung des durchgebrochenen Wurmfortsatzes, die ganze Bauchhöhle ausgiebig mit Kochsalzlösung durchgespült, bis die Lösung klar abläuft. Die Spülung geschieht mit eingeführtem Schlauch von der Wunde aus; Auspacken der Därme wird vermieden, aber alle Verklebungen und Verwachsungen zwischen den Därmen werden absichtlich gelöst. Die Flüssigkeit wird nicht ausgetupft, sondern bleibt in der Bauchhöhle zurück. In den untersten Wundwinkel kommt ein starkes Glasrohr (bis $2^1/_2$ cm Lichtung) nach Dreesmann, das unten geschlossen ist, um das Anbacken der Därme zu verhüten, und am Boden und an den Seiten nur millimetergroße Löcher hat, durch die weder Netzzipfel noch Darmwandteile hereingesaugt werden können. Dieses Glasrohr wird mit Vioformgazestreifen gefüllt und im Laufe der nächsten Tage mit frischen Streifen beschickt. Deren Wechsel vollzieht sich ohne Schmerz, Blutung und Vorfallsgefahr dank dem Schutz des Glasdrains, das seinerseits allmählich durch dünnere Drains leicht ersetzt werden kann, da es mit den Därmen nicht verklebt. Die Wunde selbst wird zur Wiederherstellung des intraabdominellen Drucks, der Vorbedingung für richtiges Arbeiten der Drainage ist, bis auf den unteren Drainwinkel genau in Schichten vernäht und der Kranke in den nächsten Tagen mit erhöhtem Kopfende gelagert, zum besseren Abfluß der Sekrete nach dem kleinen Becken.

Unter dieser Behandlung hat K. bei einer Beobachtungsreihe von 21 Fällen 2 Todesfälle und 19 Heilungen, ein ganz außerordentlich günstiges Ergebnis, da nach seiner Angabe alle Fälle diffuse eitrige Bauchfellentzündungen sind. Die geschilderte Behandlung ist in ihren Grundzügen heute wohl überall anerkannt, besonders die genaue Naht im Gegensatz zur früheren „breiten“ offenen Tamponade; auch scheint die Kochsalzspülung bei sicher diffusen allgemeinen Peritonitiden immer mehr Anhänger zu gewinnen. Eine bedenkliche Maßnahme bleibt aber nach Ansicht des Ref. das grundsätzliche Trennen aller frischen Verwachsungen, deren Vorhandensein ja gerade vermuten läßt, daß die Buchten und Nischen der Bauchhöhle dahinter noch unberührt sein können. — Bemerkenswert ist, angesichts des kürzlich mit so einmütiger Ablehnung empfangenen Vorschlags von Sonnenburg, „leichte“ Appendizitisfälle mit Rizinusöl zu behandeln, ein Fall aus K's. Statistik, wo die Perforation bei einem Jungen von 13 Jahren mit Sicherheit auf das kurz zuvor von den Eltern gegebene Rizinusöl zurückzuführen ist.

10. Der Oesophaguskrebs ist mit den alten Untersuchungsmethoden, vor allem mit der Sonde, meist hinreichend früh festzustellen, der Krebs der Kardia dagegen in seinem Frühstadium durchaus nicht immer. Hier ist also die Oesophagoskopie am Platze und gestattet eine Frühdiagnose, die kein anderes Verfahren ermöglicht; beim Krebs der Speiseröhre dagegen liegt, wie Elsner mit hörbarem Vorwurf bemerkt, im allgemeinen keine Veranlassung dazu vor, das Oesophagoskop einzuführen. Er könnte noch hinzufügen, daß diese Einführung zumal bei vorhandenem Krebs keinen ganz gleichgültigen Eingriff darstellt. Trotzdem ist seine Ablehnung zu weitgehend, denn auch hinter dem scheinbar eindeutigen Sondenbefund kann sich irgendein anderes Leiden, eine Striktur, ein Divertikel verstecken, das nur das Oesophagoskop aufzudecken vermag. In solchen Fällen ist das Ergebnis der ösophagoskopischen Untersuchung nicht nur für die Erkennung, sondern auch für die Behandlung des Leidens von größtem Werte, was man von den Kardiakrebsen nicht sagen kann, die vorläufig noch, wenn auch zeitig durch den Tubus gesehen, trotz manch kühnem Operationsversuch für chirurgische Hilfe unzugänglich sind.

11. Nach wiederholten Versuchen kommt die Schumburgsche außerordentlich einfache Händedesinfektion (Alkohol rektifikat. oder sogar Brennspiritus mit ${}^1/_2$% Salpetersäure oder 1% Formalin; Waschung höchstens drei Minuten mit Wattebäuschen ohne Bürste) in ihren Ergebnissen den alten Methoden, die Bürste mit heißem Wasser und Seife erfordern, zum mindesten gleich, schont aber die Hände mehr und spart Zeit und Geld. Ein Desinfektionsmittel hinterherzuschicken, ist nach Schumburg nicht nötig; wenn er für Liebhaber der Antiseptik statt des Sublimats 10% (!) H_2O_2-Lösung empfiehlt, so fällt allerdings die Billigkeit des Verfahrens fort; auch kann Ref. nach eigener Erfahrung Wasserstoffsuperoxyd in dieser Stärke nicht gerade schonend für die Hände finden.

Das Verfahren an sich hingegen, ohne die von Sch. ausdrücklich als überflüssig bezeichnete Nachprozedur, ist als außerordentlich zweckmäßig und einfach zu bezeichnen.

Krankenpflege.

Referent: Dr. **W. B. Müller**, Berlin.

1. **Die „Kriegssanitätsordnung“ vom 27. Januar 1907 nebst der „Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege“ vom 12. März 1907.** Von Herm. Cramer. Zeitschr. f. Krankenpfl., 1908, Nr. 1.

2. **Ein Beitrag zur Frage über die Bekämpfung der venerischen Krankheiten.** Von A. J. Grünfeld. Ibidem.

1. Am 27. Januar 1907 wurde eine neue vom Kaiser genehmigte Kriegssanitätsordnung herausgegeben, welche an Stelle der von 1878 und des 1902 gesondert herausgegebenen Teiles VI über die freiwillige Krankenpflege tritt. Dieselbe stellt nicht erst im Feldzuge, sondern gerade schon im Frieden die Basis der zur Unterstützung und Ergänzung des Sanitätsdienstes im Kriege bestimmten Tätigkeit der freiwilligen Sanitätskolonnen dar. Die Abweichungen von der bisherigen und vor allem von deren früherem Teil VI in der neuen Kriegssanitätsordnung und vor allem auch in der im Zusammenhange zwar mit dieser, aber doch gesondert herausgegebenen Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege vom 12. März 1907 werden vom Verfasser in der vorliegenden Abhandlung erörtert. Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Punkte ist in einem kurzen Referat nicht möglich. Nachdem Verf. die Tätigkeit der freiwilligen Krankenpflege im Feldzuge etc. erörtert hat, kommt er noch auf die Abschnitte der Kriegssanitätsordnung vom Gesundheitsdienste und vom Krankendienste im Kriege zu sprechen, sowie über die Abschnitte von der Vernichtung der Ansteckungsstoffe und den Wortlaut des neuen Genfer Abkommens vom 6. Juli 1906. Die „Kriegssanitätsordnung“ und die „Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege“ geben in überaus klarer Form eine Menge neuer Anregungen und Gesichtspunkte, denen nachzugehen und deren Anforderungen gründlich zu erfüllen eine wirklich befriedigende Aufgabe für den Tätigkeitsdrang der freiwilligen Krankenpfleger im Feldzuge wie im Frieden ist. Man ersieht im allgemeinen aus den neuen Bestimmungen, daß der freiwilligen Krankenpflege von der Heeresleitung eine bei weitem bessere Stellung eingeräumt wird und man sie nicht mehr als lästiges Anhängsel betrachtet, sondern mit ihr als einem wichtigen Hilfsmittel und einem wertvollen Freunde rechnet und ihre Tätigkeit und Leistung in gerechter Abwägung ihres Wertes hoch zu schätzen versteht.

2. Als Fortsetzung aus der vorigen Nummer (cf. Nr. 7, S. 112) bringt Verf. zunächst einen Vergleich der Frequenz des Ambulatoriums in den letzten drei Jahren, aus welchem die enorme Zunahme der Zahl der Patienten ersichtlich ist. Es erwiesen sich die vorhandenen Räumlichkeiten sehr bald als viel zu eng und unzureichend, so daß man an einen Neubau herangehen mußte. Als aber dann ein Teil des Krankenhauses in das neue Gebäude auf der Slobodka Romanowska überführt wurde, fand sich auch für das Ambulatorium ein passenderer Raum, welchen es noch jetzt inne hat. Durch diese Aenderung wurde ein sehr günstiger Einfluß auf die Frequenz ausgeübt, so daß die Zahl der Kranken im Jahre 1906 auf 23913 stieg. Es mußte ein zweiter Ambulanzarzt angestellt werden. Nunmehr machte sich wiederum eine Aenderung in den Räumlichkeiten notwendig, da für die Untersuchung und Behandlung der Kranken ganz unzureichende Zimmer vorhanden waren. So erreichte Verf. einen Umbau des Ambulatoriums nach seinen eigenen Angaben und Wünschen. Es wurden ausreichende Warteraume mit Bänken an den Wänden geschaffen und ein Zimmer für die ärztliche Untersuchung, in welchem die Patienten zunächst von einem Diener in das Journal eingetragen und dann zum Arzte gewiesen werden. Nun kommt der Kranke in das helle und geräumige Untersuchungszimmer. Neben diesem Zimmer sind sechs Kabinen zum Entkleiden der Patienten. In diesen Kabinen entledigen sich die Kranken der Oberkleider und des Hemdes, behalten aber die Hose und Stiefel an und treten so entkleidet wieder in den Hauptraum an den Tisch des Arztes, welcher nun die Krankengeschichte aufnimmt und notiert. Der Kranke wird hier soweit als möglich untersucht und erhält den Heilplan und entsprechende Instruktion über sein Leiden. Da die große Zunahme der Kranken enorme Anforderungen an den Arzt stellten, die nur bis zu einem gewissen Grade von einem Arzte erfüllt werden konnten, so machte es sich nötig, daß mehrere Aerzte daselbst tätig waren, so waren in den letzten Jahren meist vier Herren daselbst beschäftigt. Trotz dieser Arbeitsteilung war es nicht immer möglich, den Kranken detaillierte Instruktionen über ihre Leiden zu geben, vor allem die Mittel und Wege der Verhütung der Weiterverbreitung und Infektion selbst zu nennen, da die große Zahl der Kranken eingehende Einzelvorträge verbot. Es wurden deshalb Flugblätter gedruckt, auf denen die Patienten all die nötigen Aufklärungen fanden. Die Aushändigung solcher gedruckter Instruktionen hat sich sehr bewährt und erleichtert den Betrieb eines solchen Ambulatoriums ganz enorm. — Eine Reihe guter Abbildungen sind dem Texte beigegeben und zeigen die einzelnen Zimmer und deren Einrichtung.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ein neues Asthmainhalations-Zerstäubungsmittel.** Von Dr. Friedmann-München.

2. **Ueber einige praktische Erfahrungen mit „Phytin“, speziell bei sexueller Schwäche.** Von Dr. Peters. Allg. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 9.

3. **Bromatol, Bromothymin und Bromotussin.** Von Dr. Linke. Therap. Neuigk., 1908, April.

4. **Klinische Erfahrungen über Leziferrin, ein neues Eisenpräparat.** Von Dr. Kabisch. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 8.

5. **Pharmakologische Untersuchungen mit Atoxyl.** Von Dr. Croner und Seligmann, und

Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz. Von Dr. Blumenthal. Med. Klinik, 1908, Nr. 17.

6. **Zur Anwendung der Emetika.** Von Dr. Bachem. Ibidem, Nr. 17.

7. **Beiträge zur Formaminttherapie.** Von Dr. Schöppler. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 16.

1. Unter allen Asthmamitteln zum Inhalieren standen bisher ohne Zweifel Tucker und Vixol obenan. Da beide Mittel horrend teuer und für das Gros der Asthmatiker unerschwinglich sind, ist es selbstverständlich, daß Chemiker und Aerzte sich alle Mühe gaben, die chemische Zusammensetzung des Tuckermittels und seine einzelnen Bestandteile zu finden.

Jeder Bericht, der uns diesem Ziele näher bringt, ist deshalb mit Freuden zu begrüßen, und wir lassen deshalb einen Artikel von Dr. Friedmann über ein neues Asthmainhalations-Zerstäubungsmittel möglichst unverkürzt folgen.

Um auch Minderbemittelten den Genuß und die Wohltat dieser in der Tat ganz hervorragenden Erleichterung durch obengenannte Mittel zu verschaffen, hat Professor Einhorn in verschiedenen Veröffentlichungen die Resultate seiner Untersuchungen angegeben und mitgeteilt, daß es ihm gelungen sei, das Tuckermittel genau zu analysieren.

Wenn auch die Einhornschen Angaben hinsichtlich der Nitrite des Kokains und des Atropins der Wirklichkeit entsprechen, scheint es ihm doch nicht völlig gelungen zu sein, den Hauptbestandteil, der die spezifische Wirkung des Tucker bedingt, zu erkennen. Verschiedentlich von F. mit der Einhornschen Zusammensetzung angestellte Versuche ergaben, daß sie bei bestimmten Fällen von Asthma nur leichteren Grades recht prompt wirkt; bei schweren und speziell chronischen Fällen bleibt sie sehr häufig weit hinter Tucker zurück.

Um einen Vergleich über die Wirksamkeit der Nitrite von Kokain und Atropin gegenüber den schwefel- und salzsauren Salzen dieser Alkaloide zu haben, ließ F. Asthmakranke beide Mischungen in derselben Konzentration abwechselnd benützen.

Sämtliche Patienten machten die Wahrnehmung, daß die eine Lösung (es war die mit salzsaurem Kokain und schwefelsaurem Atropin) ein unangenehmes Schwindelgefühl und Kopfsausen mache; im übrigen konnten sie in der Wirkung keinen weiteren Unterschied bemerken; bei leichtem Asthma hatten beide Lösungen Erfolg, bei schwerem Asthma versagten beide. Es kann also mit Sicherheit gesagt werden, daß die Nitrite nicht das Spezifikum des Tucker sind, da die entsprechende Wirkung ausbleibt, dagegen sind die Nitrite des Kokains und Atropins ungiftiger, d. h. sie wirken weniger toxisch als die gewöhnlichen Salze der beiden Alkaloide, eine erhöhte antispasmodische Wirkung den Nitriten dagegen zuzuschreiben, scheint F. nach seinen Befunden sehr fraglich.

Durch eine Reihe von Untersuchungen ist es Apotheker Schoellkopf, München, gelungen, die Hauptsubstanz des Tuckers, welche auch die charakteristische Färbung gibt, zu finden. Seine Zusammensetzung ist folgende:

Rp. Kokain. nitr. 1,0,
Atropin. nitr. 0,5,
Extr. Bellad. 0,3,
Tinkt. Lobeliae 3,0,
Extr. spasmodic. 0,2,
Extr. Glanduloren. 0,06,
Glyzerin.,
Aq. sterilisat. ana ad 100,0.

Eine große Anzahl von Versuchen bei Patienten, speziell bei Patienten, die seit Jahren das Tuckermittel benutzten, ergab, daß zwischen der Apotheker Schoellkopfschen und der Tuckerschen Lösung absolut kein Unterschied zu finden sei. Im Gegenteil gaben die Patienten der Schoellkopfschen Zusammensetzung, der noch ein Styptikum, nämlich das Extrakt der südamerikanischen Pflanze Glandulorenale beigefügt ist, einen bedeutenden Vorzug.

Von einigen Seiten ist zwar die kurative Wirkung des Schoellkopfschen Mittels geleugnet; sie ist aber nach F. wenn nicht in allen, so doch in den meisten Fällen vorhanden. Als wirksames Prinzip kommen die von allen Untersuchern konstatierten, aber nicht näher definierten pflanzlichen Extraktivstoffe in Betracht. Die kurative Wirkung ist nur an die Extraktivstoffe gebunden und kann deshalb auch nicht mit den Salzen des Kokain und Atropin allein, welche jene Untersucher bei ihren Versuchen benutzten, erreicht werden. F. möchte die Wirkung dieser Extraktivstoffe bei Asthma mit der Wirkung der Bromsalze bei Epilepsie vergleichen, indem beide die Uebererregbarkeit der Krampfzentren bei längerem Gebrauch dauernd herabsetzen. Es handelt sich hier um die auch anderweitig in der Pharmakologie zutage tretende Erscheinung, daß kombinierte kleinere Dosen verschiedener Stoffe aus derselben Gruppe intensiver wirken als eine größere nur eines Arzneimittels. Durch Zusatz eines Styptikums im Verein mit diesen Alkaloiden gelang es, eine Inhalationsflüssigkeit zu gewinnen, die auch bei schwerstem Bronchialasthma im Gegensatz zu den bisher gebräuchlichen Mitteln eine zuverlässige Wirkung und dem Tucker sich überlegen zeigt.

F. empfiehlt als ultimum refugium bei schwerstem Bronchialasthma das neue Mittel, das nebst Oelzerstäubern im chemisch-pharmazeut. Laboratorium „Bavaria“, Apotheker Schoellkopf in München X, zu haben ist.

2. Die günstige Wirkung des Phosphorpräparates Phytin bei Chlorose und Anämie, bei Tuberkulose und Skrofulose, bei Rekonvaleszenz nach akuten Krankheiten, bei Rhachitis, Osteomalazie, Pädatrophie, Neurasthenie, Hysterie und anderen Krankheiten des Nervensystems ist so vielseitig anerkannt, daß es sich erübrigt, darüber zu berichten. Neu dürfte aber die Verwendung des Mittels bei sexueller Schwäche sein, wie sie jetzt von Peters empfohlen wird. Dieser Autor veröffentlicht mehrere Fälle von Impotentia coeundi und mangelnder Libido sexualis, bei denen eine günstige Einwirkung des Mittels unverkennbar ist. Danach dürfte in derartigen Fällen eine innerliche Verabreichung von Phytin neben hydrotherapeutischen und ähnlichen Maßnahmen nur zu empfehlen sein.

3. Ueber Bromatol, Bromothymin und Bromotussin berichtet L. in den „Therapeutischen Neuigkeiten“. Danach ist Bromatol eine 35 bis 40%ige Emulsion von Bromoform in Lebertran, und zwar derart, daß 1 ccm der Emulsion einem Tropfen Bromoform entspricht. Die Dosierung ist äußerst einfach: Man gibt Kindern bis zu einem Jahre dreimal täglich einen halben bis einen Teelöffel, von ein bis zwei Jahren einen Tee- bis einen halben Eßlöffel, über zwei Jahre einen Eßlöffel, Erwachsenen einen bis zwei Eßlöffel drei- bis viermal täglich. Das Mittel soll ein „Spezifikum“ gegen Keuchhusten sein. Als weitere Indikationen werden angegeben: Bronchitis, Katarrhe der oberen Luftwege nach Masern, Influenza usw. L. sah sich ein sehr elendes, zweijähriges Kind nach Verbrauch einer Originalflasche erholen; die schweren Anfälle bei Keuchhusten wurden durch Bromatol kupiert. Das Mittel ist aber recht teuer.

Dem Bromatol gegenüber bedeutet das nächste Präparat, das Bromothymin, entschieden schon durch seine Billigkeit (eine Originalpackung = 1,50 M.) einen Vorzug. Aber es zeichnet sich auch dadurch günstig aus, daß auf der Verpackung nichts von einem „Spezifikum gegen Keuchhusten“ vermerkt ist, sondern daß nur der schlichte Vermerk gemacht ist: „Aerztlich empfohlen bei Keuchhusten, Asthma, Kehlkopf- und Bronchialkatarrh“. Das entspricht den Tatsachen und ist in der Literatur bezeugt. Denn nach Gebrauch dieses Mittels werden die Anfälle seltener, dauern kürzere Zeit und sind nicht weiter von Würg- und Brechreiz gefolgt. Wenn Bromothymin zeitig, z. B. bei Geschwistern, gegeben wird, ist es ein vortreffliches Prophylaktikum. Man gibt den Kindern von dem Mittel, einer Komposition von Bromoform und Sir. Thymi compos., vier bis acht Kaffeelöffel.

Ueber Bromotussin spricht sich L. recht abfällig aus; vor allem hält er den Preis des Mittels für viel zu hoch (10 M.). Der Erfinder des neuen Präparates, Dr. Schottin, beruft sich darauf, daß es in kleinen Orten schwer sei, reines Brom zu erhalten, und daß er deshalb das neue Mittel habe herstellen lassen.

Man muß aber den Ausführungen Bruhns beipflichten, daß eine Apotheke auf dem Lande sich lieber ein Kilo Bromum solidificatum, das Schottin gelegentlich seiner Versuche mit Bromdämpfen vorerst angewendet hatte, für 12 M. auf Lager hält, als eine einzige Dosis der Spezialität Bromotussin à 10 M. Denn daran kann er weniger verdienen; mit dem ersten kann er aber eine ganze Anzahl Menschen glücklich machen, und er wird gern das Risiko tragen, daß durch Verdunsten ihm ein Teil Brom verloren geht. Uebrigens erinnert L. daran, daß auch schon 1888 gegen Kroup und Larynxstenose Bromdämpfe angewendet worden sind. (Vergl. d. Wochenschr. Nr. 11, S. 176 u. Nr. 14, S. 232.)

4. K. berichtet über seine Erfahrungen mit Leziferrin, einem neuen Eisenpräparat, das er bei einigen vierzig Fällen angewendet hat. Dasselbe enthält 0,5% Lezithin als Ovolezithin und 0,6% frisch gefälltes Eisenoxydhydrat, gebunden an Zucker, sowie Geschmackskorrigentien. Der Geschmack ist ein angenehm süßlicher, so daß das Präparat gern genommen wird. Selbst von Personen mit geschwächtem Magen wurde das Mittel gut vertragen. Nach kürzerer oder längerer Zeit wurde der Appetit gebessert, das Allgemeinbefinden hob sich, die Gesichtsfarbe des Kranken wurde eine bessere. Mit der Besserung des Gesamtbefindens besserten sich auch die Beschwerden. K. gab dreimal täglich ein Likörglas voll für Erwachsene, dreimal täglich einen Teelöffel voll für Kinder. Auf Grund seiner zufriedenstellenden Resultate empfiehlt K. das Leziferrin zu weiterer Prüfung.

5. In Nr. 17 der „Medizinischen Klinik" veröffentlichen C. und S. ihre pharmakologischen Untersuchungen mit Atoxyl. In einer früheren Veröffentlichung hatten sie festgestellt, daß bei Menschen und Hunden nach subkutaner Injektion des Atoxyls dieses nach einmaliger Einverleibung innerhalb 24 Stunden den Körper auf dem Nierenwege verläßt. Nach wiederholten Injektionen erstreckt sich die Ausscheidung auf einen längeren Zeitraum, ferner tritt auch im Kot das Arsen auf. Diese Ergebnisse standen im Widerspruch zu den Versuchen von Blumenthal, welcher fand, daß bei der Anwendung von für Kaninchen ungiftigen Dosen von Atoxyl das Arsen erst nach 30 Stunden nachweisbar ist. Um festzustellen, ob etwa die Verschiedenheit der Versuchstiere die verschiedenen Ergebnisse bedinge, prüfte Blumenthal in Gemeinschaft mit Jacoby seine Versuche nach; beide Autoren kamen aber wiederum zu dem Resultat, daß bei Kaninchen nach einmaliger Einspritzung von Atoxyl die Arsenausscheidung mehrere Tage währte. Nach der Auffassung C.s und S.s sind auch diese Untersuchungen nicht eindeutig, weil Blumenthal und Jacoby nicht pharmakologische, also therapeutisch anwendbare Dosen benutzten, sondern toxikologische. Um nun auch für das Kaninchen den Ausscheidungsmechanismus des Atoxyls klar zu legen, nahmen die beiden Verfasser wiederum eine Reihe von Versuchen vor, über die sie ausführlich Bericht erstatten. Danach ist auch beim Kaninchen, genau wie bei Mensch und Hund, nach einmaliger Injektion von 0,1 Atoxyl die Arsenausscheidung durch den Urin nach 24 Stunden so gut wie beendet. Dagegen scheidet es im Gegensatz zum Menschen und Hunde noch längere Zeit hindurch Arsen im Kot aus. Bei längerer Atoxyldarreichung ist beim Kaninchen auch die Arsenausscheidung durch den Urin eine protrahierte.

Zu dem vorstehenden Aufsatz macht Blumenthal folgende Bemerkungen: Er hat in Gemeinschaft mit Jacoby die Versuche von Croner und Seligmann nachgeprüft und nach Einspritzung von 0,1 g Atoxyl bei Kaninchen gefunden, daß die Arsenausscheidung nach 24 Stunden nicht beendet ist, vielmehr tagelang anhält. Dieser auffällige Unterschied der Resultate ist nach Blumenthal vielleicht durch die verschiedene Ausführung des Arsennachweises zu erklären, und es ist möglich, daß die Methodik von Croner und Seligmann Schuld daran trägt, wenn sie zu anderen Ergebnissen als B. gekommen sind. B. hat nämlich bei einem Versuche, am vierten Tage, bei dem gleichen Urin, bei dem nach der Angabe von Salkowski (Berlin klin. Wochenschr., 1908, Nr. 4) angestellten Arsennachweis ein positives Ergebnis, bei der anderen Urinhälfte nach der von Croner und Seligmann angewandten Methode aber ein völlig negatives Resultat erzielt.

6. In einem sehr interessanten Aufsatze bespricht B. einige Emetika und ihre Anwendung. Trotzdem es der pharmakologischen Chemie gelungen ist, aus der Radix Ipekakuanha die wirksamen Substanzen, die Alkaloide Emetin und Zephaelin, zu isolieren, wenden die meisten praktischen Aerzte die Droge an, sei es als Pulvis rad. Ipekak., oder als Vinum oder Tinktura Ipekakuanhae, oder endlich als schwaches Infus, je nachdem sie ihre Wirkung als Emetikum oder als Expektorans wünschen. Um nun für längere Zeit einen größeren Vorrat an Ipekakuanhainfus zu besitzen, wird in den meisten Apotheken ein fertiges, konzentriertes (1 : 10 oder 1 : 20) Infus vorrätig gehalten, das nach Bedarf resp. Vorschrift verdünnt wird. Dieses konzentrierte Infus, oder wie es öfter signiert wird, Tinktura Ipekakuanhae aquosa, wird alle 10 bis 14 Tage erneuert. Dagegen ist nichts einzuwenden, falls das Infus nicht über die angegebene Zeit hinaus aufbewahrt wird. B. hat nun eine Reihe von sehr interessanten Versuchen an Hunden angestellt, und zwar mit frischem und altem Ipekakuanhainfus, mit Tinktura und Vinum Ipekakuanhae, mit den von der Firma Merck hergestellten Alkaloiden Emetin und Zephaelin, mit und ohne Alkoholzusatz, mit Brechweinstein, ebenfalls mit und ohne Alkoholzusatz, ferner mit Apomorphin, das er per os und subkutan gab. Bei der letztern Darreichung studierte er die Wirkung bei gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin. Die Gesamtergebnisse seiner Arbeit faßt B. dahin zusammen: Die in den Apotheken vorrätig gehaltenen konzentrierten Ipekakuanhainfuse sind therapeutisch zulässig, falls sie nicht älter als 14 Tage sind. Galenische Ipekakuanhazubereitungen mit hohem Alkoholgehalt wirken auf den Brechakt verzögernd. Beim Emetin (+ Alkohol) ist dies nur in geringem Grade der Fall, beim Zephaelin gar nicht. Die Ursache hierfür liegt darin, daß die genannten Alkaloide zu starke Reizmittel für den Magen sind, gegenüber denen der Alkohol zu schwach lokalanästhetisch wirkt. Dieser verzögert gleichfalls die Wirkung des Brechweinsteins, aber nicht die des Apomorphins. Eine leichte lokale Anästhesie der Magenwand durch den Alkohol scheint die Ursache der verzögerten Brechwirkung zu sein. Adrenalin — auch das synthetische — verzögert die Brechwirkung des Apomorphins sehr erheblich.

7. In mehr als 80 Fällen, sowohl im Revierdienst als auch im Lazarett, hat Sch. Formaminttabletten nehmen lassen, und zwar hauptsächlich bei Angina katarrhalis und lakunaris. Meist gab er aber nur vier bis sechs Stück, im Gegensatz zu vielen Praktikern, die sechs bis acht bis zehn Stück täglich verordnen. Als wesentlich betont Sch., daß die Tabletten nicht zerkaut werden, sondern daß die Kranken sie im Munde zergehen lassen. Nach seinen Beobachtungen verschwanden die Beschwerden bei Angina katarrhalis schon nach ein bis zwei Stunden, und nach Verlauf von ein bis zwei Tagen trat völlige Dienstfähigkeit ein (was — wie bekannt — auch ohne jede therapeutische Maßnahme oft zu beobachten ist. Ref.). Bei Angina lakunaris schwanden die Pfröpfe sehr bald, der bestehende Foetor ex ore wurde schon nach geringer Zeit nicht mehr wahrgenommen. Das Fieber soll nach 24 Stunden zurückgehen, die Schluckbeschwerden sehr bald aufhören. Bei Angina phlegmonosa hat auch Sch. eine günstige Wirkung der Formaminttabletten nicht bemerkt. Dagegen sah er gute Erfolge bei Verletzungen der Lippen, Wangen, des Zahnfleisches, der Kiefern und bei Stomatitis. Die desodorierende, durchaus ungiftige Wirkung des Formamints ist ja bekannt. Ebenso, daß es an Stelle von Gurgelwässern und als Prophylaktikum mit Vorteil verwandt werden kann. Wenn aber Sch. eine durch die Blutbahn gegebene toxinhemmende Eigenschaft (Fernwirkung) annimmt, so dürfte dies doch zu weit gegangen sein.

Technische Neuerscheinungen.

Eine transportable Operationslampe.

Von Dr. **M. Magnus**, Düsseldorf.

Für denjenigen Arzt, welcher nicht das Glück hat, über eine eigene Klinik mit ihrer zweckmäßig und vollständig zusammengestellten Ausrüstung zu verfügen, ergeben sich oft mancherlei Schwierigkeiten bei der Unterbringung und Behandlung seiner Patienten, von denen der Krankenhausarzt nichts weiß. Diese Schwierigkeiten häufen sich, wenn es sich um operative Fälle handelt, und können ungeahnte Dimensionen annehmen, wenn zu dem operativen Eingriffe eine künstliche Beleuchtung notwendig ist. Wer noch niemals einer Ohraufmeißelung beigewohnt hat, bei der als Spenderin des Lichtes eine die Luft im Operationszimmer nicht eben verbessernde Petroleumlampe verwandt wurde, als deren lebendes Stativ während einer halben Stunde und länger eine opferwillige, aber doch leider nicht unbewegliche Krankenschwester fungierte, der weiß es nicht, was es zuweilen für eine Kunst ist, bei künstlichem Lichte zu operieren. Die technischen Schwierigkeiten der Operation verdoppeln und verdreifachen sich oft bei solcher Beleuchtung. Doch ganz abgesehen von der Petroleumlampe und ähnlichen für operative Zwecke mehr oder minder geeigneten primitiven Notbehelfen, auch die übrigen im Gebrauche befindlichen sogenannten Operationslampen entsprechen nicht allen wünschenswerten Anforderungen. Die zur direkten Beleuchtung verwandten elektrischen Stirnlampen sind zwar transportabel, es bedarf aber der Einschaltung eines Widerstandes zu ihrer Benutzung. Sie sind deswegen nicht überall zu gebrauchen. Zudem ist ihr Preis ein relativ hoher, der dadurch, daß die Lämpchen oft durchbrennen — eine fatale Störung während der Operation — noch eine Steigerung erfährt. Zur Beleuchtung mit reflektiertem Lichte hat man Lampen für elektrisches Licht, für Gas, Petroleum etc., welche auf einer besonderen, mit ihnen nicht verbundenen Unterlage stehen, oder welche an einem mehr oder minder schweren Stativ, in der Höhe verstellbar, befestigt sind. Diesen Lampen haftet, abgesehen von dem ebenfalls hohen Preise, noch der Nachteil an, daß sie nur schwer transportabel sind und jedenfalls vom Arzte nicht überallhin mitgenommen werden können.

Meine Absicht war es, eine Lampe zusammenzustellen, welche ich mit meinem Instrumentarium zu Operationen ins Krankenhaus mitnehmen könnte, welche auch für Untersuchungen bettlägeriger Patienten im Krankenzimmer geeignet wäre. Außerdem stände mir dann auch für Operationen in verschiedenen Krankenhäusern stets die gleiche Lichtquelle zur Verfügung, ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Die neue Lampe mußte also in irgendeiner Weise zusammenlegbar sein, sie durfte nicht zu große Dimensionen und ein zu großes Gewicht haben. Endlich durfte sie nicht zu teuer sein, um mit den bisher gebräuchlichen Lampen konkurrieren zu können. Daneben durfte sie die Vorteile derselben nicht vermissen lassen. Ich glaube nun mein Ziel erreicht zu haben mit einer Lampe, die etwa 1 kg schwer, zusammengelegt ca. 60 bis 70 cm lang ist und etwa 15 bis 20 M. inkl. Futteral kosten wird. In dem Stativ, dessen Füße sich nach Art der zusammenlegbaren Notenpulte nach oben klappen lassen, ist das die abschraubbare elektr. Birne tragende Rohr verschiebbar angebracht. Die Leitungsschnur geht durch dieses Innenrohr hindurch und endigt in ca. 4 m Länge in einem Steckkontakt. Die Lampe hat also den Vorteil, daß sie verstellbar in einem zusammenlegbaren Stativ angebracht ist, so daß sie leicht transportabel ist und im Bedarfsfall vom Arzte überall dort gebraucht werden kann, wo Hauselektrizität vorhanden ist. Das wird aber in modernen Krankenhäusern und Kliniken stets der Fall sein.

Bücherbesprechungen.

Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. Von Dr. H. Rohleder, Spezialarzt für sexuelle Erkrankungen in Leipzig. Zweite verbesserte, vermehrte und gänzlich umgearbeitete Auflage. Berlin 1907. Fischers mediz. Buchhandlung H. Kornfeld. 2 Bände.

„Die ganze Stellung des Arztes bietet keine angenehmere, keine zufriedenstellendere Seite als die, daß sein Wissen das Sexualleben, die ‚Grundbedingungen der Familie‘ beherrscht.“ Dieses Wort von Seved Ribbing, das der bekannte Leipziger Autor seinem Werke als Motto vorsetzt, dürfte jeder Arzt gern unterschreiben, wenn sich nur jeder einer eingehenden Kenntnis des Sexuallebens bewußt wäre und sich ein Urteil, einen Rat zutrauen dürfte. Leider ist die Erkenntnis, die ein jeder (hoffentlich) an sich selbst verspürt oder doch wenigstens durch Beobachtung des Weltgetriebes erwerben kann, nämlich, daß das sexuelle Moment der Angelpunkt ist, um den sich alles dreht, in ihrer Bedeutung für die Ausbildung des Mediziners und die Tätigkeit des Arztes noch immer unterschätzt worden, so daß in der Tat der größte Teil der prädestinierten Berater der Familien mit nicht viel mehr Ahnung von der vita sexualis ausgerüstet ist wie etwa ein gleichalteriger Laie — ja ich fürchte, die Laien übertreffen vielfach hierin den Arzt. Ich halte es für die Pflicht des Arztes, in sexuellen Fragen ebenso unterrichtet zu sein wie in anderen Disziplinen seiner Wissenschaft und Praxis, und kann zum Studium dringend Rohleders Werk empfehlen, das — wie kein zweites — in kurzer, präziser und doch umfassender wissenschaftlicher Darstellung sämtliche Gebiete des Sexuallebens dem ärztlichen Praktiker vor Augen führt. Mit den letzten Worten ist die Reichhaltigkeit des Rohlederschen Werkes genügend charakterisiert. — Es ist nicht möglich, an dieser Stelle näher auf einzelne Kapitel einzugehen und es mag genügen, die Lektüre dieses Standardwerkes jedem Arzte dringend ans Herz gelegt zu haben.

Lungwitz.

ALLGEMEINES.

Bekanntmachung. Das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrollnummer 921 aus den Höchster Farbwerken und den Kontrollnummern 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 150, 152, 154 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 4. April 1908.

Der Polizei-Präsident.
I. A.: Lewald.

Patent-Nachrichten.

Patenterteilungen.

30d. 316 089. Schutzhülse gegen Uebertragung von Geschlechtskrankheiten, mit auf dem vorderen Teile andersartiger Färbung als auf dem hinteren. The Radium Rubber Co. m. b. H., Dellbrück b. Cöln a. Rh. 7. 8. 07. R. 19 757.

30e. 315 814. In Betten für Kranke die Anordnung einer durch Schnüre beweglichen Fußstütze, welche nach entsprechender Anpassung befestigt wird. Max Trennert, Braunschweig, Hildesheimerstr. 25. 23. 7. 07. T. 8694.

30d. 315 801. Schutzverband mit Druckknopfvorrichtung. Josef Mittwich, Mainz, Bonifaciusstr. 26. 24. 6. 07. M. 24 516.

30d. 316 088. Schutzhülse gegen Uebertragung von Geschlechtskrankheiten, mit auf dem vorderen Teile andersartiger Färbung als auf dem hinteren. The Radium Rubber Co. m. b. H., Dellbrück b. Cöln a. Rh. 7. 8. 07. R. 19 756.

30f. 315 827. Mehrteilige Haarpflege- und Kopfmassagevorrichtung mit federndem Flüssigkeitsbehälter als Druckball. Muhr & Co., Elberfeld. 9. 8. 07. M. 24 820.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen**, Berlin. **C. A. Ewald**, Berlin. **P. Gerber**, Königsberg. **R. Kobert**, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S. **H. Senator**, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. **M. Mosse**, Berlin. **K. Partsch**, Breslau. **H. Rosin**, Berlin. **H. Schlange**, Hannover.
R. Sommer, Gießen. **H. Unverricht**, Magdeburg. **O. Vulpius**, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung**
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 24. Mai 1908. **Nr. 21.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Operationslose Behandlung der „Drüsen".

Von Dr. **F. Krause**, Spezialarzt für Lungen- und Halsleiden, Hannover.

Eine überaus häufige Erscheinungsform der Tuberkulose ist die Tuberkulose der Lymphdrüsen, die „Drüsen" schlechtweg, die ja sogar im Kindesalter als einzige oder doch wichtigste und ins Auge fallendste Aeußerung der stattgehabten tuberkulösen Ansteckung erscheinen. Ist nun schon das Bestehen dieser tuberkulösen Herde in den Drüsen, von denen aus eine Allgemeininfektion des Körpers oder einzelner Körperteile wie Lungen, Gehirnhäute etc. erfolgen kann, keineswegs gleichgültig, so fürchten viele doch noch mehr als diese Gesundheit und Leben bedrohenden Folgezustände unter Umständen die „kosmetischen" Folgen: die dicken, zumal am Hals sichtbaren, entstellenden Drüsenpakete, durch deren teilweise Erweichung, Vereiterung und Durchbruch nach außen dann tiefgehende, schwer und langsam heilende, häßliche, dauernde Narben zurücklassende Geschwüre entstehen, wenn nicht durch rechtzeitiges operatives Eingreifen diesem Gewebszerfall vorgebeugt wird. Doch auch diese chirurgische Behandlung zeitigt keineswegs ideale Erfolge: wohl jeder weiß, wie oft nach diesen Drüsenoperationen große, zeitlebens sichtbare Narben, ja sogar Atrophien und Lähmungen großer Muskelgruppen mit dauernder Bewegungsbeschränkung oder Schwächung der betreffenden Körperteile zurückbleiben. Gewiß ist eine große Zahl der Drüsenerkrankungen eine gutartige, indem der Körper ohne äußere Unterstützung Herr der stattgehabten Infektion wird, oder indem gesundheitsgemäße Lebensweise, kräftigende Diät, Darreichung von Lebertran und anderen leicht verdaulichen Fetten event. in Verbindung mit vorsichtiger Anwendung von Jodpräparaten und anderen Medikamenten zum allmählichen Schwinden der Schwellungen führt; meistens aber wird eine energischere, eingreifende Behandlung erforderlich sein, um die Lymphdrüsentuberkulose zu beseitigen, und da war bisher der chirurgische Eingriff das beste, wenn nicht einzige, Erfolg versprechende Mittel, obgleich auch mit dem Messer nicht immer mit Sicherheit eine vollständige Ausräumung alles Erkrankten möglich war und häufig noch zurückbleibende Fisteln etc. eine monatelange, für alle Beteiligten lästige Nachbehandlung nötig machten.

Als nun in neuerer Zeit, nachdem der durch die teilweise üblen Erfahrungen der ersten 90er Jahre erzeugte „Tuberkulinschrecken" allmählich wieder überwunden war, der günstige Einfluß der verschiedenen Tuberkelbazillenpräparate auf tuberkulöse Erkrankungen der Lungen fraglos festgestellt wurde, zeigte sich die Wirkung der spezifischen Behandlungsmethode ebenso bei den meisten andern tuberkulös erkrankten Körperteilen. Und nachdem die bei Lungen- und Kehlkopfkranken sowie bei den als Begleiterscheinung auftretenden Drüsenerkrankungen besonders mit Kochs Bazillen-Emulsion erzielten günstigen Erfolge in steigendem Maße mit Sicherheit konstatiert werden konnten, ging man auch dazu über, die „reinen" Drüsenerkrankungen, d. h. solche, bei denen entweder außer der Drüsentuberkulose gar keine Krankheitserscheinungen oder nur so unbedeutende aufzufinden waren, daß dieselben vollständig in den Hintergrund traten, ebenfalls mit der Bazillen-Emulsion zu behandeln, und zwar mit überraschendem Erfolge! Nicht allein kleine verhärtete Drüsen, sondern auch dicke, entstellende Drüsenpakete, ja sogar schmerzhafte, teilweise erweichte (in Eiterung übergehende) Drüsen, bei denen zum Teil die überdeckende Haut schon entzündlich gereizt war, erwiesen sich dieser Therapie zugänglich, und dasselbe war der Fall bei den Ueberbleibseln aufgebrochener oder operativ geöffneter, vereiterter Drüsen: die sezernierenden Wundflächen oder die so lästigen und hartnäckigen Fisteln erlangten plötzlich eine erstaunliche Tendenz zur Heilung und zur Bildung guter, wenig auffallender, relativ unsichtbarer Narben.

Die Anwendung der Bazillen-Emulsion geschieht nach zwei verschiedenen Methoden: durch Einspritzungen unter die Haut oder durch Einnahme keratinierter Kapseln (Phtysoremid), welche beide gleich gute Ergebnisse liefern.*) Die erste, ältere Darreichungsform hat den Vorteil der schnelleren, entschiedeneren Wirkung für sich, dafür ist sie allerdings in der Hand des nicht genügend Erfahrenen unter Umständen nicht ungefährlich und darf daher nur mit äußerster Vorsicht unter sorgfältigster ärztlicher, dauernder Beobachtung des Patienten ausgeführt werden; auch sind die an den Injektionsstellen auftretenden entzündlichen Reizungen, Schwellung, Rötung und leichte Schmerzhaftigkeit, für empfindliche Kranke lästig und erschweren die Durchführung der Behandlung ebenso, wie die Notwendigkeit der häufigen ärztlichen Besuche bezw. Konsultationen die Kur naturgemäß verteuert und für manchen auf die Dauer unerschwinglich gestaltet. Alle diese Uebelstände werden durch die zweite, innere Anwendungsform vermieden, denn dieselbe ist bequem, billig, ungefährlich und scheint deshalb die unbeschränkteste Möglichkeit, sich ihrer in allen Kreisen der Bevölkerung, auch der weniger bemittelten, zu bedienen, für die Zukunft zu bieten.

---

*) Ueber subkutane Anwendung siehe Nr. 52, 1905, der Münch med Wochenschrift, doch ist bei Drüsen nur die Hälfte der dort angegebenen Dosen anzuwenden. Ueber innere Darreichung siehe Heft 6, Band 10 der „Zeitschrift für Tuberkulose".

Zur Behandlung der Abszesse, Furunkel und Phlegmonen der Haut und des Unterhautzellgewebes.

Von Regimentsarzt Dr. **Maximilian Ottenfeld**, Prag.

Unter den Erkrankungen, welche dem Militärarzte gelegentlich der täglichen Krankenvisite zur Beobachtung gelangen, nehmen diejenigen der äußeren Bedeckungen, und zwar insbesondere Exkoriationen und tiefergehende Substanzverluste der Haut, in ihrer mannigfachen Erscheinungsform, ferner Abszesse, Furunkel und phlegmonöse Entzündungen sowohl ihrer Zahl nach, als was die Behandlungsdauer -- beziehungsweise die Zeit der Undienstbarkeit des betreffenden Mannes — anbelangt, wohl den ersten Platz ein.

Die Frequenz dieser Erkrankungen ist freilich auch starken Schwankungen ausgesetzt, die naturgemäß in innigem Zusammenhange stehen mit der Art der Beschäftigung, beziehungsweise mit der mehr oder minder großen Vertrautheit mit dem Dienste, wird also demzufolge zur Zeit der Einreihung der Rekruten — während der Zeit der Abrichtung — das Maximum erreichen.

Weitere Momente, die hier von ganz bedeutendem Einflusse sind, sind die prophylaktischen Maßnahmen betreffend Reinigung und Konservierung der Haut, insbesondere der Hände und Füße, Witterungseinflüsse (Hitze und Kälte) usw.

Um nun die Zahl der Erkrankungen der äußeren Bedeckungen möglichst einzuschränken, muß man erstlich daran gehen, durch Belehrung dahin zu wirken, daß in erster Linie die Reinhaltung der Haut ein unbedingtes Postulat ist, um der Bildung von Abszessen, eitrigen Geschwüren usf. vorzubeugen, und auch weiterhin darauf hinweisen, daß derartige Erkrankungen durchaus nicht gleichgültiger Natur sind, daß sie unter Umständen schwere Schädigungen der Gesundheit, ja selbst den Tod des Individuums herbeizuführen vermögen.

Andererseits wird es aber Sorge des behandelnden Arztes sein müssen, die Behandlung erstens rechtzeitig einzuleiten, d. h. dahin zu wirken, daß alle Läsionen der Haut sofort der ärztlichen Behandlung zugeführt werden, was durch eine streng durchgeführte Kontrolle unschwer zu erreichen ist, sowie nach einer Behandlungsart derartiger Krankheitsprozesse zu suchen, die in relativ kürzester Zeit zum Ziele führt, also die Undienstbarkeit des Mannes auf das möglichste Minimum an Zeit beschränkt.

Was den letzteren Umstand anbelangt, so sind im Laufe der Jahre vielfache Modifikationen der Behandlungsweise der Abszesse, Furunkel und phlegmonösen Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes in Vorschlag gebracht und mit wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen worden.

Einen Wendepunkt in der Behandlung der vorangeführten Krankheitsprozesse bezeichnet die Einführung der Bierschen Methode mittels Stauung und in der Folge die Einführung der verschiedenen Saugapparate zur Behandlung entzündlicher Prozesse durch Klapp. Nicht nur, daß die meist schmerzhaften und großen Inzisionen, die dann einer längeren Zeit zur Heilung bedürfen und nicht selten entstellende Narben zurücklassen, umgangen werden, so ist das Verfahren an und für sich reinlich, bei einiger Uebung und Erfahrung leicht auszuführen, dabei für den Betroffenen mit weniger Schmerzen verbunden, und was die Hauptsache ist, die Behandlungsdauer ist in den meisten Fällen eine entschieden kürzere, die Restitutio ad integrum ohne störende Narbenbildung vielfach gewährleistet.

Daß daneben die älteren Behandlungsmethoden, Applikation von Pflastern, feuchtwarme Einpackungen usf., auch noch zu Rechte bestehen und in Kombination mit der Bier-Klappschen Methode recht günstige Resultate zu zeitigen vermögen, ist selbstverständlich, und jeder Arzt wird je nach dem Falle die eine und die andere Behandlungsart in Anwendung bringen, auch je nach selbstgemachten Erfahrungen sein Regime einrichten.

In letzter Zeit wurde ein neues Präparat, „Eston“ genannt, von den chemischen Werken Friedländer in Berlin in Verkehr gebracht, das zur Behandlung von Geschwüren der Haut, Unterschenkelgeschwüren, zur Nachbehandlung von Abszessen etc. vorzüglich geeignet erscheint. Es ist ein basisches $^{2}/_{3}$ Aluminiumazetat und bildet ein feines, weißes, trockenes Pulver von etwas säuerlichem Geruche, gegen Licht und Luft fast indifferent, in Wasser soviel als unlöslich. In alkalischen Flüssigkeiten (Blut und Eiter) löst es sich leichter und spaltet hierbei dauernd in langsamer Weise seine Komponenten ab; es verbindet derart die antiseptische und adstringierende Wirkung des Liquor Aluminii acetici mit der aufsaugenden und austrocknenden eines Streupulvers, ein Umstand, der für dessen therapeutische Verwendung von großem Werte erscheint.

Da die Wirkung dieses Präparates infolge der sehr langsam vor sich gehenden Abspaltung seiner Komponenten eine entsprechend langsame ist, so wurde noch ein weiteres Präparat, das „Formeston“, dargestellt, welches eine analoge Zusammensetzung hat wie das Eston, in dem aber eine der beiden Essigsäuregruppen durch Ameisensäure substituiert ist (basisch essigameisensaure Tonerde). Seine Wirkung ist eine eingreifendere und zugleich auch raschere. Ueber die therapeutische Verwendung dieser Präparate wird noch im folgenden berichtet werden.

Weitere ganz vortreffliche Hilfsmittel bei der Behandlung von Eiterprozessen der äußeren Bedeckungen habe ich in den Nafalanpräparaten — dem reinen Nafalan, ferner in der Form als Hausnafalan (Zink-Nafalansalbe), dann in der Form als Nafalanstreupuder, weiter in den Sozojodolpräparaten, unter diesen in der Form der Sozojodolwundsalbe, als insbesondere im Bismutum sozojodolikum kennen und schätzen gelernt. Das letztere ist ein lichtgelbes, feines Pulver, das pur angewendet bei oberflächlichen eitrigen Geschwürsprozessen, diese in rascher Weise günstig beeinflußt, stark austrocknend wirkt und die baldige Epidermisierung herbeiführt. Die Sozojodol-Wundsalbe vermag in Fällen beginnender Phlegmone (Panaritien) in dicker Schicht aufgetragen, diese Krankheitsprozesse zu kupieren, wobei vornehmlich auch die in den meisten Fällen bald eintretende schmerzstillende Wirkung von nicht geringer Bedeutung ist.

Eine Unterstützung all der vorangeführten Behandlungsmethoden von Eiterungsprozessen der Haut habe ich in der gleichzeitigen Verabreichung einer 1proz. Chininlösung, und zwar ca. drei bis vier Eßlöffel voll täglich = ca. 50 bis 60 g der Lösung gefunden.

Ich übe dies Verfahren bereits seit mehreren Jahren und habe den sicheren Eindruck gewonnen und zwar durch öftere Nebeneinanderbehandlung gleichartiger Fälle, vorzüglich phlegmonöser Prozesse (Angina phlegmonosa), Phlegmonen des Gesichts, der Halsgegend und solche der Extremitäten, daß das gleichzeitig verabreichte Chinin den Verlauf der Eiterung sowohl als auch den der Rekonvaleszenz günstig beeinflußte in dem Sinne, daß beide Verlaufsphasen abgekürzt wurden und das Allgemeinbefinden der Patienten sich rasch besserte. Am auffallendsten trat diese Besserung bei den sehr schmerzhaften Phlegmonen der Nase, bei Abszessen des äußeren Gehörganges, bei Lippenabszessen und in einem Falle von Phlegmone des Mundbodens und der rechten Halsseite hervor.

In der mir zugänglichen Literatur fand ich dieses Verfahren nicht verzeichnet, doch zweifle ich nicht, daß auch in dieser Hinsicht anderweitige Erfahrungen bereits vorliegen werden, durch die meine diesbezügliche Beobachtung bestätigt wird.

Nachdem ich so die verschiedenen Methoden und therapeutischen Hilfsmittel bei der Behandlung der eitrigen Erkrankungen der äußeren Bedeckungen, wie sie mich die langjährige Erfahrung hat kennen lernen lassen, nur in nuce habe Revue passieren lassen, möchte ich noch einige Worte über die Behandlung oben erwähnter Krankheitsprozesse mittels der Bier-Klappschen Methode sowie mittels der Estonpräparate, die ich in letzter Zeit vornehmlich in Anwendung brachte, noch anschließen.

Behandelt wurden nach **Bier-Klapp** in dem Zeitraume vom 27. Juli 1906 bis 1. Dezember 1907 50 Fälle und zwar:

Abszesse	10 Fälle,
Furunkel	24 „
Phlegmonen	8 „
Panaritien	3 „
Infektionspusteln	2 „
Lymphdrüsenabszesse	3 „

Bezüglich der Technik der Behandlung mit den Saugapparaten wurden die Vorschriften **Biers** und **Klapps** genau befolgt. Eine Anzahl verschieden großer Saugglocken von teils runder, teils ovaler Form gestattet, den einzelnen Fällen entsprechend vorzugehen.

Nach vollzogener Stauung wurde eine feuchtwarme Einpackung mit **Burowscher** Lösung gemacht, welche bis zur nächsten Stauung am folgenden Tage belassen wurde. Die Resultate dieser Behandlungsmethode waren gegenüber den früher geübten recht günstige.

Abgesehen von der wenig schmerzhaften Stichinzision war die übrige Behandlung fast schmerzlos; die Behandlungsdauer der Abszesse und Furunkel variierte von drei bis zwölf Tagen, die der ziemlich ausgebreiteten Phlegmonen betrug im Mittel 14 Tage, bei den Panaritien 8, 12 bezw. 21 Tage, im Mittel rund 14 Tage.

Der große Vorteil dieser Methode liegt in der Einfachheit der Ausführung, in der Wohltat der geringen Schmerzhaftigkeit für den Patienten, speziell beim Verbandwechsel, und nicht zum mindesten in der Verkürzung der Behandlungsdauer und der meist möglichen Restitutio ad integrum.

Die früher erwähnten Estonpräparate habe ich bei der Behandlung oberflächlicher Exkoriationen der Hände und Füße sowie bei den sich aus denselben durch Vernachlässigung ergebenden Hand- und Fußgeschwüren, die meist lange Zeit jeder Behandlung trotzen und die Geduld des Arztes oft auf die Probe stellen, in Verwendung gezogen und zwar, wie ich gleich vorausschicken will, mit ganz vorzüglichem Erfolge. Es genügte in den meisten Fällen, nach gründlicher Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung etwas Estonpulver (vornehmlich wurde das Formeston in 20proz. Mischung mit Talkum, beziehungsweise eine 10proz. Salbe verwendet) aufzutragen, etwas aseptische Gaze darüber zu breiten und entweder mit einem Pflaster zu decken oder einen leichten Deckverband zu applizieren.

Besonders hervorheben möchte ich folgenden Fall. Infanterist F. M. erschien am 23. Oktober v. J. mit einer ausgebreiteten Phlegmone am rechten Unterschenkel bei der Krankenvisite. Das Zentrum der Phlegmone war bereits gangränös. Nach Reinigung und Toilette der Wunde ergab sich ein 3 cm unterhalb der Tuber. tibiae beginnender, 10 cm weit nach abwärts reichender, in der größten Breite zirka 6 cm messender Substanzverlust mit unterminierten Rändern, in dessen Tiefe der Periost der Tibia in der Ausdehnung von 3 resp. 1½ cm bloßlag.

Vergegenwärtigt man sich die entzündlich-ödematöse Schwellung der Umgebung und der Geschwürsränder, so hat man ein ungefähres Bild der großen, recht mißlich aussehenden Wunde. Der Verlauf war folgender: Auftragen einer dichten Schicht Formeston, Deckverband, Bettruhe; am Nachmittag der Verband stark durchfeuchtet, die Eiterung teilweise noch mißfarbig und übelriechend, sehr kopiös, Verbandwechsel. In den foglenden zwei Tagen dasselbe Regime; bereits am dritten Tage die Eitermenge vermindert, nicht übelriechend, die Wunde rein, die entzündliche Schwellung der Geschwürsränder stark vermindert. Körpertemperatur am ersten Tage 38,6 ° C um 8 Uhr früh, 39,2 ° C um 4 Uhr nachmittags und 38,4 ° C um 7 Uhr abends; am zweiten Tage in der Frühe 37,9, um 4 Uhr W. M. 38,2, um 7 Uhr abends 38,0 ° C; am dritten Tage früh 37,2 ° C, 4 Uhr nachmittags 36,8 und von da ab normal.

Innerlich wurde gleich vom Beginne an 1proz. Chininlösung verabreicht.

Am 5. November: die entzündliche Infiltration der Umgebung geschwunden, von den Rändern her und aus der Tiefe rasche Bildung gesunder Granulationen. Applikation eines Formestonsalbenverbandes. In den folgenden Tagen die Heilung rasch fortschreitend, schnelles Ausgranulieren des großen Substanzverlustes, am 3. Dezember Wunde vollkommen verheilt.

Von der Anwendung der **Bierschen** Methode wurde in diesem Falle Abstand genommen, um die reine Wirkung der Estonpräparate zur Geltung kommen zu lassen.

Zum Schluß möchte ich noch die schon vom Regimentsarzt Dr. **Hugo Taussig** zur Behandlung der Schweißfüße empfohlene Verwendung der Estonpräparate erwähnen.

Nachdem ich im Vorjahre in einer kurzen Publikation die sehr günstige Heilwirkung des Tannoformpulvers auf die abnorm gesteigerte Schweißbildung insbesondere der Füße, die ich an einer größeren Reihe von über hundert Fällen zu beobachten Gelegenheit genommen habe, mitteilte, habe ich es naturgemäß nicht verabsäumt, die Estonpräparate in dieser Hinsicht zu prüfen, und bin in der angenehmen Lage, diese Erfahrungen vollauf bestätigen zu können. Die austrocknende und gleichzeitig desodorisierende Wirkung der Präparate — in leichteren Fällen von Fußschweiß eine 20proz., in schweren, mit Rhagadenbildung und Geschwüren einhergehenden Fällen eine 50proz. Mischung mit Talkum — war, abgesehen von einem im Beginne auftretenden, leicht brennenden Gefühle, eine prompte, besonders in den letzterwähnten Fällen unter leichtem Deckverbande und Bettruhe eine überraschend schnelle, so daß die betreffenden Leute in kurzer Zeit als diensttauglich aus der Behandlung entlassen werden konnten.

Die Luftpumpe in der ärztlichen Praxis.

Von Ingenieur **Friedrich Dessauer**, Direktor der Veifa-Werke, Aschaffenburg.

Von den Fortschritten in der physikalischen Medizin, soweit sie neue Apparatkonstruktion betreffen, gehen von Zeit zu Zeit einige aus der Hand des Spezialisten in die des praktischen Arztes über. Es handelt sich dabei durchaus nicht immer nur um solche Dinge, die durch ihre relativ technische Einfachheit in der Applikation der speziellen Schulung entbehren können. Es handelt sich vielmehr dabei oft nur um eine Wertfrage. Neue physikalische Methoden von allseitiger Verwertbarkeit, wirklich unzweifelhafter Nützlichkeit sind oft auch dann in die allgemeine Praxis übernommen worden, wenn die Anwendung durchaus nicht einfach war. Das sah man besonders deutlich beim Röntgenapparat, dessen sich viele praktische Aerzte bedienen und der immer mehr bei ihnen Eingang findet.

Die Konstruktion freilich, die ich im nachfolgenden beschreiben will, eignet sich zur Einführung in die allgemeine Praxis in noch viel höherem Maße, weil es sich um einen relativ billigen und einfachen Apparat handelt, während das Röntgeninstrumentarium eben teuer und mehr oder weniger schwierig zu beherrschen ist. Seitdem ich mich mit dem Gegenstande befaßt habe, bin ich immer mehr zu der Anschauung gekommen, daß es sich bei der zu behandelnden Apparatgruppe und speziell bei der vorliegenden Konstruktion um eine Erfindung handelt, die auf die Dauer allgemeine Einführung und Anwendung gewinnen wird, ebenso oder in noch höherem Maße wie die Vibrationsmassage, die, was wirklich therapeutischen Wert anlangt, von der nachfolgend dargestellten Konstruktion sicherlich wesentlich übertroffen wird.

Die Benutzung der Luftpumpe im ärztlichen Dienst ist nichts Neues. Frühzeitig schon wurde sie in dem Spezialgebiet des Nasen- und Halsarztes angewendet. Im 17. Bande Heft 2 des Archivs für Laryngologie beschreibt **Spieß**, der sich mit diesbezüglichen Konstruktionen eingehend befaßt hat, eine elektromotorisch angetriebene Luftpumpe, die dazu dient, Hyperämie der Schleimhaut zu erzielen, die Drüsenfunktion zu erhöhen und der Atrophie der Schleimhaut entgegen zu arbeiten. Seine Konstruktion hat vielfache Anwendung gefunden.

Eine weitere Anwendung der Luftpumpe hat insbesondere **Zabludowski** eingeführt. Es läßt sich kaum eine idealere Massage der Haut denken als mit Hilfe der Luftpumpe. Der rasch auf- und niedergehende Kolben erzeugt hin- und her-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

gehende Luftströme, indem er abwechselnd saugt und komprimiert. Diese Luftstöße werden mit Hilfe eines Saugnapfes auf die zu behandelnde Hautstelle übertragen. Man kann nun bei entsprechender Konstruktion der Luftpumpe entweder eine reine Saugwirkung anwenden und damit *Hyperämie* erzeugen, aber auch *Absaugen von Eiter* etc. vornehmen. Man kann des weiteren, indem man Druck- und Saugwirkung zur Hautstelle leitet, eine richtige, bei guten Konstruktionen außerordentlich abstufbare *Vibrationsmassage der Haut* durchführen. Diese Massage kann bis zu einem Grad von Milde geschwächt werden, der selbst bei den empfindlichsten Stellen vertragen wird, und kann wiederum bis zu einem Grade gesteigert werden, der eine ganz erhebliche Reaktion hervorbringt. Durch Einschaltung einer Saugflasche wird in ersterem Falle die seröse Flüssigkeit abgefangen.

Professor Dr. *Breitung* verwendete diese Luftpumpe zur Trommelfellmassage, wie bekannt. Aehnliche Konstruktionen wurden auch von *Seeligmann* angegeben.

Stellt man indessen die Pumpe so ein, daß sie als reine Druckpumpe wirkt, so erzeugt sie einen feinen, unter Umständen — bei kleiner Austrittsöffnung unter hohem Druck — entweichenden Luftstrom, der z. B. für Heißluftbrenner benutzt werden kann. Damit ist aber das Anwendungsgebiet lange nicht erschöpft. Es lassen sich auch größere Wirkungen der *Bierschen Methode* erzeugen. Das geht besonders gut durch Zwischenschaltung eines Vakuumreservoirs, das zunächst leer gepumpt wird und das dann mit dem Behandlungsgefäß in Kommunikation gesetzt wird. Das Behandlungsgefäß, häufig aus Glas oder Metall mit Gummiabschluß hergestellt, nimmt den zu behandelnden Körperteil auf.

Dies sind etwa die Hauptanwendungen. In welch mannigfaltiger Weise sie sich für die einzelnen Körperteile und Indikationen variieren lassen, hat schon jetzt die Praxis gezeigt. Wurde doch das Saugverfahren zur Behandlung der Büsten angewandt, kann man doch durch fein ausgebildete, ausgehöhlte Handstücke den vibrierenden Luftstoß bis an die kleinsten Stellen konzentrieren und bis zu den tiefsten Höhlen gelangen lassen.

Selbstverständlich ist es auch möglich, durch den Luftstrom Medikamente zu zerstäuben oder einzuführen, unter die evakuierten Saugnäpfe beliebige Substanzen eintreten zu lassen. Kurz, es bleibt bei dieser Behandlungsmethode noch ein weites Feld zur Entwicklung und zum Ausbau. Jedenfalls aber ist schon der heutige Anwendungsbezirk ein so vielseitiger, daß die Einführung der Luftpumpe in die allgemeine Praxis gerechtfertigt erscheint.

Die „Vereinigten Elektrotechnischen Institute Frankfurt-Aschaffenburg“ haben neuerdings eine Konstruktion herausgebracht, die durch ihre Vielseitigkeit, Wirksamkeit und Einfachheit der allgemeinen Verbreitung wohl großen Vorschub leisten kann.

Die Abbildungen stellen die Pumpe mit elektromotorischem Antrieb in zwei Ausführungen dar. Selbstverständlich kann der Antrieb auch von Hand aus mit einem Uebersetzungsrad erfolgen, wo eine Stromquelle nicht zur Verfügung steht. Solche Handmotoren werden in verschiedener Ausführung gebaut.

Die Pumpe wird bei elektromotorischem Betrieb einfach in die hohle Motorwelle eines geeigneten Elektromotors gesteckt und mittels einer rändrierten Mutter festgeschraubt. Es kann aber wohl jede Motorwelle passend gemacht werden, erforderlichenfalls durch Befestigung eines geeigneten Zwischenstückes. Der von der oben genannten Fabrik im allgemeinen angewendete Anschluß ist genau der gleiche wie der Anschluß der biegsamen Welle des bekannten Vibrationsapparates Tremolo, den die gleiche Fabrik herstellt.

Am unteren Ende der Pumpe befindet sich ein Stutzen, an dem ein Schlauch eingesteckt wird. Der Schwerpunkt der Einrichtung liegt in der äußerst sinnreichen Anordnung des Kolbens und des Zylinderbodens.

Der Zylinderboden ist drehbar. Fünf Einkerbungen am Zylinderrande, an denen er vorbeigleitet, sind mit fünf verschiedenen Bezeichnungen versehen. Je nachdem man den drehbaren Teil mit seiner Marke auf die eine oder andere der Bezeichnungen stellt, erhält man andere und immer andere Wirkungen. Bei der Bezeichnung O ist die Pumpe nach außen wirkungslos. Das ist deswegen wichtig, weil man, ohne sie abzustellen, während des Betriebes unter Umständen einmal ihre Tätigkeit aufzugeben wünscht. Auf diese O-Stellung kann man sowohl von der Vakuumstellung (Marke V) also von der Saugwirkung, wie auch andererseits von der Druckstellung (Marke D) ausgehen. Wir sehen, in der einen Stellung (V) saugt die Pumpe ein. Das dient zur Entfernung von Eiter und Blut, zur Erzeugung von Hyperämie usw. In der anderen Stellung (D) erzeugt sie einen Luftstrom, den man erwärmen kann, der zur Zerstäubung benutzt werden kann. Zwischen Vakuum- und Druckstellung befinden sich aber noch zwei andere Stellungen, mit TM und M bezeichnet. TM, die Anfangsbuchstaben von Trommelfellmassage, bedeutet einen leicht vibrierenden Luftstrom, der für die feinsten Massagezwecke an den empfindlichsten Organen Anwendung findet. M (Massage) bedeutet die Benutzung eines ziemlich kräftigen vibrierenden Luftstromes, der schon recht deutliche Wirkungen hervorzubringen vermag.

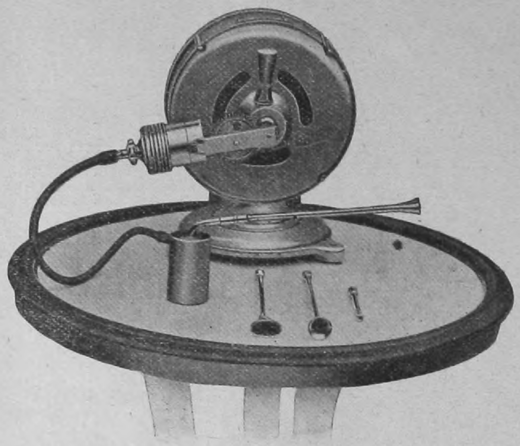


Abb. 1.

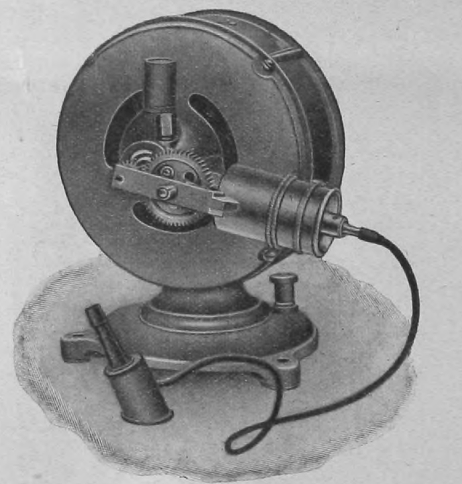


Abb. 2.

Damit ist aber die sinnvolle Konstruktion des Apparates noch nicht erschöpft. Eine an der Außenwand des Zylinders angebrachte Hülse läßt sich nach links oder rechts drehen und reguliert dabei in wunderbar wirksamer Weise die Stärke des Effektes, so daß man ihn in jedem Falle von einem kaum

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

wahrnehmbaren Minimum zu einem sehr wirksamen Maximum steigern kann. Berücksichtigt man nun noch, daß alle diese Manipulationen, die Umschaltungen der Wirung, die Regulierung der Intensität im Gegensatz zu den früheren Konstruktionen, während des Betriebes vorgenommen werden können so dürfte die wirkliche Brauchbarkeit und universelle Anwendbarkeit dieser neuen Konstruktion wohl gesichert erscheinen.

Die Konstruktion kostet ungefähr 70 bis 80 M. und ist dadurch auch vom finanziellen Standpunkt aus den weitesten Kreisen zugänglich.

REFERATE.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Weitere günstige Erfahrungen über die Behandlung der Blennorrhoea adultorum (!) mittels Blenolenizetsalbe.** Von C. Adam. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 11.

2. **Papierwatte für Augenverbände.** Von Wolffberg. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, 1908, Nr. 27.

3. **Ueber lokale Tuberkulinüberempfindlichkeit der Konjunktiva.** Von Cohn. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 17, Seite 835.

1. Bei der gonorrhoischen Konjunktivitis der Erwachsenen hat die Behandlung mit Argentum nitricum, dem souveränen Mittel bei der Blennorrhoe der Neugeborenen, sehr mäßige Resultate wegen der Häufigkeit von Hornhautgeschwüren aufzuweisen. Adam hat nun an der Berliner Universitätsaugenklinik Versuche mit Blenolenizetsalbe (Kombination des Lenizet mit Euvaselin) gemacht, die sehr günstige Erfolge gezeitigt haben. Er gibt kein Argentum, sondern streicht zweistündlich unter das Oberlid 10%ige Blenolenizetsalbe ein bis zur deutlichen Abnahme der Sekretion, dann geht er zu drei- bis vierstündlichem Einstreichen von 5%iger Blenolenizetsalbe über; wenn die Sekretion ganz aufgehört hat, gibt er nur Euvaselin, bei chronischem Bindehautkatarrh Einträufelung von $^1/_2$%igem Argent. nitr. (ein Tropfen einmal am Tage).

Bei dieser Behandlung wurden von 13 Fällen 10 mit intakter Hornhaut geheilt, nur einer bekam ein Leucoma adhaerens, zwei unregelmäßig geheilte Epitheldefekte.

2. Wolffberg empfiehlt zu mobilen Augenverbänden Papierwatte, die mit oder ohne Mullüberzug, in Ovalen bereits für die Form der Augen passend geschnitten, in den Handel kommt (Reß in Leipzig). Vor der gewöhnlichen Watte ist die Papierwatte durch große Aufsaugungsfähigkeit ausgezeichnet, die Qualität ist derartig, daß kleine Fasern nicht in das Auge geraten können, durch die Handlichkeit der Ovale wird es ermöglicht, daß der Patient selbst dieselben leicht auswechseln kann.

3. Nach Cohns Untersuchungen erwirbt die Konjunktiva Nichttuberkulöser durch einmalige Einträufelung einer 1%igen Alttuberkulinlösung eine Ueberempfindlichkeit, die sich in zwei Eigenschaften kundgibt: 1. bei späterer Berührung mit 1%iger Tuberkulinlösung mit Entzündungserscheinungen zu reagieren, 2. in der Fähigkeit, aus dem zirkulierenden Blut Tuberkulin anzuziehen (nach subkutaner Einspritzung), um dann mit diesem zu reagieren. Diese Eigenschaften sind streng lokal auf die zur Einträufelung benutzte Konjunktiva beschränkt. Zu ihrer Ausbildung bedarf es mindestens fünf Tage; das Optimum wird erst zu Beginn der dritten Woche erreicht.

Die Möglichkeit, daß diese artefizielle Ueberempfindlichkeit ein Zeichen latenter Tuberkulose sei, ist noch nicht erwiesen.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende Berlin.

1. **Die physikalische Behandlung des Asthmas.** Von Hans Naumann. Therapie d. Gegenwart, 1908, S. 108.

2. **Röntgenbehandlung bei Asthma bronchiale.** Von G. Eckstein. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 14, S. 173.

3. **Nadel im linken Bronchus.** Von Hermann von Schrötter. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 641.

4. **Ueber Saponininhalationen der oberen Luftwege.** Von G. Zickgraf. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 447.

1. Bei dem Mangel einer einheitlichen Ursache des Asthmas muß man für jeden einzelnen Fall erst durch Probieren die geeignete Therapie herauszufinden suchen. Besonders im Beginn der Behandlung ist neben der physikalischen die medikamentöse Therapie kaum zu entbehren. Bei der Wasseranwendung muß streng individualisiert werden. Kalte Prozeduren perhorresziert Verfasser bei alten Personen, starken Anämien, Herzkomplikationen, Emphysem und in den Fällen, wo die Nieren nicht ganz intakt sind. Hier ist Verf. mit kalten Duschen und Badeformen sehr vorsichtig, ebenso bei akzentuiertem zweiten Aortenton und dauernd vermehrter Spannung im arteriellen Stromgebiet. In den meisten anderen Fällen war jedoch das kalte Halbbad von großem Nutzen. Ebenso wie dieses wirkten sehr günstig auf das Nervensystem Teilwaschungen mit spirituösen Flüssigkeiten oder mit Salzwasser, ferner Fichtennadelbader, Kohlensäurebader eventuell mit nachfolgendem Guß. Oft waren auch Sauerstoffbäder von Nutzen, wo Kohlensäurebäder unangenehme Empfindungen hervorriefen. Sehr günstig wirkt die Dusche als Wechseldusche (Fächer- oder Regendusche) mit allmählich kühler werdenden Temperaturen. Ein wichtiger Bestandteil der Asthmabehandlung ist eine richtig ausgeführte Atemgymnastik, wobei am besten der Thorax vom Arzt manuell komprimiert wird. Eventuell kann man auch den Roßbachschen Atmungsstuhl anwenden. Ebenso wie diese Atemübungen wirkt auch die Vibrationsmassage expektorationsfördernd. Von Nutzen ist auch die Klimatotherapie, wo oft schon bloßer Luftwechsel zur Besserung der Krankheit genugt. Zuweilen werden auch Asthmafälle günstig durch die Pneumotherapie, die pneumatische Kammer beeinflußt, ebenso durch Inhalation von Sole mit und ohne Zusatz von Latschenöl. Von einigen Autoren wird ein Zusammenhang zwischen Asthma und gichtischer Diathese angenommen und deshalb ein antigichtisches, den Stoffumsatz beschleunigendes Regime vorgeschlagen (nukleinarme Diat, vegetarische Kost, Molke, Massage, Schwitzprozeduren, Bader etc.).

2. Nachdem Schilling in neun Fällen durch Rontgenstrahlen bei Asthmatikern Besserung erzielt hatte und auch Immelmann über gute Erfolge der Röntgenbehandlung bei Asthma bronchiale berichtet hatte, versuchte Eckstein diese Methode. Er behandelte zunächst ein 45 jähriges Fraulein, das bis dahin alle üblichen Methoden vergeblich versucht hatte, und sah bereits nach sechs Bestrahlungen von je 10 Minuten Dauer wesentliche Besserung, die sechs Wochen anhielt. Nachdem die Kur dann nochmals wiederholt war, traten neun Wochen lang keine Anfalle auf. Der zweite Fall betraf ein $3^1/_2$jähriges Kind, bei dem nach einer Bestrahlungsdauer von im Ganzen 18 Minuten allmählich Heilung eintrat. — Es wurden stets harte Röhren verwendet.

Schilling erklärt die Wirkung der Strahlen wie folgt: „Die Röntgenstrahlen sollen eine Verminderung der Vakuolen-Bildung bezw. der Schleimabsonderung der Becherzellen und der kleinen Schleimdrüsen der Bronchien herbeiführen, vielleicht durch eine leichte Schädigung des Zelleibes selbst.“

3. Schrötter gelang es, bei einem Mädchen von 12 Jahren, welches eine große Schalnadel verschluckt hatte, diese mittels Röntgenstrahlen im linken Bronchus zu finden, und zwar nach 21 Tagen. Die Nadel, welche mit dem Kopf voran eingedrungen war, wurde in einer Sitzung im Wege der direkten Methode mittels einer eingeführten Pinzette glatt entfernt unter Anwendung von Lokalanästhesie. Das Kind zeigte keinerlei Erscheinungen mehr und befindet sich dauernd wohl.

4. Zickgraf weist darauf hin, daß Erkrankungen der Nase zu den häufigsten Komplikationen der beginnenden Lungenschwind-

sucht gehören und erinnert daran, daß die Erkrankungen der Nase von der Rhinitis sikka beginnend bis zur Ozäna ein prädisponierendes Moment für Lungenleiden sind. Er fand, daß das Dekoktum kortizis Quillajae von großem Einfluß auf die Nasenschleimhaut sei. Er benutzte es erst in Spülungen und später nur noch bei Inhalationen und erzielte hiermit sehr gute Erfolge. Er benutzte allerdings später wegen der besseren Haltbarkeit und geringeren Einwirkung auf die Bronchien das von Sthamer-Hamburg aus der Drogue hergestellte Saponinum depuratum in 1%iger Lösung für leichtere trockene Katarrhe, in 2%iger Lösung bei Ozäna. Die Inhalation fand statt durch Bullingsche Inhalationsapparate. Durchweg wurden gute Erfolge erzielt, sogar bei einzelnen schweren Fällen von Ozaena, wo der unangenehme Geruch verschwand. Auch beobachtete Verf., daß bei Fällen, wo infolge langjahrigen Leidens der Geruch verloren gegangen war, bei der Wiederherstellung der normalen Schleimhaut auch das Geruchsvermögen wieder zunahm.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Ueber Basedowsche Krankheit im frühen Kindesalter.** Von A. Schkarin. Russische med. Rundschau, 1908, Nr. 2.

2. **Zwölf Fälle von Lungenentzündung im Kindesalter mit Römers Pneumokokkenserum behandelt.** Von Crux. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 697.

3. **Ueber die Endresultate der Tracheotomie.** Von W. Wolf. Ibidem, S. 725.

4. **Behinderung der Atmung und der Nahrungsaufnahme durch eine zu große Thymus bei einem zehn Wochen alten Kinde. Operation, Heilung.** Von W. Hinrichs. Berl. klin. Wochenschr., 1908, S. 825.

5. **Zur Symptomatologie und Aetiologie der Barlowschen Krankheit.** Von Esser. München. med. Wochenschr., 1908, Seite 896.

1. Schkarin teilt die seltene Beobachtung einer Basedowschen Krankheit bei einem 4 ½ jährigen Mädchen mit. Als charakteristisch für den Verlauf des Basedow bei Kindern gibt er an:

a) Eine schnellere Entwicklung der Krankheit als bei Erwachsenen.

b) Arhythmie des Pulses ist äußerst selten.

c) Die Struma ist gering, häufig doppelseitig, manchmal rechtsseitig, nie linksseitig.

d) Der Exophthalmus ist schwächer ausgeprägt und als das erste Symptom anzusehen.

e) Die Symptome von Moebius, Graefe und Stellwag sind selten.

f) Die Kinder zeigen schnelles Körperwachstum.

Therapeutisch empfiehlt Verf. eine an Kohlehydraten arme Diat und einen Versuch mit Antithyreoïdin Moebius, das in seinem Falle allerdings nur mäßige Wirkungen entfaltete.

2. Crux ist ein warmer Fürsprecher des Römerschen Pneumokokkenserums in der Behandlung kindlicher Pneumonien. Er resümiert seine Erfahrungen an zwölf Fällen dahin, daß dies Mittel einen außerordentlich günstigen spezifischen Einfluß ausübt und bei gesundem Herzen gänzlich ungefährlich ist. Nierenentzündungen und Serumexantheme wurden nicht beobachtet. Es findet in vielen Fällen ein dauernder, fast kritischer Temperaturabfall unter fast gleichzeitiger Lösung des Infiltrats statt. Der Puls wird durch das Serum günstig beeinflußt. Die Dauer der ganzen Erkrankung wird bei Anwendung des Serums ganz erheblich abgekürzt, dadurch, daß die Krankheit unterbrochen und ein weiterer Kräfteverfall wie beim gewöhnlichen Verlauf vermieden wird. Pleuritis wurde bisher bei Anwendung des Serums nicht beobachtet. Es wurden stets 5 ccm subkutan in die dem Sitz der Erkrankung entsprechenden Nates injiziert und, falls der Erfolg nach 24 Stunden nicht ausgesprochen war, nochmals 2,5 bis 5 ccm. Das Serum wird von E. Merck in Darmstadt hergestellt; 5 ccm kosten 2,50 M.

Ref. möchte glauben, daß die mitgeteilten Beobachtungen noch nicht genügen, um den Wert des Serums zu beurteilen; ein günstiger Einfluß auf das Fieber scheint ja unverkennbar. Weitere Versuche sind aber jedenfalls zu empfehlen.

3. Wolf berichtet über die Endresultate der Tracheotomie bei diphtheriekranken Kindern der Leipziger chirurgischen Klinik; dort wird die Intubation überhaupt nicht ausgeführt. Verf. teilt mit, daß unter seinem, 264 durch Tracheotomie geheilte Kinder umfassenden Material aus den Jahren 1895 bis 1906 keine narbige Stenose beobachtet wurde, die einer dilatierenden oder blutigoperativen Behandlung bedurft hätte; er nimmt an, daß die Intubation die Entstehung solcher Narbenstrikturen eher begünstigt. Auch eine ernsthafte Schädigung der tieferen Luftwege, insbesondere der Lungen durch die Tracheotomie konnte er nicht feststellen. Von den zur Beobachtung gekommenen leichteren Störungen im Gebiet der Luftwege läßt sich schwer sagen, was auf Rechnung der Diphtherie und was auf Rechnung der Tracheotomie zu setzen ist, doch gibt Verf. zu, daß solche leichte Störungen in einem gewissen Prozentsatz der Fälle nach Tracheotomie zurückbleiben.

4. Hinrichs berichtet über eine Resektion der Thymusdrüse bei einem zehn Wochen alten Kind, das an Asthma thymikum litt; der Fall ist der siebente operativ behandelte dieses Leidens und hatte einen vollen Erfolg; bemerkenswert ist, daß auch Schluckbeschwerden bestanden und nach der Resektion verschwanden. Wegen der Möglichkeit der Beziehungen der Thymus zur Rhachitis rät Verf., lieber die Drüse nur zu resezieren, als völlig zu entfernen.

5. Die Barlowsche Krankheit hatte sich in den Beobachtungen von Esser bei Milchgemischen entwickelt, die drei bis zehn Minuten lang bei 102° im strömenden Dampf sterilisiert worden waren. Verf. warnt daher vor diesen hohen Temperaturen und empfiehlt, die Milch nur drei Minuten lang auf 98 bis 100° zu erhitzen. Er faßt mit Neumann die Krankheit als eine chronische Vergiftung auf und führt zur Stütze dieser Ansicht folgende Beobachtung an: Bei drei Kindern wurde, als sie noch unsichere Erscheinungen der Barlowschen Krankheit zeigten, die überhitzte Milch nur in halber Tagesration weiter gegeben, der andere Teil des täglichen Nahrungsquantums durch rohe Milch gedeckt und dazu noch in üblicher Weise frisches Gemüse und Zitronenwasser gegeben. Der Zustand dieser Kinder besserte sich aber nicht, sondern verschlimmerte sich sogar. Erst als auch die drei Flaschen zu stark sterilisierter Nahrung weggelassen und durch Rohmilch ersetzt worden waren, trat in kürzester Zeit Besserung und schließlich Heilung ein. — Ref. weiß übrigens aus eigener Erfahrung, daß auch bei den niedrigeren Temperaturen von 97 bis 98°, bei denen Esser keine Barlowfälle mehr beobachtete, die Erkrankung entstehen kann.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** Leiter der städt. Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Einfluß der Ernährung auf die Säuglingssterblichkeit.** Von H. Neumann. Zeitschr. f. soziale Med., Bd. 3, S. 196.

2. **Ueber die bisherigen Ergebnisse in den Münchener Beratungsstellen mit Vorschlägen zum weiteren Ausbau dieser Einrichtungen.** Von K. Oppenheimer. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 4.

1. Die von Neumann in der ihm eigenen sorgfältigen und technisch exakten Weise aufgemachte Statistik verdient allgemeine Beachtung.

Daß die Brustnahrung der künstlichen unendlich überlegen ist, weiß man; man weiß auch, daß die Brustnahrung die sozialen Schädlichkeiten, welche unsere Arbeiterbevölkerung bedrohen, größtenteils zu paralysieren vermag.

Exakt statistisch aber diesen Nachweis zu erbringen, ist keineswegs leicht — aus hier nicht zu erörternden Gründen.

Es existieren daher derartige Statistiken nur in verschwindend kleiner Anzahl.

Neumanns Arbeit hilft daher, diese Lücke auszufüllen. N. benutzte das Material der letzten Berliner Volkszählung 1905 und die Totenscheine der Säuglinge aus dem Jahre 1906.

In den Zählkarten 1905 wurde die Größe der Wohnung und die Art der Säuglingsernährung festgestellt. Für den Tag der Volkszählung weiß man also, wieviel Säuglinge natürlich, wieviel künstlich innerhalb der verschiedenen sozialen Schichten, die nach der Wohnungsgröße eingeteilt wurden, ernährt wurden.

An der Hand der Totenscheine kann man die Sterblichkeit dieser Kinder berechnen.

Die immer wiederkehrende Behauptung, daß nicht die Art der Ernährung, vielmehr die allgemeinen sozialen Verhältnisse die Lebensaussicht des Säuglings bestimmen, wird durch des Verf.s Darlegungen widerlegt.

Auch bei Wohlhabenden ist der künstlich genährte Säugling viermal so häufig dem Tode verfallen wie der brustgestillte. Und dies Verhältnis ist bei den Proletariern keineswegs erheblich verschoben (4,7 : 1).

Die Sterblichkeit der Brustkinder ist also in allen sozialen Schichten sehr gering.

Bei den Armen (Inhaber von zwei Wohnräumen)
überleben von 100 Brustkindern 95,1,
bei den Mittelbegüterten (drei Wohnräume) überleben 97,4,
bei den Wohlhabenden (vier Wohnräume und darüber) überleben . . . . 97,4.

Die interessante Arbeit sei jedem Arzte zur Lektüre empfohlen.

2. Die Erkenntnis der Wichtigkeit der Brustnahrung hat in den meisten größeren Städten zu mancherlei Maßnahmen geführt.

In München wurden auf Oppenheimers Vorschlag 19 Beratungsstellen eingerichtet, die — im Gegensatz zu ähnlichen Instituten vieler anderer Städte — nur stillenden Müttern Unterstützungen gewähren.

Es ist nun interessant, daß O. in München genau dieselben Erfahrungen gemacht hat, wie wir hier in Berlin (vergl. des Referenten Bericht an den Magistrat, Ztschr. f. Säuglingsfürsorge, 1908, Nr. 2). Die Mütter bleiben der Fürsorgestelle so lange treu, als sie Stillprämien erhalten. Sobald das Lockmittel versagt wird, erscheinen sie nicht wieder. Und da aus äußeren Gründen die Stillprämien nur verhältnismäßig kürzere Zeit gezahlt werden können, so ist auch die Beobachtungsdauer der Kinder nur kurz.

Drei Viertel aller Kinder haben sich demnach schon im vierten Lebensmonate der Kontrolle entzogen, und auf jedes Kind fallen nicht mehr als sieben bis neun Konsultationen. (Uebrigens genau dieselbe Zahl wie in Berlin. Ref.)

Verf. schlägt zur Abhilfe vor, jeder bedürftigen Frau, auch der, deren Bedürftigkeitsgrad keine fortlaufende Unterstützung benötigt, 5 M. nach sechsmonatiger Stilldauer zu versprechen, ebensoviel nochmals nach einjähriger Stilldauer.

Die Bedürftigkeit soll durch Recherche städtischer Organe festgestellt werden.

Röntgentherapie.

Referent: Dr. **Karl Försterling**, I. Assistent bei Prof. Dr. Schlange, Hannover.

1. **Darstellung experimenteller Luftembolie im Röntgenogramm.** Von Dr. Revenstorf. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, Bd. XII, S. 22.

2. **Fußwurzeltuberkulose und ihre Diagnose mittels Röntgenstrahlen.** Von Dr. Paul Ewald. Ibidem, S. 30.

3. **Ein Fall von operativ geheilter Kalkaneodynie.** Von Dr. Eugen Klopfer. Ibidem, S. 46.

4. **Ueber (isolierte) Verletzungen der Handwurzelknochen.** Von Dr. Franz Ebermayer. Ibidem, S. 1.

5. **Eine Modifikation der Aufnahmetechnik bei der Skiagraphie der Blasensteine.** Von Dr. Jerie. Ibidem, S. 35.

6. **Die Bestimmung der Herzgröße mit besonderer Berücksichtigung der Orthophotographie (Distanzaufnahme, Teleröntgenographie.** Von Prof. Albers-Schönberg. Ibidem, S. 38.

1. R. hat im Anschluß an einen Todesfall an Luftembolie des rechten Herzens Tierexperimente an Meerschweinchen angestellt und gefunden, daß die im rechten Herzen befindliche Luft am besten im zweiten schrägen Durchmesser (von rechts hinten nach links vorn und umgekehrt) nachzuweisen ist. Den praktischen Wert erklärt er selbst für gering.

2. Verf. ist der Ansicht, daß Tuberkulose sehr wohl Folge eines Traumas sein kann, und zwar besonders eines leichteren (z. B. Kontusion oder Distorsion). Es werden vier Fälle von Fußtuberkulose gebracht, die sich nach Traumen entwickelt haben und anfänglich als Plattfüße behandelt sind. Er empfiehlt deshalb bei verdächtigen Fällen (z. B. langdauernden Schwellungen und Schmerzen nach Distorsionen, bei einseitigen Plattfüßen, starker Unterschenkelatrophie) röntgenographisch nach einem event. tuberkulösen Herd zu suchen und diesen frühzeitig zu entfernen, da dadurch oft der ganze Fuß, ja sogar das Leben des Pat. gerettet werde.

3. Die Schmerzen unter der Ferse waren bewirkt durch eine Verknöcherung im Ansatz der Faszia plantaris. Nach ihrer Entfernung schwanden sie prompt. (Ref. zieht den seitlichen Schnitt an der Ferse in solchen Fällen vor wegen der späteren Narbe.)

4. Kasuistische Mitteilung von Frakturen in der Handwurzel mit 30 Röntgenbildern. Es werden gezeigt Einzelbrüche des naviculare, lunatum, triquetrum und hamatum, sowie mehrere Fälle multipler Frakturen. Auch über die Behandlung sind dankenswerte Winke vorhanden. Die Prognose ist im allgemeinen nicht gerade günstig, zumal sich ziemlich häufig eine chronische Arthritis anschließt.

5. Verf. hat bei Blasensteinaufnahmen die Platte in die Vagina eingeführt und von vorn belichtet. Selbstverständlich kommt dabei oft nur ein Teil der Blase zur Darstellung, so daß leicht seitlich liegende Steine nicht gesehen werden konnen und zu Fehlschlüssen Veranlassung geben. Sehr gefährlich wäre dieser Umstand gerade bei Divertikelsteinen, wo die Röntgenuntersuchung oft einzig und allein die Diagnose ermöglicht, da die kleine Oeffnung des Divertikels auch zystoskopisch nicht zu Gesicht gebracht werden konnte. Eine ausgedehntere Anwendung der Methode der Platteneinführung in die Vagina ist wohl kaum erforderlich, da sich Blasensteine fast immer (event. nach Luftfüllung des Rektums) schon bei Durchleuchtung von vorn nach hinten darstellen lassen.

6. Albers-Schönberg beschreibt hier seinen sinnreichen Aufnahmestuhl und die Einrichtung zur Aufnahme des Herzens auf ca. 2½ m Entfernung. Näheres darüber muß im Original nachgelesen werden. Die Projektionsfehler sind dann so klein, daß sie ohne weiteres unberücksichtigt bleiben können.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, ehem. Oberarzt am Königl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin

1. **Therapeutische Beiträge zur Bogenlichtbestrahlung.** Von Riedel. Münch. med. Wochenschr., 1908, 31. März.

2. **Die Naevusbehandlung mittels Radium.** Von Nagelschmidt. Therap. d. Gegenw., 1908, März.

3. **Der gegenwärtige Stand der Radiumforschung.** Von Strebel. (Fortsetzung folgt.) Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, Nr. 6.

4. **Ueber Thermopenetration und die bisher mit Thermopenetration an der medizinischen Klinik Prof. Ortners gemachten Erfahrungen.** Von v. Preyp und Radovicié. Wiener klin. Wochenschr., 1908, 9. April.

5. **Ueber die intrathorazische Struma.** Von Kienböck. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 14.

6. **Therapeutische Wirkung der Hochfrequenzströme.** Von Bonnefoy. Zeitschr. f. neuere physikal. Med., 1908, Nr. 7.

7. **Neuere Beiträge zur Lichtbestrahlung.** Von Foveau de Courmelles. (Fortsetzung.) Ibidem.

8. **Der gegenwärtige Stand der Radiumforschung.** Von Strebel. (Schluß.) Ibidem.

9. **Untersuchungen über die künstliche Radiumemanation.** Von Riedel, Mediz Klinik, 1908, Nr. 12,

10. **Ueber ein neues radiotherapeutisches Verfahren.** Von v. Jaksch. Zeitschr. f. klin. Medizin, 1907, Bd. 64, H. 3 u. 4.

11. **Leukämie und Röntgenbestrahlung.** Von v. Jaksch. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 14.

12. **Ueber das Problem der homogenen Tiefenbestrahlung in der Röntgentherapie.** Von Sommer. Zeitschr. f. neuere physikal. Med., 1908, Nr. 8.

1. Der Verfasser berichtet unter Mitteilung von 25 Krankengeschichten über seine Erfahrungen bei der Bestrahlung mit reflektiertem Kohlenbogenlicht. Günstige Erfolge sind bei Ekzemen, Akne vulgaris, Rosazea, Sykosis, Furunkulosis und Ulkus kruris erzielt worden. Versagt hat die Behandlung bei Psoriasis, Prurigo, Alopezia areata, Pityriasis versikolor. Referent kann der Ansicht des Verfassers nicht zustimmen, daß der Bogenlichtscheinwerfer „im Vergleich mit den anderen Lampen“ nicht vernachlässigt werden darf. Im Gegenteil! Wir können ihn getrost beiseite stellen, da wir in der Uviollampe einen sowohl bezüglich des Anschaffungspreises als auch des Stromverbrauches viel billigeren, handlicheren, an „chemischen“ Strahlen reicheren Apparat besitzen, der in geeigneten Fällen genau dasselbe leistet.

2. Der Verfasser empfiehlt aufs angelegentlichste die Behandlung der Gefäßmäler mit Radium, wenngleich er zugeben muß, daß man gelegentlich nach ein bis zwei Jahren in der zarten pigmentlosen Narbe, welche nach Beseitigung der Naevi zurückbleibt, die Bildung von Teleangiektasien erlebt.

Referent möchte vor dieser Methode eindringlich warnen, denn die Bildung von Teleangiektasien tritt nicht nur gelegentlich, sondern immer ein, und zwar nicht erst nach ein bis zwei Jahren, sondern bisweilen schon nach wenigen Monaten, so daß man dann z. B. statt eines flachen rosafarbenen Naevus eine narbige weiß und dunkelrot gesprenkelte Hautpartie vor sich hat, die störender wirkt als der frühere Naevus.

Referent hat das Auftreten von Teleangiektasien sogar in Fällen beobachtet, in welchen die Bestrahlung nicht einmal zur Narbenbildung geführt hatte.

3. Besprechung der physikalischen Eigenschaften des Radiums und seiner Emanation. Nil novi.

4. Auf der Beobachtung Prof. v. Zeyneks, daß Hochfrequenzströme von bestimmter Wellenlänge im menschlichen Körper keine andere Empfindung als die der Wärme auslösen und nicht an der Oberfläche des zwischen den beiden Elektroden befindlichen Körperteils, sondern durch denselben hindurchfließen, beruht das von den Verfassern geschilderte Verfahren der „Thermopenetration“. Besonders wird die schmerzstillende Wirkung derselben hervorgehoben, als besonders geeignete Indikationen werden gonorrhoische Arthritiden und Muskelrheumatismus genannt, auch einige behandelte Fälle mitgeteilt. Weitere Berichte über dieses neue Verfahren zur Erzeugung von Wärme im Inneren des Körpers sollen demnächst folgen.

5. Bericht über 11 Fälle von intrathorazischer, d. h. mit größeren oder kleineren Teilen unterhalb der oberen Brustapertur gelegener Struma. Die sichere Diagnose ist fast immer nur durch die radiologische Untersuchung möglich, da die Struma nicht zu palpieren ist und auch die Perkussion oft im Stich läßt. Therapeutisch wird sich in der Regel ein Versuch mit Röntgenbehandlung empfehlen. Ist dieser ohne Erfolg, so muß oft, namentlich bei bedrohlichen Erstickungsanfällen oder bei raschem Wachstum des Tumors, die Exstirpation vorgenommen werden.

6. Sehr allgemein gehaltene Mitteilung über günstige Wirkung der Hochfrequenzströme auf Erkrankungen des lymphatischen Systems [Lymphangitis, Elephantiasis, Lymphome (?)] und des Herzens, bei denen eine „regulierende Wirkung“ der genannten Ströme „auf die Zirkulation“ zur Erklärung der Heilwirkung angenommen wird.

7. Was an diesen meist rein theoretischen Betrachtungen über die Wirkung der einzelnen Spektralbezirke auf normale und pathologische Gewebe, auf Mikroben, über die Beziehungen zwischen Masern und Tuberkulose Neues sein soll, ist dem Referenten nicht ersichtlich.

8. Weitere Mitteilungen über die physikalischen, chemischen und thermischen Wirkungen der radioaktiven Stoffe, ihren Einfluß auf Mikroorganismen, Pflanzen, kleinere Tiere, auf die menschliche Haut, auf pathologische Prozesse — nil novi,

9. Der Verfasser berichtet über die Bestimmung des Emanationsgehaltes bestimmter Körper oder Flüssigkeiten, z. B. des fabrikmäßig hergestellten Radiogens, mittels der elektroskopischen Prüfung. Ueber technische Einzelheiten, über die möglichen Fehlerquellen etc. ist im Original nachzulesen.

Zu therapeutischen Zwecken hat der Verfasser die Emanation als Bade- oder Trinkkur an fast 100 Patienten mit verschiedenen Affektionen verabreicht. Die Ergebnisse sind vorläufig noch nicht spruchreif. Wie die meisten anderen Beobachter konnte auch der Verfasser oft, nicht immer, eine typische Reaktion konstatieren, in ausgewählten Fällen auch einen „gewissen“ Heileffekt, wenngleich die Emanation in anderen ähnlichen Fällen wieder gänzlich versagte.

10. Der Titel sagt zu viel; das Verfahren, die Röntgenstrahlen durch Filter zu härten, ist nicht neu. Der Verfasser verwendet eine 0,02 mm dicke Silberplatte. Kürzlich hat Fleig über ähnliche Versuche mit einer 0,1 mm dicken Silberplatte berichtet. Der eine Fall von myeloider Leukämie, den der Verfasser mitteilt, ist auch nicht beweisend dafür, daß die Zwischenschaltung der Silberplatte „einen wesentlichen Fortschritt in der Radiotherapie“ bedeutet. Abgesehen davon, daß der Fall schon vorher mit Röntgenstrahlen von anderer Seite behandelt war, so daß man an die bekannte Spätwirkung der X-Strahlen denken könnte, hätte der Verfasser die Verkleinerung des Milztumors und den Rückgang der Leukozytenzahl auch ohne Silberplatte erzielen können, zumal er trotz der Silberplatte ein ziemlich heftiges Erythem bekommen hat.

Der Fall beweist jedenfalls so viel, daß man trotz der Abfiltrierung der weicheren Strahlen auch mit harten Strahlen eine recht hübsche Oberflächenwirkung erzielen kann. Die Theorie stimmt hier offenbar nicht! Auch die härteren Strahlen werden z. T. wenigstens von der Haut absorbiert; es findet also eine Abschwächung der gesamten Strahlungsintensität 1. durch das Filter, 2. durch die Haut statt, so daß der Vorteil der Filtration dem Referenten ziemlich illusorisch erscheint. Auch die Mitteilung, daß die Haut in Summa 18 Stunden 40 Minuten (in der Zeit vom 2. Mai bis 22. Juni 1907) bestrahlt worden ist, sagt gar nichts. Das kann bei sehr schwach belasteten und sehr harten Röhren unter Umständen einer kleineren Oberflächendosis entsprechen, als eine Bestrahlung von einer Stunde bei stark belasteten, mittelweichen Röhren. Wann werden die passionierten Minutenbestrahler endlich einmal ausgestorben sein?

11. Weitere Mitteilung über den in der vorstehend referierten Arbeit beschriebenen Fall von Leukämie, in welchem bei Eintritt eines Rezidives die Röntgenbehandlung — notabene trotz der Silberplatte! — versagte; die Zahl der Leukozyten stieg, die Patientin kam ad exitum. Das Blutbild ähnelte zuletzt nicht mehr dem einer myeloiden Leukämie, sondern dem einer schweren Anämie, so daß der Verfasser eine direkte Schädigung der blutbildenden Organe durch die Röntgenstrahlen annimmt und dafür eintritt, daß mit der Röntgenbestrahlung aufgehört wird, sowie eine Abnahme der Leukozyten eintritt, nicht aber fortgefahren wird, bis die Leukozytenzahl zur Norm heruntergebracht ist, eine Anschauung, die ja auch von anderen Autoren geteilt wird.

12. Nach Schilderung der bekannten Mittel zur Erzielung einer möglichst großen Tiefenwirkung [1. harte Röhre, 2. Strahlenfilter, 3. große Entfernung der Strahlenquelle vom Objekt (Bestrahlung von mehreren Seiten leider nicht angegeben, obwohl zweifellos sehr wichtig)] beschreibt der Verfasser die Anlage zur „Homogenbestrahlung“ nach den Angaben von Dessauer. Der Verfasser selbst drückt sich — und das ist durchaus nötig — sehr vorsichtig aus über die bisher erzielten Erfolge, kann es aber doch nicht unterlassen, einen Fall von rezidiviertem, metastasierten Uteruskarzinom, der unter dieser „Homogenbestrahlung“ ad exitum und zur Sektion gekommen ist, mitzuteilen, ebenso die Ansicht von Dessauer und Krüger, welche diesen Fall gemeinsam publiziert haben (Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 2). Die genannten Autoren führen einen zentralen Zerfall zahlreicher metastatischer Drüsen auf die Wirkung der Homogenbestrahlung zurück, ohne auch nur den geringsten Beweis für ihre

Behauptung erbringen zu können. Müssen solche Fälle publiziert werden?

Nach Ansicht des Referenten befindet man sich mit der ganzen Homogenbestrahlung nicht nur auf einem falschen, sondern vielleicht auch auf einem sehr gefährlichen, d. h. für den Kranken gefährlichen Wege.

Daß eine Strahlung, die in 100 Stunden noch keine deutliche Farbenänderung einer Sabouraud-Noiréschen Reagenztablette hervorbringt, tiefgelegene karzinomatöse Lymphdrüsen beeinflussen soll, kann doch nur ein hyperphantastischer Röntgenenthusiast für möglich halten! Entweder ist die Intensität einer derartigen Strahlung minimal oder ihre Penetrationsfähigkeit ist eben so groß, daß nichts absorbiert, also auch keine Wirkung erzielt werden kann.

Und nun das Wichtigste! Sind es denn immer die tiefgelegenen Krankheitsprozesse, die gegen Röntgenstrahlen refraktär sind? Ganz im Gegenteil! Es gibt tiefgelegene Sarkome, die auf Röntgenstrahlendosen schrumpfen, welche auf der Haut keine nennenswerte Reaktion hervorrufen, und es gibt andererseits oberflächliche Hautkrebse, die trotz stärkster Röntgendermatitis nicht zur Heilung kommen. Die „Radiosensibilität“ der Gewebe, welche für die Röntgenbehandlung eine Conditio sine qua non ist, wird von den „Homogenbestrahlungsfanatikern“ zu wenig berücksichtigt. Wo diese Radiosensibilität fehlt, wird man mit der homogensten Strahlung nichts ausrichten; das ist ohne weiteres klar nach den Beobachtungen, die jeder einigermaßen erfahrene Radiotherapeut z. B. beim Ulkus rodens machen kann.

Wo aber diese Radiosensibilität vorhanden ist, da brauchen wir die Homogenbestrahlung nicht, weil wir mit dem üblichen Bestrahlungsmodus vollkommen auskommen. Ob nicht die Homogenbestrahlung eine große Gefahr für den Patienten wegen der Möglichkeit der Schädigung hochempfindlicher normaler Organe (Hoden, Ovarien, Milz, Knochenmark!) bietet, das ist doch auch sehr zu erwägen!

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Biologische Behandlung des Glaukoms.** Von Dr. E. Klein-Berlin. Arch. f. diät.-physik. Therap., 1908, Nr. 3 u. 4.

2. **Die Nierenentzündung im Verlauf von Scharlach.** Von W. Schöneich. Bl. f. klin. Hydrotherap., 1908, Nr. 3, nach Csasop. lek., 1907, Nr. 6 bis 10.

1. Im 12. bis 16. Kapitel seiner bereits mehrfach erwähnten Arbeit („Zur lokalen und allgemeinen Behandlung Augenkranker mit Hilfe des akut hyperämisierenden und diätetischen Verfahrens“) bespricht Klein das Glaukom und zeigt an den praktischen Ergebnissen dieser Behandlungsweise, „wie fruchtbar es sein kann, wenn die starr umgrenzte lokalistische Betrachtungsweise verlassen wird, wenn die Beobachtung über die örtlichen Erscheinungen hinausgelenkt, den Vorgängen im Gesamtorganismus sich zuwendet“.

Zum besseren Verständnis seiner Betrachtungsweise möchte Klein statt der Unterscheidung von Gl. simplex und inflammatorium, Gl. akutum und chronikum, Gl. absolutum die glaukomatösen Kranken scheiden in solche mit Drucksteigerung am vorher gesund gewesenen und solche mit Zunahme des Binnendruckes im lädierten Auge.

Die letztere kann bedingt sein durch Raumbeschränkung und Umlaufhinderung infolge von Fremdkörpern, Geschwülsten, Linsenluxation, Irisverwachsung etc. und verlangt eine örtliche Therapie, bei der ersteren aber ist eine allgemeine organische Funktionsstörung als Ursache der glaukomatösen Vorgänge anzusehen.

Der den ganzen Organismus ins Auge fassende Praktiker gelangt nämlich, wie Klein ausführt, bei Beobachtung einer größeren Zahl von Glaukomatösen zu der Erkenntnis, daß diese Menschen, wenigstens ihrer überwiegenden Mehrzahl nach, eine ganz besondere, ihnen gemeinsame Beschaffenheit aufweisen, daß sie nahezu einen Typus darstellen. Sie gehören meist demselben Lebensalter (zwischen 45 und 70) an, sie weisen einen fast identischen Körperbau auf, außer den Beschwerden und Veränderungen am Auge unterliegen sie fast den gleichen Störungen allgemeiner Natur, sie klagen über bestimmte Schmerzen, über das schnell überhandnehmende Schwinden körperlicher Fähigkeiten. Es sind die „rheumatoiden“ gichtischen „Fresser mit der großen Leber“, Stammgäste von Karlsbad, Kissingen etc., die fast ausschließlich intellektuell beschäftigten, chronisch obstipierten, mit Kapillarektasien behafteten Leute, die im Verhältnis zu ihrer geringen körperlichen Arbeitsleistung seit langer Zeit das Doppelte bis Dreifache der zureichenden Mengen gegessen haben. Ihre Sehkraft war dabei früher meist ausgezeichnet.

Sie befinden sich im Stadium der Involution von den Mannesjahren zum beginnenden Greisenalter, und da sie das Maß ihrer Zufuhr stets weit über ihren Verbrauch, über ihre Fähigkeit zur Abfuhr eingestellt hatten, so sind sie einer frühzeitigen Ermüdung und Abnutzung aller Funktionen verfallen*).

Aehnlich wie die Rhachitis am Ende des Säuglingsalters, die Skrofulose vor dem Eintritt in die Pubertät, die Tuberkulose an der Wende des zweiten Jahrzehnts auftritt, so sind auch die beschriebenen Erscheinungen und unter ihnen das Glaukom eine Reaktion auf Schädlichkeiten, die während des erwähnten Uebergangsalters fortwirken, eine örtliche Manifestation allgemein organischer Umlaufsstörungen (deren Herkunft und Zusammenwirken im einzelnen uns noch unbekannt ist).

In diesem Zusammenhang legt Klein besonderen Wert auf die Feststellung, daß die beim Glaukom zu beobachtenden Symptome ausschließlich auf eine hochgradige Stase, begleitet von einiger Transsudation, nicht aber auf eine Entzündung, sondern höchstens, wenn man wolle, auf eine Vorstufe derselben zu beziehen seien.

Während nun die Augenärzte, die zur Erklärung dieser „Sukkulenz“ z. Z. nur unbefriedigende Hypothesen haben, zu ihrer Beseitigung eine zwar sehr radikale, jedoch immerhin nur symptomatisch wirkende Verlegenheitstherapie anwenden, kann die eben beschriebene Anschauungsweise Kleins weder die Verwendung der miotisch wirkenden Mittel noch die Ausführung der Iridektomie als zweckmäßige Behandlung gelten lassen.

Die künstliche Miose durch Eserin etc. wird ja schon von ophthalmologischer Seite als ein Verfahren bezeichnet, das den Krankheitsprozeß nicht zu verändern, sondern nur zu verschleppen geeignet sei, aber auch die Iridektomie ist weder ein sicher wirkendes noch ein ungefährliches Hilfsmittel, und selbst bei tatsächlicher Erreichung des gewollten Zweckes wird durch sie der Zustand des Kranken verschlechtert (Kolobombildung mit Blendung, Irisschlottern etc.).

„Die einzig rationelle Behandlung der Glaukomkranken besteht vielmehr einerseits in der Beeinflussung der zirkulatorischen Vorgänge seines ganzen organischen Haushalts“, d. h. vor allem in Einschränkung der gesamten Zufuhr bei gleichzeitig gesteigerter Auswertung aller noch vorhandenen Fähigkeiten des Verbrauchs und der Abfuhr, also in diätetischen Maßnahmen, und andererseits in örtlichen Maßnahmen am Auge, die kurz als akute Hyperämisierung zu bezeichnen sind. Beide haben sich je nach dem einzelnen Falle zu richten.

Der stürmische Glaukomanfall erfordert eine sofortige, ausgiebige und anhaltende Herabsetzung des allgemeinen organischen Flüssigkeitsdrucks durch Aderlaß, Darmentleerung mittels Klysma und Jalappe, Aloe oder Senna, Schwitzpackung mit Dampfkruken, später heiße Teilbäder. Die lokalen Maßnahmen bestehen in feuchtheißer Bedeckung des Auges und der Stirn, abwechselnd mit Andampfung, später heißen Augenbädern.

Bei weniger stürmischem Beginn kann mit dem Aderlaß zunächst gewartet werden. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen kann man mit ihm die sehr wichtige Fortsetzung der Behandlung eröffnen. Die örtliche Therapie beschränkt sich nun auf täglich mehrmals vorzunehmende heiße Augenbäder und heiße Aufschläge, event. bei Schmerz oder Spannung eine örtliche

---

*) Bei den jugendlichen Glaukomatösen ohne Primarläsion ist die Funktionsstörung auf Senium praekox, Debilität, Skrofulose oder sonstige Konstitutionsanomalien zurückzuführen.

Blutentziehung. Die **Allgemeinbehandlung** hat neben den erwähnten heißen Teilbädern (Hauffe) Uebung der Atemtätigkeit, Gymnastik, Massage, Waschungen, Packungen, Uebergießungen, geeignete Diät, Sorge für regelmäßige Stuhlentleerung ins Auge zu fassen.

2. Vom 1. Mai 1906 bis 1. Mai 1907 wurden im Lodzer Kinderkrankenhause 340 Kinder mit Scharlach aufgenommen, unter denen sich 30 mit postskarlatinöser Nephritis befanden, 49 erkrankten an letzterer im Hospital. Urämie brachten 20 Kinder mit. Die Diät der Nephritis war eine aus Milch und Vegetabilien gemischte salzlose Kost unter möglichster Flüssigkeitseinschränkung.

Die Ausscheidung der im Körper retinierten Stoffe wurde durch Schwitzpackungen, Abführmittel und namentlich durch einstündige Bäder von 28° R nach Strasser und Blumenkranz in erfolgreicher Weise herbeigeführt.

Die günstige Wirkung der protrahierten Bäder wurde durch Kontrollversuche festgestellt, aus denen enorme Steigerung der Harnsekretion und rascheres Schwinden der Albuminurie im Vergleich zu der Behandlung mit einfachen Bädern oder Packungen hervorging.

Kontraindiziert sind die Bäder bei sehr starker hämorrhagischer Nephritis: letztere wurde mit Trockendiät, d. h. Beschränkung der Gesamtflüssigkeit auf $1/2$ l pro Tag, und Sekale kornutum in großen Dosen behandelt.

Varia.

1. **Vom Gesundbeten.** Von Leopold Feilchenfeld. Med. Klinik, 1908, Nr. 15.

2. **Medizin und Ueberkultur.** Nach einem Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft. Von W. His. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 15.

3. **Ueber Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke.** Von Dr. B. Laquer. Therap. d. Gegenw., 1908, Nr. 4.

4. **Elektrische Narkose.** Von Dr. A. Gradenwitz. Umschau, 1908, Nr. 14.

5. **Geht bei Atoxylbehandlung Arsen in die Haare über?** Von Rabow und Strzyzowski. Therap. Monatshefte, 1908, Heft 4, April.

1. Feilchenfeld erzählt von einem Kranken, der wahrscheinlich an einem Hypernephrom mit Metastasen zugrunde ging und außer dem Arzte von einer Gesundbeterin behandelt wurde. Er meint, daß er vielleicht durch frühzeitige Operation hätte gerettet werden können, und daß die Christian Scientist dem im Wege gestanden habe.

Indessen hat auch ein anderer Gedankengang seine Berechtigung. Der Kranke war jedenfalls bis zuletzt der Ueberzeugung, daß er in guten Händen sei und gesund werde; und da uns nicht die Dinge erregen, sondern die Gedanken, die wir uns darüber machen, so hat er wahrscheinlich weniger gelitten als bei einer Nierenexstirpation, die, selbst wenn erfolgreich, ihm die Schwere seines Zustands, von den Schmerzen abgesehen, eindringlich und für die Dauer zu Gemüte geführt hätte.

Ref. hat einen ähnlichen Fall erlebt. Er schickte einen älteren Herrn wegen verdächtiger Nierenblutungen zu einer Autorität, die den Verdacht auf eine maligne Neubildung nicht bestätigte. Kurz danach geriet der Kranke zu einem geschickten Schwindler, der von der Schwere des Falls keine Ahnung hatte, den Kranken während zweier Jahre als magenkrank behandelte, es aber verstand, ihn im Glauben zu halten, daß seine Erkrankung unbedeutend sei. Als ich vier Wochen vor dem Tode wieder zu dem Kranken geholt wurde, war der ganze Leib mit Metastasen eines Nierenkarzinoms erfüllt.

Ich habe nie daran gezweifelt, daß der Kranke auf diese Weise besser gefahren ist, als wenn ich ihn lege artis zur Operation hätte veranlassen können. Ich hätte das nur vermocht, wenn ich ihm die Gefährlichkeit seines Zustandes und die Notwendigkeit, bald zu operieren wegen der Gefahr der Metastasen, klar dargestellt hätte. Dann wäre es aber mit seiner Lebensfreude vorbei gewesen, und selbst wenn er schließlich nicht den Metastasen oder dem Rezidiv erlegen wäre, so hätte doch weder ihn noch seine Angehörigen die Furcht vor denselben verlassen.

F. von den Velden, Frankfurt a. M.

2. Ein sehr lesenswerter Aufsatz des vielseitig gebildeten Verfassers, interessant auch durch das, was er verschweigt und dem Scharfsinn des Lesers überläßt.

His kennt drei nervöse Epochen der Vergangenheit, die alexandrinische, auf deren Aehnlichkeit mit der unserigen oft hingewiesen worden ist, die der ersten römischen Kaiser und die Frankreichs im 18. Jahrhundert, und benutzt die Beschreibung dieser Epochen, um unserer eigenen Zeit, mit der er sie vergleicht, unangenehme Wahrheiten, besonders auch in ärztlicher Beziehung, zu sagen. Wir sehen hier, daß es auch in diesen Zeiten Aerzte gab, die sich dem Zug der Zeit widersetzten, und daß ihnen das Leben sauer gemacht wurde.

Als das Gemeinsame dieser Epochen erkennt er nicht die Unsicherheit der Existenz, nicht Einseitigkeit und Uebermaß intellektueller Arbeit, sondern den Mangel an idealen Gütern, das Aufsuchen der Genüsse und die Gewöhnung an sie und den Mangel an Leibes- und Lebensgefahr, und begründet diese Ansicht durch geschichtliche Betrachtungen, insbesondere durch den Nachweis, daß Zwang, Not und Gefahr stets sehr wohltätig auf die allgemeine Nervosität eingewirkt haben; oder, wie Goethe treffend sagt:

Der Hypochonder ist bald kuriert,
Wenn dich das Leben recht kujoniert.

Freilich muß His zugeben, daß diese Kur nicht bei allen anschlägt, daß nervöse Belastung ihr Grenzen setzen, er hält aber diese für meist überwindbar und den Geist der Zeit für eine schlimmere Schädlichkeit als die ererbte Disposition.

Aus solchen Anschauungen ergibt sich natürlich eine starke Geringschätzung der Pharmakologie, des Spezialistentums und der neuen Methoden und andererseits die Anerkennung aller, denen Heilung gelingt, sie mögen kommen, woher sie wollen, und Verfahren befolgen, die ihnen belieben: und in zurückhaltender Weise zieht denn auch His diese Folgerung. Es ergibt sich aber auch eine weitere Folgerung, vor der er zurückschreckt, daß nämlich die Radikalkur der allgemeinen Nervosität gar nicht ins ärztliche Gebiet schlägt, sondern entweder durch die Zeitumstände herbeigeführt werden muß oder durch eine Persönlichkeit, die den Zeitgeist tief zu beeinflussen vermag — und wenn diese selbst zufällig ein Arzt wäre, so wüchse sie doch über das Gebiet des Berufs so weit hinaus, daß ihre ärztliche Vergangenheit nicht in Betracht käme.

Diesen für den einzelnen Arzt entmutigenden Schluß zieht His nicht, sondern ist der Ansicht, daß durch Belehrung der Patienten („nicht durch Vorträge und Bücher, die ja doch mißverstanden werden") Großes erreicht werden könne. Gewiß muß der Arzt diese versuchen, aber die Erfahrung wird ihn lehren, daß der Versuch gewöhnlich scheitert, und daß selbst der große und erfolgreiche Wirkungskreis einzelner Aerzte verglichen mit den Dimensionen eines ganzen Landes verschwindend klein ist.

F. von den Velden.

3. Laquer bringt einiges Statistisches über den diabolus germanikus und berichtet über die Bemühungen, die in Herford, Dortmund, Bielefeld und einigen anderen Städten gemacht werden, um die Trinker zu bekehren. Die Resultate wären besser, wenn nicht, wie L. richtig hervorhebt, gar zu viele ein Interesse daran hätten, daß regelmäßig und reichlich getrunken wird. Er empfiehlt die Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen unter ärztlicher Leitung, von denen aus die Trinker bearbeitet werden sollen. Ref. möchte bezweifeln, daß dieselben mehr sein werden als ein Tropfen auf einen heißen Stein, und glauben, daß es bei Luthers Ausspruch bleiben wird: „Das Saufen ist ein alt Laster bei den Deutschen, wie der Römer Cornelius (= Tacitus) schreibet, hat zugenommen und nimmt noch zu." Die in den führenden Klassen erfreulicherweise zunehmende Mäßigkeit im Trinken ist in den unteren Schichten nicht zu verspüren, und für eine vernünftige Alkoholgesetzgebung nach nordischem oder amerikanischem Muster werden die Deutschen, die doch so viele ungefährlichere Freiheiten entbehren müssen, so bald nicht zu haben sein.

F. von den Velden.

4. Kaninchen kann man durch Gleichströme, die im Lauf einer Sekunde sehr oft unterbrochen werden und eine Spannung von 5 bis 6 Volt bei 1 Milliampère Stromstärke haben, in Narkose versetzen. An die Anwendung dieser Narkose auf den Menschen kann man indessen nicht denken, da schon bei 12 bis 15 Volt Herz und Atmung der Kaninchen stille stehen.

Interessant ist aber, daß man diesen Stillstand — nicht immer, aber meist — durch rhythmische Stöße desselben Stroms vorübergehen lassen kann. Hier eröffnet sich vielleicht eine Möglichkeit, durch elektrische Ströme Verunglückte zum Leben zurückzubringen.

Gr. ist der Meinung, daß man auch in der Chloroform- oder Aethernarkose Verunglückte mit diesen elektrischen Strömen wiederbeleben könne. Da diese aber zur Inhalationsvergiftung keine besondere Verwandtschaft haben, so ist nicht einzusehen, warum sie hier mehr leisten sollten als andere Exzitantien. Auch werden sie gewöhnlich nicht zur Hand sein. F. von den Velden.

5. Nur wenige neuere Arzneimittel haben eine solch umfangreiche Literatur aufzuweisen wie das Metarsensäureanilid oder Atoxyl. Wurde dieses Mittel vor einigen Jahren nur vereinzelt bei einigen Dermatosen als Ersatz der arsenigen Säure angewandt, so gaben die damit gemachten reichen Erfahrungen bei der Trypanosomenkrankheit und bei der Behandlung der Syphilis den Anlaß zu eingehenden Studien über die Pharmakodynamik dieser organischen Arsenverbindung. Weit über 100 Arbeiten sind über diesen Gegenstand bis jetzt veröffentlicht worden. Die in der Ueberschrift aufgeworfene Frage ist darum nicht ganz ohne Interesse, weil Arsenik bei medikamentöser Zufuhr in den meisten Organen nachgewiesen wurde; ja, durch die neueren Forschungen von Gautier und Bertrand scheint erwiesen, daß Arsen, in allerdings kleinen Mengen, ein regelmäßiger Bestandteil des menschlichen Körpers ist. Nach Richaud (Précis de Therapeutique) soll es Gautier gelungen sein, in der Schild-, Brust- und Thymusdrüse, in der Haut und ihren Annexen unter normalen Verhältnissen geringe Mengen dieses Elementes nachzuweisen. Die Fälle, wo Arsenik in den Haaren nachgewiesen wurde, sind sehr spärlich. Den Verfassern gelang es nun, durch die Vermittlung R. Kochs Proben von Haaren von Uganda-Negern, die als Mittel gegen die Schlafkrankheit Atoxyl subkutan bekommen hatten, sich zu verschaffen, die sie auf ihren Atoxylgehalt mit Hilfe eines sehr exakten Marshschen Apparates prüften (das genauere chemische Verfahren ist im Original nachzulesen). Wie aus Vorversuchen festgestellt werden konnte, genügte diese Methode, um 0,024 mg Atoxyl nachzuweisen, d. h. es zeigte sich der bekannte Arsenspiegel. Auffallenderweise aber ergab die Untersuchung der Haare, von denen je 1 g genommen wurde, nicht die Spur einer Anwesenheit von Arsen, obwohl die im Laufe einiger Monate eingespritzten Atoxylmengen meist 3 bis 8 g betrugen. Auch Versuche mit Kaninchen, die längere Zeit mit Atoxyl behandelt waren, führten zu demselben negativen Ergebnis.

Es wäre wohl wenn auch vorläufig nur von theoretischer Wichtigkeit, den Grund hierfür zu erforschen; offenbar hängt diese Erscheinung mit der Differenz der chemischen Konstitution zwischen arseniger Säure und Atoxyl zusammen. Man kann vielleicht annehmen, daß die Verkettung des Arsens in dem organischen Atoxyl eine andere (festere?) ist als bei der arsenigen Säure, ein Umstand, worauf auch die geringere Giftigkeit des Atoxyls zurückgeführt werden kann (Ref.). C. Bachem-Bonn.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Die Formaminttherapie.

Sammelreferat von Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

Wenige Arzneimittel der Neuzeit haben ein solch umfangreiches Anwendungsgebiet zu verzeichnen, wie der einfachste Aldehyd der aliphatischen Reihe, der Aldehyd der Ameisensäure, gewöhnlich Formaldehyd genannt. Abgesehen von den gewaltigen Umwälzungen, welche die Formaldehyddesinfektion auf hygienischem Gebiet hervorgebracht hat, wurde dieser Körper von den Chirurgen und Dermatologen zu den verschiedensten Zwecken verwandt. Dazu kam noch, daß der Formaldehyd mit einer Reihe anderer Arzneimittel kombiniert wurde, Verfahren, die uns die neueren Heilmittel Tannoform, Glutol, Autan, Amyloform, Septoforma u. a. lieferten. Kein Geringerer als v. Behring empfahl sehr geringe Mengen Formaldehyds zur Sterilisation der Milch. Kurzum, die Verwendung war eine recht mannigfache. Nur der innerlichen Anwendung war man abhold, weil sich selbst bei sehr starken Verdünnungen Aetzerscheinungen gezeigt hatten. Andererseits muß aber hervorgehoben werden, daß ernstliche Vergiftungen mit Formaldehyd nie beobachtet worden sind.

Da es nun dennoch wünschenswert erschien, eine so stark antiseptische Substanz auch im Innern des Körpers zu verwerten, so suchte man der Frage näher zu treten, wie die Anwendungsart zu modifizieren sei, so daß Reizwirkungen ausgeschlossen werden können. In der Tat gelingt dies durch Bindung des Formaldehyds an andere Körper, aus welchen er nur langsam wieder abgespalten wird. Als solche Körper nenne ich Kohlehydrate, Eiweißkörper, Menthol u. a. Jacobson fand, daß eine Masse, die aus Milchzucker mit 2 % gebundenem Formaldehyd bestand, Hunden zu 160 g täglich zehn Tage hindurch verfüttert werden konnte, ohne daß diese den geringsten Schaden nahmen; insbesondere enthielt der Harn keine pathologischen Bestandteile.

P. Rosenberg*) wandte diese Therapie am Menschen an, und zwar verabfolgte er zuerst Lösungen des Formaldehyds in ungekochter Milch und später in Milchzuckerlösung mit Zitronenlimonade als Korrigens; diese Mischung enthielt 0.5% Formaldehyd. Der widerliche Geschmack der Lösung war jedoch ein Nachteil, welcher der sonst brauchbaren Medikation anhaftete. Der weitere und letzte Fortschritt bestand nun darin, das Produkt in feste Form zu bringen und zwar bewies sich die Tablettenform als eine äußerst bequeme Darreichungsweise. Die Dosierung wurde so gewählt, daß jede Tablette, die 1 g wiegt, 0,01 g an Milchzucker gebundenen Formaldehyd enthält; ein geringer Teil ist auch an Menthol gebunden; ferner enthalten die Tabletten außer den Bindemitteln Zucker und Gummi geringe Mengen Pepsin-Salzsäure. Als Geschmackskorrigens wurde hauptsächlich Zitronensäure gewählt. Die Tabletten, die schwach nach Formaldehyd riechen und von angenehm aromatischem Geschmack sind, führen den Namen Formamint-Tabletten.

Im folgenden werde ich versuchen, von dem therapeutischen Effekt der Formaminttabletten ein möglichst vollständiges Bild zu entwerfen; bei der Einteilung werde ich mich an die verschiedenen Organerkrankungen halten, bei denen Formamint angewandt zu werden pflegt.

Zuvor noch einige Worte über die bakteriologisch festgestellte antiseptische Kraft des Mittels. Seifert**) löste eine Tablette in 10 ccm Wasser; diese Lösung tötete innerhalb fünf bis zehn Minuten in einer Aufschwemmung alle Streptokokken, Pneumokokken, Typhus- und Tuberkelbazillen. Ebenso fielen Kulturversuche in Bouillon, Agar und Gelatine negativ aus, d. h. die Nährböden blieben steril, während sich in den Kontrollversuchen deutliche Entwicklung der Kulturen zeigte. In ähnlicher Weise konnte Rheinboldt***) zeigen, daß Formamintspeichel mit einer Kultur von Prodigiosusbazillen versetzt und auf Agarplatten verimpft bei sofortiger Einwirkung sehr viel weniger Kolonien aufkommen ließ als Normalspeichel; nach vier Stunden war eine vollständige Abtötung aller Keime im Formamintspeichel erreicht. Daus†) konnte diese Ergebnisse bestätigen, z. B. impfte er Agarplatten mit einem Streptokokkus, der von einer schweren Angina gezüchtet war. Die eine

---

*) Rosenberg: Ueber den Wert des Formaldehyds für die interne Therapie. Therapie der Gegenwart, 1905, Nr. 2.

**) Seifert: Ueber Formaminttabletten. Pharmakologische und therapeutische Rundschau, 1905, Nr. 14.

***) Rheinboldt: Ueber den Desinfektionswert des Formamints. Deut. med. Woch., 1906, Nr. 15.

†) Daus: Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf Schleimhäuten. Mediz. Klinik, 1906, Nr. 16.

Hälfte der Oberfläche wurde mit Formamintspeichel behandelt, die andere nicht; nach 24 Stunden war die Speichelseite fast steril geblieben, auf der anderen Seite waren reichlich Kolonien aufgegangen. Versuche anderer Autoren ergaben ein ähnliches Resultat.

Alle diese Versuche beweisen, daß dem Formamint in hohem Grade die Kraft innewohnt, den Speichel nicht nur aseptisch zu machen, sondern auch antiseptisch, so daß Gewebe, die mit ihm in Berührung kommen, desinfiziert werden.

Die geschilderten Ergebnisse ermunterten dazu, das Formamint zur Desinfektion der Mundhöhle anzuwenden und zwar als Ersatz der Gurgelwässer, wie chlorsaures Kalium, Alsol usw. Die richtige Anwendung ist die, daß man bei Angina und anderen Erkrankungen stündlich eine bis zwei Tabletten langsam im Munde zergehen läßt, keinesfalls sollen sie zerkaut oder gar ganz hinuntergeschluckt werden. Ich sehe hierin einen erheblichen Vorteil des Formamints vor anderen „Mundantiseptizis“, nämlich den, daß die Tabletten auch bei kleinen Kindern als „Bonbons“ gereicht werden können, während ein Gurgeln mit den vorhin genannten Substanzen gerade bei Kindern oft auf große Schwierigkeiten stößt. Auch hochfiebernde und apathische Kranke sind nicht selten außerstande, ihre Mundhöhle häufig genug zu reinigen. In recht großem Umfang verdient daher Formamint zur Desinfektion der Zähne und der Mundhöhle angewandt zu werden. Freilich müssen wir uns bewußt bleiben, daß es nie die mechanische Reinigung ersetzen kann, vielmehr nur als Adjuvans zu betrachten ist. Der Gebrauch der Formaminttabletten bedeutet aber, besonders zu Zeiten von Diphtherie-, Scharlach-, Influenza- und anderen Epidemien eine treffliche Prophylaxe insofern, als viele Infektionskrankheiten die Mundhöhle, Tonsillen usw. als Eingangspforte wählen. Bei spezifischen Munderkrankungen, Stomatitis, Gingivitis, Aphthen und Mundfäule hat sich das Präparat als nicht minder brauchbar erwiesen und den vielfach gebräuchlichen Pinselungen mit Borax, Honig etc. scharfe Konkurrenz gemacht.

Besonders indiziert erscheint eine Desinfektion der Mundhöhle nach Zahnextraktionen; da, wo die Dentisten eine Spülung mit Kamillentee, Kaliumpermanganat und ähnlichen Antiseptizis verordnen, kann ohne Schwierigkeit bei Extraktionswunden Formamint benutzt werden. Damit ist aber die Aufzählung der Indikationen bei Munderkrankungen nicht erschöpft; bewährt hat sich das neue Mittel bei Alveolarpyorrhöe, Foetor ex ore und ganz besonders bei Stomatitis merkurialis. Ich greife nur einige in der Literatur niedergelegte günstige Berichte aus vielen heraus. So sagt z. B. Sklarek*) am Schlusse seiner Abhandlung über Stomatitis merkurialis und deren Therapie durch Formamint folgendes: „Als besondere Vorzüge des Formamints möchte ich außer seiner sehr bequemen Anwendungsform noch seine beinahe absolute Ungiftigkeit, besonders dem Kalium chlorikum gegenüber, hervorheben, dessen Anwendung doch immerhin die Gefahr des Verschluckens eines Blutgiftes in sich birgt. Gewiß ist aber auch ferner der Umstand nicht zu unterschätzen, daß das Formamint die Zähne nicht schädigt, angenehm schmeckt, eine tatsächlich hohe desinfektorische Wirksamkeit sowohl gegen die Bakterien des Mundes als auch gegen die Zahnspirochäten besitzt, und daß seine Wirkung ausgiebiger und nachhaltiger ist als die der anderen prophylaktisch gegen Stomatitis angewandten Mittel.“ Aehnlich lauten die Erfahrungen Meißners**), der 32 Luetikern zur Munddesinfektion Formaminttabletten verordnete (täglich 10 bis 11 Stück). Die Tabletten wurden von allen gern genommen, nur wurde hier und da über etwas Brennen und Reizerscheinungen, zumal im Kehlkopf geklagt, doch kamen diese Klagen gegenüber der wohltuenden Wirkung des Formamints nicht in Betracht. Seine Beobachtungen berechtigen den Verfasser zu dem Schluß, daß die Anwendung von Formaminttabletten bei Quecksilberkuren mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit das Auftreten der Stomatitis merkurialis vermeiden läßt. Jänicke*), der ebenfalls die starke antiseptische Kraft des Formamints den im Munde hausenden Mikroorganismen gegenüber anerkennt, steht auf dem Standpunkt, daß der neue Modus der Formaldehydtherapie, welchen das Formamint darstellt, in der gesamten Mundhöhlentherapie und bei der Indikation sorgfältiger Mundpflege wesentliche Effekte garantiert.

Für die Anwendung der Formaminttabletten in der zahnärztlichen Praxis plädiert u. a. Lang**), der das Mittel als vollkommenen Ersatz der Gurgelwässer ansieht und in der durch Formamint bedingten gesteigerten Salivation auch einen ausgiebigeren Kontakt der Schleimhaut mit dem Antiseptikum erblickt.

Ich wende mich nunmehr zu einer kurzen Kritik der Erfolge, welche das Präparat bei Heilung anginöser Zustände zu verzeichnen hat.

Einer der ersten, der bei Angina das Formamint mit eklatantem Erfolge benutzte, war Rosenberg***); dieser verfügt über 45 Fälle von Anginen, bei welchen nach ein- bis zwei-, höchstens dreitägiger Formamintbehandlung die Beläge sowohl als auch Temperatursteigerungen geschwunden waren. Die Dosierung war in diesen und ähnlichen Fällen die, daß anfangs halbstündlich, später stündlich eine Tablette genommen wurde. Wenn die Temperatur wieder normal geworden ist, gibt man täglich etwa vier bis fünf Tabletten. Kinder über zwei Jahren erhalten anfangs drei bis vier Tabletten in halbstündigen Pausen. Jüngere Kinder und Säuglinge erhalten zweistündlich eine Tablette in einem Löffel lauwarmen Wassers aufgelöst. Nach Rosenbergs Erfahrung hängt allein von der genügenden Dosis der Erfolg ab. Auch H. Weiß†), welcher außer bei akuten und chronischen Pharyngitiden sich bei Angina des Formamints bediente, hebt ebenfalls die günstige Beeinflussung durch Formamint hervor. Dieselbe Ansicht teilt Blumenthal††). Er illustriert an der Hand einiger Krankengeschichten den Temperaturabfall und die schnelle Heilung der Angina unter Formamintwirkung. Auch bei chronischer Pharyngitis bewährte es sich zu seiner Zufriedenheit. Zwillinger†††) preist ebenfalls die prompte Wirkung bei Angina lakunaris und katarrhalis; bereits am zweiten Tage waren die Allgemeinerscheinungen gewichen, und in keinem Falle kam es zu einer phlegmonösen Angina, wobei noch bemerkt sei, daß keine anderen therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung gelangten.

Die meisten Autoren, welche über die günstige Beeinflussung der Angina durch Formamint berichten, wissen auch über gute Erfolge bei Diphtherie und Scharlach zu melden. Die einzelnen Krankengeschichten zu besprechen ist, hier nicht der Platz, es soll nur in aller Kürze gesagt sein, daß die vorher genannten Autoren Zwillinger, Rosenberg u. a. schnelles Verschwinden der schlimmen Symptome nach Formamint beobachteten. An die bereits zitierten Arbeiten hat sich neuerdings eine Untersuchung von M. Young*†) angereiht. Dieser englische Forscher hat nicht nur bakteriologisch, sondern auch klinisch die Vorzüge des Formamints wiederum bestätigt. An der Hand von kurz referierten Krankengeschichten weist er den Nutzen des Formamints besonders bei Scharlach nach; die Fälle, in denen Otorrhöe, Rhinorrhöe und Zervikallymphadenitis vorkamen oder die durch Rheumatismus kompliziert waren, verringerten sich nach Formamintgebrauch sehr erheblich. Bei anderen Erkrankungen und prophylaktisch (gegen Mumps) bewährte es sich ebenfalls. Verfasser sieht im Formamint eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes, hält aber die Tabletten noch für verbesserungsfähig insofern, als er eine noch langsamere Lösung für wünschenswert ansieht.

---

*) Sklarek: Ueber die Aetiologie der Stomatitis merkurialis und deren Therapie mittels Formamint. Berlin. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 49.

**) Meißner: Zur Behandlung der Stomatitis merkurialis. Therapie der Gegenw., 1907, Nr. 7.

*) Jänicke: Zur desinfizierenden Wirkung des Formaldehyds auf Schleimhäute. Mediz. Klinik, 1906, Nr. 30.

**) Lang: Die Anwendung der Formaminttabletten in der zahnärztlichen Praxis. Deutsche zahnärztliche Zeitung, 1906, Nr. 133.

***) Rosenberg, a. a. O.

†) Weiß: Ueber den Gebrauch von Formaldehyd bei inneren Krankheiten. Wiener mediz. Presse, 1907, Nr. 9.

††) Blumenthal: Beitrag zur Formaminttherapie. Therapie der Gegenwart, 1906, Nr. 12.

†††) Zwillinger: Zur therapeutischen und prophylaktischen Wirkung des Formaldehyds bei inneren Krankheiten. Therap. Monatshefte, 1905, Oktober.

*†) Young: Modern Methods of treating infective conditions of the throat. Lancet, 1908, S. 924.

Kramer*) verfügt u. a. über 20 Fälle von zum Teil recht schwerem Scharlach, ohne dabei dank der Formamint-therapie einen Todesfall zu erleben.

Von recht überraschendem Erfolge des Formamints bei Bronchitis fötida weiß Robert**) zu berichten. Der Krankheitsfall, der bis dahin allen therapeutischen Maßnahmen getrotzt hatte, ging unter Formamint innerhalb eines Monats in Heilung über: die Temperaturerhöhung schwand, der Auswurf nahm ab, wurde nicht mehr übelriechend, der Lungenbefund wurde normal, und das Körpergewicht nahm bedeutend zu.

Zum Schlusse noch einige andere Veröffentlichungen, die für die Brauchbarkeit des Formamints zu sprechen scheinen: Rings***) behandelte eine große Reihe von Paratyphusfällen, von denen nur drei Prozent tödlich verliefen. Verfasser hält es von Wichtigkeit, bei Besprechung der Therapie auf den ausgiebigen Gebrauch von Formamint aufmerksam zu machen, dessen günstigem Einfluß er die guten Heilerfolge — zum Teil wenigstens — zuschreibt. Jedenfalls ist hier ein stark bakterizider Einfluß des Mittels auf die Darmbakterienflora nicht von der Hand zu weisen.

Wie aussichtsreich die Formaminttherapie bei anderen infektiösen Erkrankungen ist, ersehen wir aus den Resultaten Davids†), welcher das Mittel bei tuberkulöser Knochen- und Gelenkerkrankung mit bestem Erfolg in Anwendung zog. Innerhalb kurzer Zeit trat bei den kleinen Patienten mit Koxitis, Spondylitis, Gonitis tuberkulosa etc. Besserung des Allgemeinbefindens und teilweise Heilung ein.

Auch andere Erkrankungen reagierten prompt auf Formamint, z. B. postgonorrhoische Bakteriurie (Weiß a. a. O.). Schwarzenbach††) sah bei akuten (Erysipel, Streptokokkengrippen und -Anginen) und chronischen Streptomykosen sowie bei Lungentuberkulose den Nutzen des Formamints bestätigt. Auch nach seinen Erfahrungen ist es unschädlich und reizt, obschon es in erheblichen Mengen im Harn ausgeschieden wird, die Nieren keineswegs.

Diese und ähnliche guten Erfahrungen ließen sich beliebig mehren, wenn die Aerzte mehr als bisher dazu übergehen würden, das Formamint reichlich anzuwenden. Da Formaldehyd eines unserer stärksten, vielleicht das allerstärkste Antiseptikum ist, welches wir bis jetzt kennen, ist die Anwendung des Formamints, auch wissenschaftlich betrachtet, als durchaus rationell zu bezeichnen.

---

*) Kramer: Zur Therapie des Scharlach. Petersburger med. Wochenschrift, 1907, Nr. 6.

**) Robert: Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Bronchitis foetida mit Formamint. Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1905, Nr. 5.

***) Rings: Klinische Bemerkungen über eine bakteriologisch sichergestellte größere Epidemie von Paratyphus. Medizin. Klinik, 1907, Nr. 34.

†) David: Die Anwendung des Formamint bei tuberkulöser Knochen- und Gelenkerkrankung. Monatsschrift für orthopädische Chirurgie, 1907, Nr. 2.

††) Schwarzenbach: Die interne Behandlung der Streptomykosen mit Formaldehyd. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1905, Nr. 24.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber den Desinfektionswert der neuen Kresolseifen des Ministerialerlasses vom 19. Oktober 1907.** Von Dr. Seligmann. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 16.

2. **Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe des Mannes.** Von Dr. Knauth. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 16.

3. **Zur Laktobazillinfrage.** Von Prof. Dr. Biernacki. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

4. **Ueber die Pyrenoltherapie bei Lungenkrankheit.** Von Dr. Rosenbach. Die Heilkunde, 1908, Nr. 4.

5. **Beitrag zur Wirkung des Spirosals.** Von Dr. Dengel. Allg. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 17.

6. **Ueber Rheumazid.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 33.

1. Gelegentlich von Untersuchungen über den Desinfektionswert verschiedener Kresolpräparate des Handels wurden auch die Kresole vom Siedepunkt 199 bis 204° C geprüft, die neuerdings durch den preußischen Ministerialerlaß vom 19. Oktober 1907 für die Hebammenpraxis vorgeschrieben sind. Auf Grund seiner Versuche, die S. mit Kresolen aus drei verschiedenen Fabriken anstellte, spricht er sich dahin aus, daß das Lysol den neuen Kresolseifen an Desinfektionswert etwas überlegen ist; jedoch kommt diese Ueberlegenheit für praktische Zwecke und 1%ige Lösungen kaum in Betracht. Daß — wie behauptet — die Kresolseifen, nach der neuen Verordnung hergestellt, dem Lysol überlegen sind, konnte S. nicht bestätigen. Er fand ferner, daß die geprüften Kresolseifen unter sich keine ganz gleichmäßige Desinfektionskraft besitzen, und daß sie dem alten Liquor kresoli saponatus des Deutschen Arzneibuches von 1907 in keiner Weise überlegen sind.

2. Bei 29 gonorrhoischen Erkrankungen, und zwar bei akuten, subakuten und chronischen Formen sowie bei gonorrhoischen Nebenhodenentzündungen, hat K. Arhovin verabreicht. Er gab es nur per os, täglich vier bis sechs Kapseln zu 0,25 g, in der Weise, daß die Kranken im akutesten entzündlichen Stadium bei gleichzeitiger Einhaltung einer reizlosen Diät (vorwiegend Milch) und lokaler Eisbehandlung das Bett hüten mußten und erst dann, wenn der Ausfluß einen mehr wässrigen, schleimigen Charakter angenommen hatte, dasselbe verließen, um gleichzeitig zur gewöhnlichen Kost ohne alkoholische Getränke überzugehen. Bei den chronischen Formen erhielten die Kranken die gewöhnliche Lazarettkost; das Arhovin wurde so lange verabreicht, bis der Ausfluß sistierte, der Urin ganz hell wurde und sich frei von Gonokokken erwies. Durch diese Behandlungsmethode wurden die akuten Tripper in durchschnittlich 30 Tagen geheilt, die chronischen in durchschnittlich 40 Tagen. K. hält das Arhovin für ein auf die Entzündung der Schleimhaut der Harnröhre günstig wirkendes, schmerzlinderndes Heilmittel, das per os genommen ein zweckmäßiger Ersatz für die Injektionsmethode sei. (Ohne die günstigen Erfolge der Arhovinbehandlung irgendwie in Zweifel ziehen zu wollen, fragt es sich doch, ob der praktische Arzt gleich günstige Resultate erzielen wird. Denn welcher Patient kann tagelang, ja eventuell wochenlang das Bett hüten, selbst wenn er dazu imstande wäre und die redlichste Absicht hätte, es zu tun? Eine solche Liegetherapie kann m. E. nur in Anstalten durchgeführt werden, und welche günstigen Resultate man mit Ruhe, auch ohne Arhovin oder ähnliche Mittel, erzielt, ist bekannt und oft genug gewürdigt worden. D. Ref.)

3. Die günstige Wirkung nach Gebrauch von Yoghurt auf Darmkatarrhe verschiedener Herkunft ist an dieser Stelle wiederholt besprochen. Nach Metschnikoff, in dessen Laboratorium aus dem Yoghurt das wirksame Ferment „Laktobazillin“ (Bazill. bulgarik. und Bazill. paralaktik.) hergestellt wird, soll dieses bezw. die damit hergestellte saure Milch sogar ein geradezu lebensverlängerndes Mittel sein. Davon abgesehen sind aber auch die Versuchsergebnisse von Belonowsky außerordentlich interessant, aus denen hervorgeht, daß bei Mäusen, die mit Milchsäure oder mit Milchsäurebazillen versetzte Nahrung erhielten, die Entwicklungs- und Zeugungsverhältnisse besser waren als bei solchen Mäusen, die gewöhnliche Nahrung bekamen. Auch B. hat Stoffwechselversuche mit Laktobazillin gemacht und ist zu Befunden gekommen, die mit den Metschnikoffschen Ansichten über das Wesen des Laktobazillin unvereinbar sind. Er fand nämlich, daß beim Gebrauch von Laktobazillin bei drei Versuchen (an zwei Hunden) von den Tieren weniger Kot ausgeschieden wurde, und um 15 bis 20% weniger Trockensubstanz im Kote, darin weniger Stickstoff und Fett zur Ausscheidung kam als vor der Laktobazillinanwendung. Daraus folgt, daß das Laktobazillin eine bedeutende Steigerung der Nahrungsausnutzung im Darmkanale bewirkt, und die bessere Entwicklung und Zeugung der Mäuse in den Belonowskyschen Versuchen würde sich ungezwungen auf diese bessere Nahrungsausnutzung zurückführen lassen. So faßt aber Metschnikoff die Erscheinungen nicht auf; denn er sieht das Wesen der Laktobazillinwirkung bezw. den günstigen Einfluß

desselben in der Beschränkung der Darmfäulnis, welche er für die Grundschädlichkeit des normalen Lebens hält. Er glaubt, daß die Wirkung der Milchsäure in letzter Linie mit der des Laktobazillins identisch ist, zieht aber doch das Ferment jener vor, weil es sich bei diesem um Entwicklung von Milchsäure in statu nascendi handle. Im Einklange mit diesen Anschauungen geben einige Autoren, besonders Cohendy, an, daß beim Einnehmen von Laktobazillin der Gehalt an Aetherschwefelsäuren im Urin, als Maßstab der Darmfäulnis, sich tatsächlich vermindert. B. hat dies, wie auch andere Autoren, nicht bestätigt gefunden. Nach seinen Versuchen bei Einnahme von Milchsäuren zeigte es sich auch, daß die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren und die Ausnutzung der Nahrung im Darmkanale mit den Ergebnissen bei Laktobazillin nicht identisch waren. Auch fand sich bei Milchsäureverabreichung eine Eindickung des Kotes im Gegensatz zum Laktobazillinversuch. Wenn also Metschnikoff annimmt, daß durch den bulgarischen Bazillus die Darmfäulnis gehemmt werde, so findet sich bei den Untersuchungen B.s gerade das Gegenteil, nämlich bei Verabreichung von getötetem Ferment deutliche Zunahme der Aetherschwefelsäuren im Harne, also vermehrte Darmfäulnis. Nach B.s Versuchsergebnissen liegt der Schwerpunkt der therapeutischen Laktobazillinwirkung in der Steigerung der Nahrungsassimilation im Verdauungskanale, und es hat sich erwiesen, daß die Milchsäurebakterien (Baz. bulgarik., paralaktik.) bezw. deren chemische Komponenten einen mächtigen Anreiz für die Verdauungsorgane bilden. Zum Schluß seiner interessanten Ausführungen weist der Verfasser darauf hin, daß zwischen der Anwendung des Laktobazillins und der vermittels desselben hergestellten sauren Milch unterschieden werden muß. Letztere kann bei Darmerkrankungen adstringierend wirken, ersteres bei Obstipation das Entgegengesetzte tun.

3. Aus dem allgemeinen Krankenhause in Wien berichtet R. über günstige Erfolge mit Pyrenol. Er bestätigt die Beobachtungen anderer Forscher, daß das Mittel tonisierend auf das Herz wirke. Von den Kranken wurde es gern genommen; infolge der erleichterten Expektoration war der Husten nicht mehr so quälend, das Sputum wurde dünnflüssiger; der Puls wurde voller, seine Frequenz sank. R. wandte das Pyrenol bei Tracheitis, Bronchopneumonie, Bronchitis diffusa, Pneumonie, Asthma bronchiale sowie bei einigen Phthisikern an; bei letzteren beobachtete er gleichfalls die sedative Wirkung des Präparats.

5. Als ein „tadellos wirkendes Mittel bei Muskelrheumatismus“ wird von D. neuerdings Spirosal der Firma F. Bayer & Co. empfohlen. D. glaubt, daß das Mittel bei Muskelrheumatismus wenigstens eine spezifische Wirkung ausübt. Er gab zweimal täglich einen Teelöffel einer Mischung Spirosal und Spiritus ana und ließ diese nach und nach langsam auf die Stelle der größten Schmerzen verreiben, das ganze mit Watte, eventuell auch mit wasserdichtem Papier bedecken und mit einer Binde befestigen. D. rechnet aus, daß der Krankenkasse bei Verwendung von Spirosal in der angegebenen Form täglich 40 bis 50 Pfennige Kosten verursacht würden, glaubt aber, daß sich die Firma Bayer dazu verstehen werde, das Mittel als Spezialität abzugeben, wodurch eine Tagesausgabe von 30 Pfennigen entstehen würde. Wegen der vorzüglichen Wirkung des Mittels hofft D., daß sich die Krankenkassen auf eine Verabfolgung des Präparats einlassen werden und macht für diesbezügliche Schritte der Aerzte bei den Kassen Propaganda (wahrscheinlich ohne jeden Erfolg! Ref.).

6. Ueber ein neues Mittel gegen Influenza, alle möglichen rheumatischen Leiden, Neuralgien, Gicht, Blasen- und Hautleiden liegt mir ein Prospekt vor und dann ein Bericht von Dr. Zernik über dieses Allheilmittel namens Rheumacid, welcher seine aus dem pharmazeutischen Institute der Universität Berlin stammenden Untersuchungen veröffentlicht. In haarsträubender Weise wird für das neue Mittel Reklame gemacht. Da heißt es u. a.: „Ein Retter naht Ihnen und bringt selbst in den schwersten, veralteten Fällen Hilfe, Heilung und Genesung.“ Und weiter: „Die bis jetzt zur Bekämpfung dieser Leiden gebräuchlichen Mittel können als ausreichend nicht angesehen werden, im Gegenteil!“

„In jahrzehntelanger, angestrengter, unermüdlicher Arbeit ist es einem sich bedeutenden Rufes erfreuenden Spezialarzte, Dr. med. Thisquen in Köln, vergönnt gewesen, seinen eisernen Fleiß belohnt zu sehen, dadurch, daß er die schwierigste aller medizinischen Fragen ein gewaltiges Stück der Lösung näher gebracht, wenn nicht überhaupt gelöst hat.

Es ist Dr. med. Thisquen möglich geworden, nicht zuletzt durch die jahrelangen, stets wiederkehrenden erfolgreichen Behandlungen seiner Patienten, das Maß von Wissenschaft zu sammeln, das für die Lösung eines so wichtigen Problems erforderlich war.

Einen Triumph für die Wissenschaft, einen Segen für die Menschheit, den schönsten Lohn für jahrelange, rastlose Forschungen bedeutet ein von dem Spezialarzt Dr. med. Thisquen in Köln entdecktes Präparat, das er „Rheumacid“ nannte.

Dr. med. Thisquens Rheumacid ist dasjenige Präparat, welches bestimmt ist, eine vollkommene Umwälzung, ein Brechen mit alten Theorien, hervorzurufen.

Leiden Sie an Influenza, Rheumatismus, Erkältungskrankheiten, Neuralgien, Ischias und deren Begleiterscheinungen?	Dr. med. Thisquens Rheumacid A beseitigt sie gründlich!
Werden Sie durch Gicht geplagt?	Dr. med. Thisquens Rheumacid B befreit dauernd davon!
Sind Sie mit Nieren-, Blasen- oder Hautleiden behaftet?	Dr. med. Thisquens Rheumacid C bewirkt vollständige Heilung!“

So weit der Prospekt über „Rheumacid“. Gleichzeitig wird darin Dr. med. Thisquens Rheumasolvid-Tee empfohlen.

Die Präparate werden dargestellt und vertrieben durch Dr. med. Thisquens Antirheuma-Werke, Berlin 112, Frankfurter Allee 15.

Preis für Rheumacid A, B oder C:

1 Flakon Tabletten 3,50 M. in Pulverform 50,0 g = 17,50 M.
7 Flakons Tabletten 23,50 M. in Pulverform 100,0 g = 32,50 M.
Eine Probeschachtel 1 M.

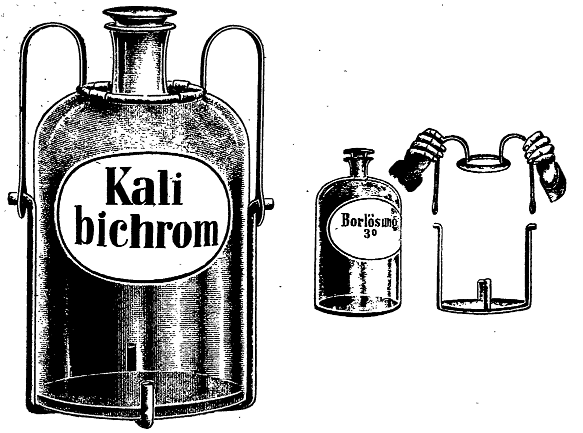
Z. hat das Rheumacid A, B und C untersucht, und zwar lagen von Rheumacid B und C je zwei von verschiedenen Sendungen stammende Konvolute vor. Abgesehen davon, daß z. B. die mit „Rheumacid A“ bezeichneten Schachteln nicht, wie vermerkt, 10 Pulver zu 1,0 g enthielten, sondern nur 5 Pulver in durchschnittlichem Gewicht von 0,5 g, und daß die Sendungen von „Rheumacid B“ an Aussehen, Gewicht und qualitativer Zusammensetzung differierten, sei hier nur auf die Untersuchungsergebnisse von Z. hingewiesen. Danach enthielt Rheumacid A rund 10% Salol, 23% Antipyrin, 9% Zitronensäure und 58% salizylsäurehaltige Acetylsalizylsäure. Das eine Rheumacid B hatte die gleiche Zusammensetzung, das andere enthielt Salol, reine Azetylsalizylsäure und Zitronensäure. Das eine Rheumacid C war wieder ebenso wie Rheumacid A zusammengesetzt, während die zweite Sendung desselben 10 Tabletten zu 0,5 g entsprechend der Zusammensetzung von Rheumacid B (zweite Sendung) enthielt. Und für diese wundertätigen Kompositionen werden so horrende Summen verlangt! Kommentar überflüssig!

Technische Neuerscheinungen.

„Prominent“, ein neuer Flaschenständer.

Ein glatter U-förmiger Stab, dessen beide Schenkel oben zu Gelenkzapfen umgebogen sind, nimmt die Flasche auf, je ein kurzer Zapfen vorn und hinten verhindert eine horizontale Verschiebung derselben. Ein oberer Teil besteht aus einem Ring von ca. 12 cm Durchmesser mit zwei nach unten gebogenen federnden Stahlbügeln; ein leichter Druck läßt diese Federbügel in die Gelenkzapfen einschnappen, die gleichzeitig zum Aufhängen des ganzen im Gestell dienen. Die Flasche hängt so vollkommen frei und absolut sicher. Jede Verschiebung und damit jede Bruchgefahr und Einklemmen der Finger beim Kippen etc. ist ausgeschlossen. Der fest auf der Flasche sitzende Federbügel bildet einen bequemen Handgriff. Da kein Teil der Flasche bedeckt ist, kann der Inhalt stets auf Beschaffenheit und Menge geprüft werden, Aufschriften sind auf den ersten Blick zu lesen. Da Ecken, Scharniere etc.

fehlen, kommt ein Ansetzen von Staub oder Schmutz nicht in Frage. Ist eine Flasche entzwei gegangen, so kann ohne jede Aenderung eine beliebige Flasche ähnlicher Form eingesetzt werden, da der Federbügel sich den kleinen Abweichungen anschmiegt. Die Halter „Prominent" werden ebenso wie die bisherigen in den üblichen Flaschenständer-Gestellen aufgehängt. Sie können deshalb auch an alten Gestellen angebracht werden.



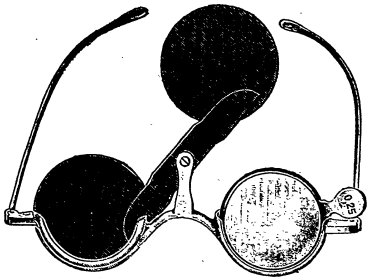
Fabrikant L. Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstr. 42.

M. Plien, Berlin.

Brillengestell zur Untersuchung der Sehschärfe auf den einzelnen Augen

nach Dr. Stenzel, Wittenberge. (Zeitschrift für Krankenpflege, 1908, März.)

An einem Probierbrillengestell sind auf dem Nasenbügel in aufrechtstehender Zwinge zwei schwarz lackierte Blechscheiben in Form einer Wippe so angebracht, daß in wagerechter Stellung das Gesichtsfeld für das Sehen mit beiden Augen freibleibt, beim Niederdrücken dagegen abwechselnd der entsprechende Brillenausschnitt verdeckt wird. Durch Abbiegung des Mittelstückes wird erreicht, daß die Scheiben hinter die Brillenfassung schlagen. Das Einsetzen von Gläsern ist so leicht ausführbar, besondere Deckgläser sind nicht nötig.

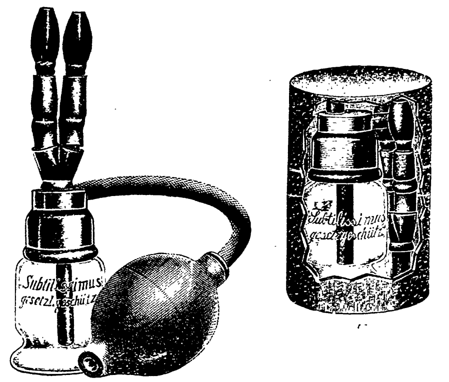

MED. WAARENHAUS A. G. BERLIN.
D. R. G. M.

Zu beziehen ist das Brillengestell vom Medizinischen Warenhaus Berlin. M. Plien, Berlin.

Neuer Flüssigkeitszerstäuber mit zwei beweglichen aufrechtstehenden Nasenoliven

nach Dr. Ritsert, Frankfurt a. M. (Zeitschrift für Krankenpflege, 1908, Märzheft.)

Der Zerstäuber „Subtilissimus" soll eine bequemere Handhabung ermöglichen als die bisher gebräuchlichen Modelle mit starren Ausströmröhren oder mit Oliven an langen Schläuchen. Auf zwei parallel gerichteten Ausströmröhren sind die Nasenoliven so aufgesetzt, daß sie aufrecht stehen, aber doch so viel seitlich zu bewegen sind, daß sie für eng- und weitgestellte Nasenöffnungen gleichzeitig verwandt werden können. Die beiden Ausströmröhren laufen an ihrer Basis in eine Röhre zusammen, so daß im Deckel der Zerstäuberflasche nur eine Oeffnung ist. In diese kann eine einfache gebogene Röhre eingesetzt werden und dann der Apparat auch zu Einstäubungen in Nase, Mund und Rachen benutzt werden. Die Größenverhältnisse des „Subtilissimus" sind so gewählt, daß er in einem kleinen Etui bequem in der Tasche zu tragen ist, was ihn namentlich für Asthmatiker wertvoll machen kann.



M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen.

Von Prof. Dr. Dieudonné. Würzburger Abhandlungen, Bd. VIII, 3./4. Heft. Stubers Verlag. Würzburg. 1,70 M.

In sehr ausführlicher Weise stellt D. die seitherigen wissenschaftlichen Ergebnisse der Untersuchungen von Nahrungsmittelvergiftungen zusammen und widmet dabei den Vergiftungen durch Genuß von verdorbenem Fleisch, Fisch, Käse, Kartoffeln, Vanillecreme, Mehlspeisen, Konserven besondere Kapitel. Die Ausführungen sind bei wissenschaftlicher Genauigkeit doch so gehalten, daß auch der Nichtfachmann und gebildete Laie mancherlei Anregung und zweckdienliche Belehrung schöpfen kann. Eine ausführliche Literaturzusammenstellung gibt für denjenigen, der sich über bestimmte Formen der Nahrungsmittelvergiftung ausführlich unterrichten will, die nötigen Hinweise.

Küster-Freiburg i. B.

Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung.

Band II, 1906. Herausgegeben von Privatdozent Dr. Weichardt-Erlangen. Stuttgart. Enke.

Der II. Band der Jahresberichte über Immunitätsforschung ist soeben erschienen und man darf wohl behaupten, daß er von allen, die ihr spezieller Beruf oder allgemeines Interesse die wichtigen Fortschritte der Immunitätslehre verfolgen heißt, sehnlichst erwartet wurde. Zur Zeit ist die Arbeit auf den verschiedensten Gebieten der Immunitätsforschung so allgemein aufgenommen, die Zahl der Veröffentlichungen in der in- und ausländischen Literatur ist so groß geworden, daß nicht einmal der Fachmann mehr imstande ist, sich durch eigne Lektüre einen Ueberblick zu verschaffen; er ist auf sachkundige Referate angewiesen und nimmt daher mit Freuden ein Buch zu Hilfe, das ihm in knapper und doch hinreichend ausführlicher und verständlicher Form eine rasche Orientierung gestattet.

Besonders zu begrüßen ist, daß neben der wiederum vortrefflichen „Allgemeinen Uebersicht" und „Zusammenfassung und

Ausblick“ von der Hand des Herausgebers ein Bericht über: „Beziehungen der Immunitätsforschung zur Lehre von den Geschwülsten“ von Schöne und über „Opsonine“ von Rosenthal aufgenommen sind, die in Form des Sammelreferates auch den Fernstehenden leicht in diese beiden wichtigen Gebiete einführen. Sehr wünschenswert wäre es, wenn in Zukunft ein früheres Erscheinen der Jahresberichte ermöglicht werden könnte, wenngleich ich die Schwierigkeit einer rascheren Erledigung durchaus nicht verkennen möchte. E. Küster-Freiburg i. B.

KORRESPONDENZ.

— Die Therapeutische Rundschau (dieser Jahrgang, Nr. 17) bringt über meine letzte Publikation in der Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 11, eine Notiz, welche unter anderem die Aeußerung enthält, ich hätte die mir brieflich geschilderten magnetopathischen Versuche von Uppenborn (†) „gewissermaßen beglaubigt“.

Ich sehe mich genötigt, mich gegen diese Behauptung auf das entschiedenste zu verwahren, indem ich folgendes erkläre:

1. Zu der Mitteilung jenes Briefes, der längst in meinem Besitze war, hat mich erst die Publikation von Moll, was ich deutlich genug betont habe, veranlaßt. Wie peinlich mich dieser letzte Brief von Uppenborn überrascht hat und für wie bedenklich ich solche Versuche stets hielt, das habe ich genügend scharf zum Ausdruck gebracht. Meine Worte waren die folgenden:

„Es wird also hier von einem mit Recht hochgeschätzten Fachmanne, den Moll als einen der Ersten preist und der sich auch durch seinen Kalender für Elektrotechniker namhaft gemacht hat, ein starker Schritt auf das Gebiet der Magnetotherapie getan, ein Gebiet, von dem ich mich von vornherein und aus wohlerwogenen Gründen gänzlich ferngehalten habe!

Daß trockene Backoblaten schlechte Leiter sind und daher mit Hautelektrizität durch Bestreichen geladen werden können, ist sehr wohl möglich . . . ., daß sie dadurch einen eigenen Geruch bekommen, ist schon schwer begreiflich; daß sie, sich selbst überlassen, die gewonnene Veränderung bis zu mehreren Tagen behalten sollen, scheint mir unmöglich, und daß sie Kopfschmerzen heilen sollen, das übersteigt meine Begriffe.“

Ich meine, stärkere und verständlichere Ausdrücke der Abweisung sind kaum denkbar, zumal es sich um einen Verstorbenen handelte, der sich nicht mehr verteidigen konnte.

Das Einzige also, was ich als möglich zugegeben habe, ist die momentane elektrische Ladung trockner Oblaten durch Bestreichen mit der Hand; denn auch Glas, Hartgummi, Lack, Seide, Karton können schon durch Berühren mit der Hand unter Umständen recht merkbar geladen werden. Aber das hält nach den zahllosen Beobachtungen, die mir zu Gebote stehen, an der Luft höchstens einige Minuten an, und schon deshalb mußte ich alles weitere für unmöglich oder meine Begriffe übersteigend erklären.

2. Bei allen meinen — keineswegs nur an mir selbst angestellten — Versuchen habe ich mich ausschließlich an das physiologisch-physikalische Gebiet gehalten und das therapeutische auch nicht mit einer Silbe gestreift. Weder habe ich je die Neigung empfunden, magnetopathische Versuche anzustellen, noch habe ich irgendeinen Grund, mich für solche zu erwärmen oder gar sie zu beglaubigen. Deshalb hat mich auch die Erwägung, das auf physiologischem Gebiete Gefundene könne für magnetopathische Zwecke mißbraucht werden, nicht abhalten können, mich an der Feststellung der physiologischen Tatsachen zu beteiligen.

Halle a. S., den 11. Mai 1908.

Prof. Dr. Erich Harnack.

Bemerkung hierzu.

Ich konstatiere folgendes: Herr Geheimrat Prof. Dr. Harnack führt zur Erhärtung einer wissenschaftlichen Beobachtung als Gewährsmann einen in Kurpfuscherweise tätigen Magnetopathen ins Feld. Der wortgetreue Abdruck eines Briefes desselben, in dem von „Heilerfolgen“ mittels durch Bestreichen mit der Hand elektrisch geladener Backoblaten berichtet wird, in einem Artikel von Harnack in der Münch. med. Wochenschr. muß selbstverständlich (nicht nur mich) sonderbar und unangenehm berühren. Zugegeben, daß Harnack die „Heilerfolge“ nicht „gewissermaßen beglaubigt“, wozu findet der Abdruck des Briefes statt, wenn der Hauptinhalt desselben nachher von Harnack zurückgewiesen wird und weiter nichts Geltung behalten oder erhärtet werden soll, als daß Backoblaten durch Hautelektrizität geladen werden können?

Lungwitz.

ALLGEMEINES.

Bad Harzburg, Gebirgsluftkurort und Solbad. Unter diesem Titel ist soeben der diesjährige Prospekt des Herzoglichen Badekommissariats von Bad Harzburg in ganz hervorragend schmuckem Gewande und gediegener Ausstattung erschienen. Künstlerisch schöne Mezzotintobilder und eine Menge Doppeltondruckbilder führen uns die Herrlichkeiten des Gebirges sowie die bemerkenswertesten Kurgebäude vor Augen. Dieses Buch wird an unsere Leser, die zum Kurgebrauch nach Harzburg zu gehen gedenken, auf Wunsch von vorgenannter Behörde mit einem ausführlichen Wohnungsverzeichnis, welches sämtliche Preise enthält, sowie einem Ortsplan kostenfrei versandt.

Die vielen Freunde Harzburgs wird es interessieren, daß es der dortigen Verwaltung gelungen ist, eine neue überaus mächtige, starke Solquelle zu erbohren.

Lüneburg. Wie Tageszeitungen berichten, ist der bekannte frühere Wunderdoktor Schäfer Ast in Radbruch gestorben. Er hatte sich vor einigen Jahren vom Geschäft zurückgezogen und soll ein Vermögen von ca. 600000 M. hinterlassen haben.

Wer vieles bringt, wird manchem etwas bringen.

Unter dieser Flagge segelt der unserer heutigen Nummer beiliegende Prospekt des seit 40 Jahren allbekannten Versandhauses Bial & Freund, Breslau II und Wien XIII/1. Die Reichhaltigkeit des Prospektes ist auch in der Tat geeignet, so manchen seit langer Zeit gehegten Wunsch wieder neu zu beleben, und gerade die herannahende Reise- und Jagdzeit bietet hierzu die beste Gelegenheit.

Es wird gewiß jeder mit Freude begrüßen, wenn er in die Lage versetzt wird, alle diese zum Lebensbedürfnis nicht unbedingt gehörigen Artikel ohne fühlbare Ausgabe kaufen zu können. Große Geschäfte liefern aus diesem Grunde die verschiedenartigsten Artikel zu reellen und Ladeneinkäufen durchaus entsprechenden Preisen gegen mäßige Monatsraten. Wie sehr diese durch wirtschaftliche Notwendigkeit entstandene Einrichtung beliebt ist, beweist am besten ein Blick in das viele Hunderttausend Namen enthaltende Register der Firma Bial & Freund. Es finden sich dort Namen bis aus den höchsten Gesellschaftskreisen.

Der vorliegende Prospekt zeigt auch so recht die Leistungsfähigkeit dieser Firma, nicht nur mit Bezug auf die große Auswahl der empfohlenen Artikel, sondern auch hinsichtlich der äußerst bequem eingerichteten Zahlungsraten, welche sich neben dem Kaufpreis jedes Artikels finden.

Der reichillustrierte Hauptkatalog der genannten Firma, enthaltend eine große Anzahl verschiedener Artikel wie: Photographische Apparate, Opern- und Reisegläser, Jagd- und Luxuswaffen, Schreibmaschinen, Grammophone, Musikwerke jeder Art, Bücher, Lexika etc. wird auf Verlangen an jedermann gratis versandt, auch stehen bei genauerer Angabe reichhaltige Spezialkataloge aller Gebiete kostenlos zur Verfügung.

Wattenbergs colloider Knochenstoff
ist gesetzlich geschützt unter dem Namen
Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Knochenbildungs- und Knochenkräftigungsmittel, welches leicht verdaut und im Säftestrom ausgenützt wird, bestens empfohlen als Zusatz zur Ernährung schwächlicher, schlecht fundamentierter, rachitischer Kinder.
Abhandlung und Prospekte durch
Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 31. Mai 1908. Nr. 22.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Neuere Richtungen in der gynäkologischen Therapie.

Von Dr. **Ö. Tuszkai**, Marienbad und Budapest.

Wenn wir der fieberhaften Arbeit, welche auf dem Gebiete der medizinischen Wissenschaften in der ganzen Welt, besonders aber in Deutschland, herrscht, mit Aufmerksamkeit folgen und wir über diese Tätigkeit eine gewisse allgemeine Uebersicht zu gewinnen in der Lage sind, sehen wir alsbald, ob die medizinische Wissenschaft wirklich fortschreitet, und wenn ja, in welcher Richtung diese Fortschritte am deutlichsten und entschiedensten bemerkbar sind. Im ersten Augenblicke scheint wohl ein gewisser Pessimismus berechtigt zu sein; obwohl viele geniale Forscher mit eiserner Energie um die Lösung der komplizierten Fragen sich bemühen, stehen wir doch fast verzweifelnd und mit schwindenden Hoffnungen vor jenen Krankheiten, welche wir mit Recht die Geißel der Menschheit nennen. Wie da sind: die malignen Neubildungen, die Tuberkulose und von den zahlreichen Nervenleiden die Hysterie und der größte Teil der Geisteskrankheiten. Was die schweren septischen Erkrankungen betrifft, tappen wir noch im Dunkeln, auch der größte Teil der Stoffwechselstörungen ist uns unaufgeklärt, z. B. der Diabetes, die Gicht, und wer könnte denn die schreckende Zahl der alltäglichen Krankheiten herzählen, bei denen wir vorgehen, „ut aliquid fieri videatur“, und schließlich um mit Goethe sagen zu können: „Um es dann endlich gehen zu lassen, wie's Gott gefällt.“ Andererseits aber, seitdem Semmelweiß die Asepsis lehrte, erreichte die Chirurgie, die Macht des Messers in unserer Wissenschaft die Herrschaft, und wir können es auch nicht leugnen, daß der Stahl in der Hand eines klugen, erfahrenen, gelehrten Arztes und eines guten Menschen zum unendlichen Wohle der leidenden Menschheit wurde. Etwas später als Semmelweiß' Lehren begannen auch die großen Errungenschaften der Bakteriologie sich Bahn zu brechen, und auch von diesen Lehren können wir behaupten, daß dieselben zweifellos der leidenden Menschheit zum Wohle gereichen und einen weiten Fortschritt der Wissenschaft bedeuten und es auch für die Zukunft bedeuten werden unter ruhiger Führung gewissenhafter Forscher.

Als eine Vervollständigung dieser Lehren betrachten wir die von Ehrlich eingeführte Hypothese über Immunität, deren Wert wir, weil dieselbe nur eine Hypothese ist, nicht gering schätzen dürfen. Unsere Erklärungen, unsere Auffassung von der Elektrizität, der Wärme, dem Lichte und den übrigen Naturkräften sind ja im wesentlichen ebenfalls nur Hypothesen, aber betreffs der praktischen Resultate baute man die großen Errungenschaften auf diese Hypothesen, mit deren Hilfe die Menschheit heutzutage mit wunderbarem Erfolge gegen die durch Raum und Zeit gestellten Hindernisse kämpft.

Dies sind auf dem Gebiete der medizinischen Disziplinen zweifellos Fortschritte, auf welche wir unseren ersprießlichen Kampf zur Besiegung der bestehenden Krankheiten resp. zur Abwendung und Vorbeugung derselben stützen. Wenn es also in den medizinischen Wissenschaften tatsächlich Fortschritte gibt, welcher Richtung sind diese? Die Richtung charakterisieren wir am besten, wenn wir aus dem Chaos der wetteifernden Gedanken zwei leitende entnehmen: der eine ist die Lehre von der richtigen Beobachtung der Lebensprozesse im gesunden Zustande, der andere die Lehre von der richtigen Beobachtung der Lebensprozesse im kranken Zustande.

Indem wir im folgenden eine ganz spezielle Krankheitsgruppe resp. die Art des gegen dieselbe geführten, erfolgreichen Kampfes besprechen wollen, ist es unsere Pflicht, mit einigen Worten des zweiten Gedankens der zwei leitenden Ideen zu gedenken.

Die eingehenden Untersuchungen überzeugten uns nämlich davon, daß die Gesetze der Lebensprozesse im kranken Zustande dieselben sind wie im gesunden: insofern mehr oder etwas anderes geschieht, als unter normalen Umständen zu geschehen pflegt, dies sind natürliche Heilbestrebungen zur Rekonstruktion.

Die natürlichen Kräfte bestreben sich nämlich in jedem einzelnen Falle der Störung auf natürlichem Wege, d. h. von selbst zur Herstellung der früheren resp. normalen Ordnung: Das Bestreben zur spontanen Heilung ist ein Naturgesetz. In der Reaktion auf diese Erkrankungen äußert sich die Zweckmäßigkeit der Naturkräfte. Das Ablernen der Selbstheilungsgesetze ist also die Art und Weise, vermöge deren wir imstande sind, der Krankenheilung den Weg zu bahnen. Eine derartige ist die Schutzpockenimpfung, die Serumbehandlung, welche wahre natürliche Heilmethoden sind, da dieselben die Heilbestrebungen der Natur imitieren, indem sie im Organismus, der gegen die Infektion kämpft, die während dieser Infektionskrankheit entstandenen Schutzstoffe vermehren. Oft geschieht es aber, daß der Organismus einer bekannten oder unbekannten Ursache zufolge nicht imstande ist, gehörig d. h. zweckmäßig oder nicht genügend lange auf den Angriff der Krankheit zu reagieren, oder aber daß die Reaktion von anfang an zu stark ist und das Individuum nicht zur Genesung gelangt, oder daß die völlige Gesetzmäßigkeit bloß im ersten Stadium zweckmäßig wirkt, später hingegen nicht, und nun beginnt die Tätigkeit des Arztes. Wir sehen z. B., daß, wenn schädliche Stoffe in den Magen geraten, sich Erbrechen und Diarrhöe einstellen; jedoch geschieht dies einerseits nicht in jedem Falle, anderseits stellen sich die genannten Erscheinungen auch ein, wenn sie dem Organismus entschieden zum Nachteil werden. Die Entzündung und das Fieber sind ausgesprochene Heilbestrebungsreaktionen des Organismus, jedoch können dieselben bei einem gewissen Grade dem wenig Widerstandsfähigen bedeutenden Schaden zufügen. Bei äußeren Verletzungen oder inneren Leiden reagiert das Herz gewöhnlich mit gesteigerter Arbeit, deren erste Folge die Hypertrophie des Herzmuskels ist. Hören aber die Schädlichkeiten nicht auf, so ermattet das hypertrophierte Herz, es verliert an Kraft, erweitert sich, und die Folgen sind bereits Siegeszeichen der Krankheiten über die Gesundheitsgesetze. In anderen Fällen, z. B. bei Knochenbrüchen sehen wir, daß der Heilprozeß zwischen den Bruchstücken bald nach erfolgter Fraktur ganz gesetzmäßig beginnt, doch sehen wir nie einen Fall, wo die Natur selbst zwei Bruchstücke zusammenfügen oder verschobene richtig stellen würde. In all diesen Fällen ist es des Arztes Pflicht, die Natur in ihrer gesunden, zweckmäßigen Reaktion gegen die entstehenden Uebel zu unterstützen.

Goldscheider faßt die Beförderungsarten der natürlichen Heilprozesse in folgende fünf Punkte zusammen: 1. Nachahmung der natürlichen Heilprozesse, wie z. B. die Impfungen, die Serumtherapie; 2. indirekte Unterstützung der Naturheilkraft. Hierher gehören z. B. die Kräftigung des Herzens mittels Digitalis, Entfernung von Exsudaten aus der Blutlaufbahn, die Herabsetzung der Aufregung und Unruhe des Organismus durch Narkotika; 3. die Förderung der natürlichen Heilprozesse durch allgemeine Behandlung, z. B. durch Hydro- und Balneotherapie, durch Diätetik usw.; 4. Regelung der natürlichen Heilprozesse und zwar in erster Reihe durch Hemmung derselben und Herabsetzung der Nebenwirkungen; hierher gehören die Regelung der schädlichen Temperatur, Entfernung der entzündeten Appendix usw.; 5. Ergänzung der mangelnden Reaktion; hierher rechnen wir die Entfernung maligner Tumoren, wie auch die Steigerung einer geringen Reaktion, resp. in vielen Fällen das Leiten der Reaktion.

Die chronischen Entzündungen und die durch dieselben verursachten bleibenden pathologischen Veränderungen gehören seit langer Zeit zu den größten Plagen der alltäglichen Krankheiten und stellen von alten Zeiten her auch die Geduld des Arztes auf die Probe. Nirgends fühlen wir dies in einer Krankheitsgruppe so sehr als bei den Leiden der weiblichen Genitalien und deren Adnexe. Wir können behaupten, daß auf diesem Gebiete die Gonorrhöe das Feld beherrscht. Wenn wir die fünf Gruppen, welche Goldscheider zur richtigen Erklärung der natürlichen Heilrichtungen zusammenstellte, betrachten, sehen wir, daß die spontanen Schutzeinrichtungen des weiblichen Organismus gegen die im Becken sich entwickelnden chronischen Entzündungsstoffe in den meisten Fällen sehr unvollkommen oder völlig machtlos sind. Mit den Exsudaten septischen Ursprungs wird die natürliche Heilkraft im allgemeinen schneller fertig. Wir wissen, daß diese Exsudate eine enorme Größe erreichen können, indem solche von Manneskopfgröße und noch größere keine Ausnahme bilden. Milliarden von Leukozyten treten bei hohem Fieber und Schüttelfrost aus dem Blute, oder die Lymphe und andere flüssige Bestandteile des Blutes dringen durch die den Krankheiten zufolge veränderten Gefäßwände und sammeln sich so lange an, bis die Ursache ein Ende nimmt, oder bis eine anatomische Einrichtung der weiteren Ansammlung ihre Grenzen setzt. Die entstandene große Masse komprimiert nämlich das Gefäßsystem, welches die Exsudatflüssigkeit geliefert hat, und hindert auf diese Weise das alterierte Gefäßsystem daran, seine physiologische Tätigkeit in der genannten pathologischen Richtung fortzusetzen. Dieser Ausdruck „physiologisch" ist kein Widerspruch, denn die pathologischen Prozesse verlaufen nach denselben Gesetzen wie die physiologischen, bloß der unrichtige Wortgebrauch konnte es bisher verursachen, daß wir mit dem Worte „physiologisch" nur etwas Gesundes meinen.

Wie unberechenbarer Richtung und Tendenz ein derartiges, durch Infektion entstandenes Exsudat oder Transsudat auch sei, ist es in seiner Entwickelung doch eher berechenbar, in seinem Verlaufe günstigerer Natur als die Leiden gonorrhoischen Ursprungs. Betrachten wir nun, auf welche Weise sich der Organismus in solchen Fällen wehrt. Zweifellos ist eine schwere Situation entstanden, denn die entzündliche Masse muß sich in derselben Weise zurückbilden, wie sie sich entwickelte, d. h. auf dem Wege der Blut- und Lymphgefäße; diese Gefäße aber sind in ihren Funktionen entweder sehr beeinträchtigt oder stellenweise ganz gehemmt. In dieser schweren Situation ist das Herz das erste Organ, welches seine Pflicht gut erfüllt. Bereits während des Fiebers leistet es eine größere Arbeit, welche ohne Zweifel gleichfalls eine gewisse Heilbestrebung ist, denn die Resorptionsquantität ist am Anfange der Bakteriuminvasion mit der Geschwindigkeit der während einer Sekunde durch die Raumeinheit durchtretenden Blutmenge direkt proportional. Sobald aber die Invasion aufhört, ist auch die Stärke der Resorption mit der Geschwindigkeit der Blutdurchströmung direkt proportional. Eben jenes Hindernis, welches den Druck des Exsudates auf die peripheren Gefäße ausübt, zwingt das Herz zu größerer Arbeit und nötigt es zu einer mit gewissen Methoden nachweisbaren reaktiven Hypertrophie.

Es ist nicht zu leugnen, daß die spontane, glatte Heilung nur auf diese Weise zu erklären ist, doch können wir es auch anderseits nicht in Abrede stellen, daß das Herz trotz seiner Muskelverdickung die Hindernisse zu überwinden nicht imstande ist oder es nur unvollständig tut, und dann ist die alleinige Möglichkeit, nämlich die Heilung durch aktive Hyperämie, entweder ganz unmöglich oder sehr erschwert. Die aus dem Blutkreislauf größtenteils ausgeschaltete Masse schrumpft jedoch zusammen, wird hart, zum Zeichen, daß dieselbe an Wassergehalt verliert, zweifelsohne durch langsame Osmose in die benachbarten Gewebe. Jede derartige Schrumpfung wird der raschen Rückbildung der Masse nur zum Nachteil dienen, indem ihre organischen Gewebselemente zu einer Masse mit fortwährend steigendem Widerstand gegen eine Resorption sich vereinigen, in welcher die Blutgefäße in einen wirklich erbärmlichen Zustand geraten. — Dies ist also eigentlich keine Heiltendenz, sondern ein chronisch werdendes Genitalleiden resp. dessen Folgen. Es scheint, als wenn die natürlichen Heilbestrebungen nicht für die Zukunft sorgten, sondern nur die ersten Schritte zur Heilung anstrebten. Darin liegt etwas von teleologischem Standpunkte aus Unvollkommenes, sogar Widersprechendes. Wenn wir also die Natur in ihrer Heilbestrebung unterstützen wollen, fällt uns die Aufgabe zu, je größere aktive und passive Hyperämie dem Exsudate zu besorgen und auf diese Weise der Entstehung der oben genannten Prozedur vorzubeugen. Dieses ist der Grundsatz fast sämtlicher physikalischer Heilmethoden.

Die Hauptrolle fällt in der physikalischen Therapie der Frauenleiden Biers Hyperämie-Heilverfahren zu. Es sind kaum einige Jahre her, daß Prof. Bier seine Heilmethode mittels trockener, heißer Luft veröffentlichte. Bei verschiedenen chronischen und akuten Krankheiten wendet man diese Methode an, und wir können sagen, daß man dieselbe heutzutage fast in jedem Fache der medizinischen Wissenschaften mit einer beinahe übertriebenen Generalisierung gebraucht, und trotzdem, daß man darin eine Panazee sucht, wird diese Heilmethode doch von einer überraschend schnellen Genesung gefolgt. Bier selbst konstruierte ganz einfache Holzkästchen, in welche der kranke Leib, die obere oder untere Extremität oder einzelne Teile derselben hineinpassen. Hierher führte er aus einer Wärmequelle, in der Regel von einer Spiritus- oder Kohlengaslampe, durch ein sogenanntes Quinckesches Rohr heiße Luft oder erwärmte die Luft der Holzkästchen selbst. Diese einfachen und der Mehrzahl der Fälle völlig entsprechenden Apparate komplizierten der industrielle Erfindungsgeist und der Geschäftsgeist, sowie Leute, die um jeden Preis als Erfinder figurieren wollen, dermaßen, daß während eines kurzen Zeitabschnittes zirka 80 Modelle angefertigt wurden, über welche wir en bloc sagen können, ihr Preis sei ein sehr hoher, ihr Nutzen aber ein geringer. Wenn wir Biers einfache Modelle aus Behutsamkeit, um die Feuersgefahr zu vermeiden, mit Asbest ausfüttern, dann haben wir alles geleistet, was zur Herstellung eines billigen und sehr guten Apparates nötig ist.

Auf ähnliche einfache Weise können wir statt der eben genannten dunklen Kästchen auch helle, lichtwarme verfertigen, wo außer der erwärmten Luft bekanntlich dem Lichte und auch dem farbigen Lichte bei der Heilung der Krankheiten eine Rolle zufällt.

Die Anfertigung der lichtgefüllten Kästchen geschieht am zweckmäßigsten, wenn wir auf einfachen Balkenstücken, welche mittels scherenartigen Artikulationen aneinander befestigt sind, oder in dem Inneren eines größeren mit Asbest gefütterten Kästchens elektrische Glühlampen anbringen. Diese können wir in beliebiger Zahl und Reihenfolge glühen lassen und nach Bedarf mit roten oder blauen Glühlampen versehen.

In der gynäkologischen Therapie pflegen wir meistens einen Apparat zu gebrauchen, welchen wir über dem Leib resp. über dem Becken anbringen. Die Zahl jener verläßlichen und ernsten Beobachter, die bei schweren Entzündungen der Beckenorgane sehr ermutigende Heilerfolge durch Anwendung der Trockenheißluft erzielten, nimmt fortwährend zu. Ich selbst befasse mich seit sieben Jahren mit dieser Art der Therapie, und meine Erfahrungen sind im allgemeinen günstige. Ueber meine diesbezüglichen Erfahrungen und Untersuchungen berichtete ich öfters (Kongresse zu Cassel und Breslau sowie in meinem im Mai 1905 dem kön. Aerzteverein zu Budapest gehaltenen Vortrage). Aus diesen Resultaten, Untersuchungen ist ersichtlich, daß die Behandlung mit heißer Luft in ihrer allgemeinen Wirkung außerordentlich günstig ist, indem in jedem einzelnen Falle der Hämoglobingehalt des Blutes stetig zunahm, unter den Erythrozyten sind viele einkernige junge Zellen vorhanden, und all diese Symptome weisen darauf hin, daß diese Behandlung auf die hämatopoetischen Organe stimulierend wirkt. Auch das Körpergewicht der Patientinnen erfuhr eine Aenderung, insofern es wesentlich abnahm, und all dies inmitten eines angenehmen Allgemeinbefindens und ohne jeden Nachteil, trotzdem daß das Thermometer am höchsten Punkte des Apparates über 100° C. stieg und das Imischscher Thermometer, auf die Haut appliziert, 40 bis 50° C. zeigt, während einer ganzen Stunde der Behandlung. Die Beckenexsudate aber verkleinerten sich sozusagen augenscheinlich, oder wenn es auch langsamer ging, beobachtete ich doch fast in jedem Falle den konstanten Stillstand der oft sehr qualvollen Schmerzen. Ich führte auch einige Tierexperimente aus, welche ich seinerzeit veröffentlichte, und diese überzeugten mich davon, daß die Körpertemperatur auch im Innern der Bauchhöhle eine Steigerung von 1 bis 2° C. erfährt, es entwickelt sich also eine größere Hyperämie, welche in der Tat geeignet ist, das Exsudat zur Resorption zu bringen.

Ich will dieses Ortes nicht erwähnen, wie vielfach diese Wirkung, die Prozesse erklärt werden können, doch vom praktischen Gesichtspunkte aus ist diese Heilmethode unter den angewandten Methoden zur Rückbildung der chronischen Entzündungsprodukte wirklich ein Gewinn, heute sogar die einzige, deren Wirkung wir vertrauen können. Die Hyperämie machte Bier auch auf andere Weise möglich, besonders als er passive Hyperämie an den kranken Körperteilen hervorrief. Die Chirurgen schreiben wahrhaftige Lobhymnen über diese Heilmethode, und wir Frauenärzte befassen uns auch nicht ohne jede Hoffnung mit derselben. Diese Heilmethoden, welche wir die Saugheilmethoden nennen, erreichten noch bei weitem nicht den Entwicklungsgrad, daß sie auf klinischer Basis ständen, doch sind dieselben sehr nutzbringend, besonders in Fällen von Endometritis. Das einfache Instrument, welches ich seit Jahren gebrauche, den Saugapparat für Zervix- und Kavum uteri, ist ein Gummiballon mit einer dünnen Glasröhre. Ich kann es nicht leugnen, daß, obwohl es in zahlreichen, beinahe desperaten Fällen sehr rasch die Schmerzen linderte und, wie es scheint, die Leiden auch heilte, ich doch sehr vorsichtig in der Anwendung dieser Heilmethode vorgehe, um so mehr, als ja ihr äußerst einfacher Gebrauch den Arzt fast lockt, aber auch deshalb, weil ich während meiner 21jährigen Praxis sehr viele Patientinnen mit Endometritis lange Zeit hindurch behandelte, ohne einen aus der Behandlung herrührenden Nachteil wahrzunehmen, diese Methode aber erst seit einem Jahre anwende und bei einer minderen Zahl von Patientinnen bereits vier schwerere Komplikationen beobachtete. In allen vier Fällen handelte es sich um Entzündungsrezidive, welche neuerdings akut auftraten und, eitrig in die Nachbarorgane durchbrechend, die Kranken monatelang ans Bett fesselten. Bei der früheren Behandlungsmethode des Kavum uteri stieß mir trotz Berührung des Endometriums mit starken Adstringentien und Aetzmitteln mittels Stäbchen kein ähnlicher Unfall zu, es ist aber auch wahr, daß ich nur selten eine Heilung beobachtete.

(Schluß folgt.)

Biologische Betrachtungen aus der ärztlichen Praxis.

Von Dr. **Paul Kost**, Pausa i. V.

Vielen Lesern der Th. R. wird es trotz mancher Veröffentlichungen immer noch mehr oder weniger unverständlich sein, warum eine Anzahl Aerzte es für nötig gehalten hat, sich zu einer Gruppe „biologisch denkender Aerzte“ zusammenzuschließen und damit eine gewisse Sonderstellung gegenüber anderen zum Ausdruck zu bringen. Bestand wirklich eine solche innere Nötigung, innerhalb des Kreises der auf dem Boden der wissenschaftlichen Heilkunde stehenden Aerzte eine solche „biologische“ Sondergruppe zu bilden; oder ist das schöne Wort biologisch nur ein schönes Aushängeschild für Querköpfe und Sonderlinge unter den Aerzten, die aus Hang zur Eigenbrödelei von der offiziellen Medizin abrücken möchten? Die Frage scheint um so mehr berechtigt, als wahrscheinlich die meisten Aerzte, auch die sich nicht ausdrücklich als „biologisch denkende“ bezeichnenden, fest davon überzeugt sind, bei Behandlung des biologischen Objektes, mit dem sie es als Aerzte zu tun haben, des kranken Menschen nämlich, nach biologischen Grundsätzen zu verfahren. Wäre dies Bewußtsein, daß es sich bei aller ärztlichen Betätigung um Beeinflussung biologischer, vitaler, lebendiger Vorgänge handele, genügend wach im Denken aller Aerzte, so wäre es in der Tat ein pleonastischer Uebereifer, wenn einige Aerzte noch einmal ausdrücklich das Wort „biologisch“ aufs Schild setzen wollten, und es könnte nach verwerflichem, leicht mißzudeutendem spezialistischen Absonderungsbestreben aussehen.

Aber wie liegen denn die Dinge in Wirklichkeit? Wir alle, die wir aus der Physiologenschule der letzten Jahrzehnte hervorgegangen sind, uns ist wohl vor allem eine Tatsache lebhaft im Gedächtnis haften geblieben, das ist der Kampf, der von nahezu allen Physiologen zwar nicht gegen das Wort: biologisch, wohl aber gegen den Begriff: Vitalismus geführt worden ist. Es wurde uns als größte Errungenschaft der modernen Physiologie bezeichnet, daß das Wort „Lebenskraft“ durch die Nachfolger von Johannes Müller ein- für allemal aus der Physiologie, also aus der Lehre vom Leben, glücklich verbannt sei. Das Wort Vitalismus hätte lange Zeit als Lückenbüßer dienen müssen für unsere Unkenntnis in physiologischen Dingen, hätte lange genug mit seinem mystischen Beigeschmack zur Mystifikation exakten physiologischen Denkens geführt — nun sei die Parole auszugeben: in der Physiologie muß alles auf Mechanik zurückgeführt werden! Und glänzend waren die Erfolge, die mit diesem Forschungsprinzip von einem Dubois-Reymond usw. auf den verschiedensten Spezialgebieten physiologischer Forschung erzielt wurden, Erfolge, die schließlich ganz vergessen ließen, daß man bei diesem Vorgehen letzten Endes doch nur die Teile in der Hand hielt und daß das Band, welches den Organismus, den lebendigen Körper im Innersten zusammenhielt, doch fehlte. Es ist bezeichnend, daß die Begriffe Zuckungsgesetz, An- und Katelektrotonus, Diffusionsgeschwindigkeit und wie die exakten Dinge alle heißen mögen, uns beim Nachdenken als die Ausbeute unserer physiologischen Studien von der Universität her erscheinen; daß aber Begriffe, wie: Reaktionskraft, Regenerationskraft, Disposition, Konstitution und ähnliche bêtes noires ganz gewiß nicht zu unseren Reminiszenzen aus dem Kolleg über Physiologie gehören. Und doch haben diese letzteren „laienhaften" Begriffe am Ende auch etwas mit Physiologie oder Biologie zu tun; und was das Betrüblichste ist, wir können sie bei unserem ärztlichen Tun und Lassen meist viel weniger entbehren als alle jene oben genannten schönen exakten Dinge. Hier scheint mir ein Widerspruch zwischen unserer ärztlichen Ausbildung und theoretischen Basis einerseits und unserem späteren ärztlichen Bedürfnis andererseits vorzuliegen, auf den hinzuweisen in den Augen Mancher fast trivial erscheinen mag, aber darum doch vielleicht nicht ganz überflüssig ist. Denn diese hier vorliegende Diskrepanz ist schuld daran, wenn der Nutzen unserer physiologischen Studien so verschwindend ist für unsere Tätigkeit am Krankenbett. Der Besitz einiger chemischen und physikalischen Kenntnisse über biologische Vorgänge kann doch wahrhaftig nicht als das Wesen physiologisch geschulten Denkens bezeichnet werden. Die genauesten Kenntnisse über Harnanalyse usw. sind für den Arzt nahezu wertlos, wenn sie erkauft werden mit völligem Verzicht auf die Erkenntnis, daß Physiologie und Biologie nicht einfach eine etwas kompliziertere Physik und Chemie sind, sondern daß es sich hier um Lebensvorgänge handelt, die eigenen Gesetzen folgen. Und wenn wir diese Gesetze vorläufig noch nicht in völlig exakte Formeln fassen können, so mag es uns der exakte Geist der Physiologie verzeihen, wenn wir uns einstweilen noch mit solchen Schlagworten wie Reaktionskraft usw. begnügen.

Wir dürfen uns nicht aus einer falschen Sucht nach Exaktheit dazu verleiten lassen, diese Dinge vornehm zu ignorieren, sondern wir müssen möglichst vorurteilsfrei die biologischen Vorgänge am Krankenbett betrachten. Wir müssen Eindrücke, die sich den Aerzten von jeher aufgedrängt haben und die in Ermangelung von exakten Begriffen gewöhnlich mit solchen Allgemeinausdrücken wie Naturheilkraft, Konstitution usw. belegt wurden, als tatsächlich beobachtet genau so gut registrieren wie das, was Marey und Riva-Rocci verzeichnen. Wir wollen es ruhig aussprechen, daß die viel gerühmte Exaktheit in der Heilkunde häufig nichts als eine Pseudoexaktheit ist, wenn sie große Gebiete biologischen Geschehens einfach unterschlägt, weil sie sich vorläufig noch nicht in das sogen. exakte System pressen lassen wollen.

Den größten Schaden hat unser therapeutisches Handeln vom unbiologischen Denken in der Medizin gehabt. Während die Diagnostik Triumphe feierte, indem sie mit exakten Methoden neue Krankheitsbilder immer schärfer herausarbeitete (allerdings mit besonderer Vorliebe für die typischen, ausgeprägten Krankheitsbilder, unter Vernachlässigung funktioneller Diagnostik), so war doch die Therapie, aller Exaktheit spottend, jahrzehntelang dazu verurteilt, bei den Nichtexakten, bei „Naturheilkundigen" usw. Unterschlupf zu suchen. Langsam wird jetzt die Therapie für die wissenschaftliche Heilkunde zurückerobert, und noch ist die Anschauung nicht ganz überwunden, daß Therapie und Pfuscherei im Grunde dasselbe sei.

Ehe nicht der Exaktheitsdünkel völlig überwunden ist, ehe nicht die biologische Erkenntnis durchgebrochen ist, daß die Naturheilung noch immer die beste aller Heilungen ist, — eher ist unsere ganze ärztliche Tätigkeit noch nicht völlig geklärt. Solange wir noch eifersüchtig und schmollend in der Ecke stehen, wenn die Pleuritis von selbst ausgeheilt ist — ohne unsere Punktion und Rippenresektion —, solange wir überhaupt noch eine Art von beschämendem Gefühl nicht los werden, wenn wir während eines Krankheitsverlaufes keine Gelegenheit gefunden haben, ferro ignique einzugreifen — so lange haben wir das Wesen aller ärztlichen Tätigkeit noch nicht begriffen. Und so lange wird auch der in weiten ärztlichen Kreisen verbreitete Pessimismus nicht verschwinden, der sich lähmend auf alle ärztliche Tätigkeit legt, und demzufolge die therapeutische Betätigung des Allgemeinarztes, kurz ausgedrückt, nicht als voll gelten soll. Es ist aber eine fatale Verkennung ärztlicher Leistungsfähigkeit, wenn man sie in technischen Kunststücken erblickt. Die Technik in allen Ehren (mag sie sich nun auf chirurgischem Gebiet oder auf dem Gebiet Ehrlichscher Immunitätstheorien betätigen) — das eigentliche Feld ärztlichen Leistens liegt aber weder auf spezialistischem noch auf rein wissenschaftlichem Gebiet. Der Arzt wird nie zu innerer Ruhe und Befriedigung kommen, wenn er stets neidisch auf den Kollegen von der spezialistischen Technik blickt oder wenn er sich verpflichtet fühlt, immer hinter der letzten und allerletzten wissenschaftlichen Entdeckung herzulaufen.

Der biologisch denkende Arzt wird seine Aufgabe darin erblicken, dem Leben zu dienen, und nie möge dieses schöne Wort für ihn zur schönen Phrase werden! Ob er lebensfördernd wirkt durch eine Amputation, durch einen Prießnitz, durch eine Eisenmixtur oder durch suggestiven Zuspruch — das ist eine durchaus sekundäre Angelegenheit und durchaus nicht so wichtig, wie es Aerzten und Patienten in einer Zeit der spezialistischen Technik allzuoft erscheint. Ob ferner die für unser therapeutisches Handeln einzig und allein ausschlaggebende Empirie nun auch schon die wissenschaftliche Approbation erhalten hat oder ob ihr diese letzte Weihe noch fehlt, — darf den Arzt in seiner therapeutischen Tätigkeit nicht irre machen und darf ihn nicht in einen unfruchtbaren Nihilismus hineintreiben. Der biologisch denkende Arzt ist auf keine bestimmte Heilmethode eingeschworen, und Allgemeinbehandlung und spezialistische Behandlung sind ihm beide gleich willkommen zur Erreichung seines therapeutischen Zieles. Aus Humoralpathologie und Zellularpathologie wird er sich seine Direktiven für die Praxis holen. Aber nur diese letztere entscheidet, und alle schönen Namen und Theorien sind Schall und Rauch. Die wichtige Bewertung therapeutischer Maßnahmen (alter und moderner) wird uns davor behüten, uns von verführerischen Namen, wie kausale Therapie einer ist, gefangen nehmen zu lassen. Ein geläuterter Ursachenbegriff zeigt uns, daß es sich beim Krank- und Gesundwerden um zahllose Bedingungen gewöhnlich handelt, um einen Komplex von Relationen; und wir begreifen, daß es unstatthaft ist, eine bestimmte Kausa (z. B. die Bakterien oder die Erkältung) als die allein wesentliche causa morbi in den Vordergrund zu stellen. Wir wollen auch nicht gar so wegwerfend von dem denken, was man gewöhnlich nicht ohne eine gewisse Mißachtung als symptomatische Therapie zu bezeichnen pflegt. Wenn wir unsere Stellung als die von bescheidenen ministri naturae auffassen, so erscheint es uns nicht mehr als eine minderwertige ärztliche Leistung, wenn wir ein einzelnes lästiges Symptom bekämpfen, oder wenn wir durch Narkotika die außerwesentliche Betriebsarbeit des kranken Körpers ausschalten (Rosenbach). Wenn wir allzusehr immer „aufs Ganze" gehen, wenn wir immer nur kausal verfahren wollten, so würde sich das Gebiet ärztlicher Tätigkeit außerordentlich einengen. Wir wollen doch nicht vergessen, daß wir vor allem die Aufgabe haben, die unter abnormen Verhältnissen arbeitende körperliche Oekonomik weiter betriebsfähig zu erhalten, — daß es aber eine Verkennung dieser Aufgabe sein würde, wenn wir unsere Patienten à tout prix wieder „gesund" machen wollten. Die Kompensationen und Hilfsmittel, die sich der kranke Körper meist selbst schafft, können wir zu unterstützen und zu regulieren suchen. Wir können aber meist nicht wieder völlig gesunde, normale Verhältnisse herstellen. Die Restitutio ad integrum zeigt sich bei näherem Zusehen gewöhnlich als irrige Annahme (Buttersack).

Biologisches Denken macht bescheiden und gibt doch dem Arzt das tröstliche Gefühl, daß er sich in seinem dunklen Drang (denn dunkel ist noch vieles in biologischen Fragen) des rechten Weges stets bewußt ist.

Zur Behandlung der Tuberkulose in der Praxis.

Von Dr. med. **Alois Pollak**, Prag-Weinberge.

I. Thiokol und Sorisin.

Für die Behandlung der Tuberkulose stehen uns im ganzen drei Wege zur Verfügung, Wege, welche einander in ihrer Benutzung nicht gegenseitig ausschließen dürfen, sondern — durch vielfache Pfade miteinander verbunden — vielmehr abwechselnd benützt werden müssen, wenn wir uns unserem Ziele, dem Wüten der Tuberkulose endlich Schranken zu setzen, nähern wollen.

Diese Wege bezeichnen uns 1. die physikalisch-diätetische Heilmethode, 2. die ätiologische Behandlung mit Bazillenpräparaten, 3. die medikamentöse Behandlung.

Unter den hier in Betracht kommenden Medikamenten bilden eine Gruppe für sich die Kreosot- und Guajakolderivate, welche wohl für absehbare Zeit berufen sind, eine führende Rolle in der medikamentösen — nicht rein symptomatischen — Behandlung der Tuberkulose zu spielen. Unter diesen Präparaten wieder sind hervorzuheben die Salze der Orthosulfoguajakolsäure und zwar vor allem das Kalium o.-sulfoguajakolikum, welches unter dem Namen Thiokol wohl allgemein bekannt ist. (Das Kalzium o.-sulfoguajakolikum ist ein Bestandteil der flüssigen Guajakolsomatose.) Das Kalium o.-sulfoguajakolikum bietet mannigfache wesentliche Vorteile. Es ist sicher nicht unwirksam, es wird sehr leicht vertragen, und es läßt sich bei ausgezeichneter Löslichkeit sowohl in Pulverform als auch in Mixturen leicht und ohne Nachteile zu verursachen verwenden. Dabei kommt wesentlich in Betracht, daß es sich mit weitaus der größten Zahl der Medikamente kombinieren läßt, vor allem mit Expektorantien und Narkotizis in großer Auswahl. Den Typus meiner Verschreibung, der ja vielfach modifiziert werden kann, stellt etwa folgendes Rezept dar: Inf. r. ipekakuanh. 0,3—0,5 : 200. Liq. ammon. an. 0,5—1,0. Mur. kodein 0,10. Thiokol. (oder das billigere Kal. o.-sulfoguajakol.) 2,5 bis 3,0. Syrup. spl. 15. Zweistündlich ein Eßlöffel. Dabei kann ohne Schaden und ohne daß am Thiokol irgendwelche schädliche Veränderungen oder Fällungen vorkämen, ohne weiteres die Ipekakuanha gegen Senega, das Kodein gegen Heroin. mur. oder gegen Morphin ausgetauscht werden; selbstverständlich kann der Liq. ammon. anis. ohne weiteres weggelassen werden. Für Kinder sind die Gaben sinngemäß zu verkleinern. Anderseits läßt sich das Thiokol sehr gut mit Roborantien im weiteren Sinne kombinieren, z. B. mit Eisen und mit Arsen. Für das letztere stehen uns zwei Methoden zur Verfügung. Es läßt sich mit Sol. arsen. Fowleri in Lösung sehr gut verbinden, und die Lösung ist haltbar. Ich verschreibe gewöhnlich Sol. ars. Fowl. 0,5—1,5, Thiokol 2—3,0, Syrup. spl. 10, Aq. destill. ad 200. Zweistündl. ein Löffel; aber auch in Pulverform kann es verschrieben werden: Thiokoli 3—4, P. Azid. arsenikosi 0,005 bis 0,01, Sacchar. alb. 3,5, Divid. in dos. X. 3—4 P. tgl. (Ich bemerke überhaupt, daß das Präparat p. az. arsenikosi zu wenig gewürdigt und zu viel gefürchtet zu sein scheint.) Zu dieser Pulvermischung kann man sehr gut einen Zusatz von Eisen geben, z. B. Ferrum karbon. saccharat. oder Ferrum reduktum; bei der großen Toleranz des Thiokol zweifle ich gar nicht daran, daß sich auch andere Eisenpräparate so benützen lassen. Ich habe jedoch nur über die genannten zwei Pulver persönliche Erfahrungen.

Ich habe früher das Thiokol auch vielfach zusammen mit Fiebermitteln (Pyramidon, Azetphenetidin) verschrieben und habe nur zu bemerken, daß diese Kombinationen gut vertragen werden. In letzter Zeit ziehe ich es vor, die Mittel getrennt zu verschreiben, da ja das Thiokol natürlich in regelmäßigen Zwischenräumen gereicht werden soll, das Fiebermittel aber nach dem Stande der Temperatur genommen werden muß, woraus sich öfter Unbequemlichkeiten ergeben haben. Ich möchte an dieser Stelle noch bemerken, daß ich speziell mit dem pulverförmigen Kal. o.-sulfoguajakol. — nicht mit den später zu erwähnenden flüssigen Präparaten — auch noch zwei weitere Krankheitsformen behandelt habe, und ich möchte hier darüber einige Worte fallen lassen. Es handelt sich erstens um das Emphysem in seiner Komplikation mit chron. Bronchitis oder mit Bronchiektasien. Hier habe ich öfter und mit gutem Erfolge Thiokol (oder Kal. o.-sulfoguajakol.) mit Terpinhydrat zusammen verschrieben, die Mischung wurde immer sehr gut vertragen und hatte eine sehr gute Wirkung. Dazwischen ließ ich regelmäßig ein Ipekakuanhainfus mit Liq. ammon. an. und einem Narkotikum nehmen. Ich ging dabei so vor, daß ich zuerst durch einige Tage die Ipekakuanha nehmen ließ und dann, nachdem ich mich von dem Grade der Wirkung überzeugt hatte, das Thiokol in Pulverform, wie oben angedeutet, früh, mittags, abends je ein Pulver verordnete. Es machte sich eine entschieden sekretionshemmende Wirkung bemerkbar.

In Fällen von verschleppter Influenzabronchitis bei Kindern öfter Thiokol mit Euchinin, ebenfalls mit sehr gutem, oft mit überraschendem Erfolge; beide Kombinationen wurden sehr gut vertragen. Einen ernstlichen Widerstand auch bei Kindern habe ich nie bemerkt.

K. E., $4^{3}/_{4}$jähr., sonst gesundes, blühend aussehendes Mädchen, erkrankt am 2. X. 1906 unter Schüttelfrost, Erbrechen, heftigem Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Mattigkeit. Die Untersuchung ergibt folgenden Status: Mittelgroßes, kräftig gebautes, gut genährtes Kind, Haut heiß, trocken, Temp. 39,6, Puls 123, regelmäßig, Rachen gerötet, Zunge trocken, belegt, Pupillen normal, Hals kurz, Thorax breit, Atmung oberflächlich frequent. Innere Organe — bis auf reichliches Rasseln über der ganzen Lunge — normal. Ordination: Natr. salizyl. 2 : 200. Zweistündl. ein Eßlöffel. Bettruhe, Diät. 3. X. 1906 unverändert. 4. X. 1906 viel Rasseln, zweimal Erbrechen, 38,4, 39,2. 5. X. 1906 Nacht unruhig mit Husten, Erbrechen, 38,2, 38,7, Natr. saliz. ausgelassen. Inf. ipekakuanh. 0,2 : 150. Liq. ammon. an. 0,5, Kodein mur. 0,06, zweistündl. ein Löffel. 6. X. 1906 Husten etwas leichter, kein Erbrechen, Stuhl nach Klysma, noch viel Rasseln, 37,2, 37,9. 7. X. 1906 37,1, 37,7, viel Schweiß, Husten leichter, Nahrungsaufnahme genügend, Aussehen gut. Objektiv unverändert. 9. X. 1906 fieberfrei, nur abends zwischen 37,7 bis 37,9, nicht länger als eine Stunde anhaltend, weniger Rasseln, Expektoration leicht, Ipekakuanha vierstündl. 12. X. 1906 unverändert. 14. X. 1906 Temperaturen seit gestern Abend bis 38,2, Patientin blässer, Nahrungsaufnahme ungenügend, Expektoration schwieriger, zweimal erbrochen. 15. X. 1906 38,2 abends, Patientin blaß, schlecht gelaunt, matt, objektiv etwas mehr Rasseln. 16. X. 1906 unverändert. 17. X. 1906 38,3 früh, 38,6 abends, reichliches Rasseln, vollständige Appetitlosigkeit, Kind sehr blaß, Puls 120, klein. Thiokol. 2,0, Euchinin. 1,5. Div. in dos. X. 4 P. täglich. 18. X. 1906 37,6, 38,1. 19. X. 1906 37,2, 37,5, viel weniger Rasseln, Nacht ruhig, Husten leichter, kein Erbrechen. Vom 20. X. angefangen fieberfrei, rapide Besserung. Am 23. X. aufgestanden. 27. X. entlassen. Weitere ähnliche Fälle ausführlich mitzuteilen, wäre wohl zwecklos.

Dem Zuge der Zeit folgend, welche es liebt, dem Arzte oder dem Patienten gebrauchsfertige Medikamente in die Hand zu geben, ging man daran, fabrikmäßig fertige Lösungen herzustellen; so das Sirolin und das Sorisin. Auf letzteres wurde ich von meinem Freunde H. Dr. med. E. Schwarz aufmerksam gemacht, welcher mir auch eine auskömmliche Menge des Mittels versorgte.

Das Mittel ist eine 10 %ige Lösung von Kalium sulfoguajakolikum in Syrup. aurantiorum und wird hergestellt von Herbabny-Scholz, Wien 1, Lugeck Nr. 3. Bei der Zusammenstellung des Sorisin und bei der bekannten Wirkung der Komponenten schien es mir anfangs wichtiger zu sein, mich davon zu überzeugen, wie das Mittel vertragen wird, als davon, wie es wirken werde. Nachdem ich selbst es ohne Schaden genommen hatte, ließ ich zwanzig Gesunde — meist Kinder — das Mittel nehmen, und ich konnte mich davon überzeugen, daß es immer gerne genommen und gut vertragen wurde. Einige Kontrollversuche (5) ergaben, daß es lieber genommen wurde als Sirolin.

Dann ging ich daran, das Sorisin in pathologischen Zuständen zu versuchen. Ich wählte — mit Ausschluß aller akuter Katarrhe — ausschließlich chronische Prozesse. Ich verfüge — abgesehen von einigen Fällen, die sich vorzeitig der Beobachtung entzogen — über neun Fälle. Dabei handelt es sich fünfmal sicher um an Tuberkulose leidende Patienten, viermal um Kranke mit chronischer Bronchitis. Allemal wurde eine ganz auffallende Besserung der lokalen Symptome und des Allgemeinbefindens konstatiert, welche auch, und das ist ja sehr wichtig, von Dauer war. Gegeben wurden dreimal im Tage je 15 g.

Den Verlauf eines Falles von Tuberkulose möchte ich kurz skizzieren:

R. E., 11 Jahre altes Mädchen. Beide Eltern starben an Tuberkulose.

10. IV. 1907. Husten seit sieben Wochen, kein Appetit, schlechte Nächte, keine Nachtschweiße. Stuhl regelmäßig; verschiedene beruhigende Mittel ohne Erfolg. Kind mittelgroß, blaß, mager, traurig, matt, Temp. 37,2 bis 37,7, schwacher Knochenbau, langer Hals, schmaler, flacher Thorax, tiefe Gruben. Lungenbefund rechts normal; links vorne über dem Schlüsselbein und links hinten oben zur Höhe des dritten pr. spin. Dämpfung, dichtes kleinblasiges Rasseln, bronchiales Exspir. Herz, Leber und Milz ohne pathol. Befund. Puls 84 bis 90. Urin normal. Sorisin dreimal 15 g.

14. IV. 1907. Auffallende Besserung des Hustens insoferne, als er weniger häufig auftritt; besserer Schlaf.

20. IV. 1907. Besserung andauernd, Rasseln weniger dicht, besserer Appetit und wesentlich bessere Laune. Temp. 37,1 bis 37,5.

28. IV. 1907. Temp. 36,9 bis 37,3. Sehr wenig Rasseln, kein bronchial. Exspirium mehr, nur etwas Verschärfung des Respirationsgeräusches. Reichliche Nahrungsaufnahme, gute Laune.

27. V. 1907. Sehr spärliches Rasseln, beinahe kein Husten.

5. VII. 1907. Bis auf leichte Abschwächung des Perkussionsschalles L. H. O. normale Verhältnisse; gutes Aussehen.

22. VIII. 1907. Sorisin ausgelassen; kein Medikament.

17. I. 1908. Befund unverändert.

Die anderen Fälle verliefen analog.

Fragen wir uns nun, was die genannten Präparate, Thiokol (Sirolin) und Sorisin eigentlich zu leisten imstande seien, so können wir folgendes antworten.

Die Präparate, deren wirksames Agens zweifellos das acid. o.-sulfoguajakolikum ist, setzen pathologische Sekretionen im Bereiche des Respirationstraktus herab, ohne daß das Sekret dabei zäher und schwerer expektorierbar würde, und wirken heilend auf katarrhalische Prozesse der Luftwege ein. Sie äußern einen zweifellos günstigen Einfluß auch auf den Verlauf und auf den Heilungsprozeß von nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose.

Eine expektorierende Wirkung konnte ich nicht konstatieren; die Besserung des Hustens stellt sich allmählich mit der Einschränkung der Sekretion und mit der fortschreitenden Heilung ein. Dagegen vertragen sie die Verbindung mit Expektorantien und zwar das reine Salz in direkter Kombination, die anderen Präparate in beliebiger aber gesonderter parallelgehender Verwendung. Sie sind keine Antipyretika; ich sah wenigstens niemals eine deutliche rasche Temperaturherabsetzung, wie man es bei spez. Fiebermitteln zu sehen gewöhnt ist. Die Herabsetzung der gesteigerten Temperatur geht parallel der allgemeinen und lokalen Besserung (vide oben!), wobei es begreiflich ist, daß die Körperwärme bei vorzeitigem Auslassen des Mittels eben wieder hinaufgeht. Bezüglich der Kombination mit Fiebermitteln gilt das oben über Expektorantien Gesagte. Auch mit Narkotizis und mit roborierenden Mitteln ist eine Kombination ohne weiteres durchzuführen.

Ueber die appetitsteigernde Wirkung kann folgendes gesagt werden: Das Salz scheint eine mäßige Wirkung zu haben; das Sorisin hat eine ganz deutliche bessernde Einwirkung, ohne aber in allen Fällen an die oft ganz außerordentliche Einwirkung des reinen Kreosot oder Guajakol heranzureichen. Dabei aber darf wieder nicht vergessen werden, daß die hier abgehandelten Präparate leichter vertragen werden und zweifellos länger genommen werden können als Kreosot und Guajakol und zur Erzielung von Dauerwirkungen viel geeigneter sind. Der denkende Arzt hat in der Indikationsstellung allen diesen Umständen Rechnung zu tragen. In Zusammenfassung des Gesagten können wir wohl die Behauptung aufstellen, daß wir — besonders auch für die Behandlung der Tuberkulose — in den Präparaten der Sulfoguajakolsäure, Kal. o.-sulfoguajakolikum, Thiokol (Sirolin), Sorisin wesentliche Bereicherungen unseres Arzneischatzes zu begrüßen haben.

REFERATE.

Zum heutigen Stande der Hochfrequenz-Therapie.

Übersichtsreferat von Dr. **D. Sarason**, Berlin.

Die schon lange bekannte Eigenschaft von Kondensatoren, z. B. Leydener Flaschen, die positive und negative Elektrizität ihrer äußeren und inneren Belegungen in einem eigenartigen Entladungsfunken auszugleichen, welcher nicht, wie sonst, in plötzlichem Stoße, nur nach einer Richtung, von positiv zu negativ verläuft, sondern in zahlreichen, immer kleiner werdenden Pendelschwingungen hin und her oszilliert, bis allmählich der Ausgleich erfolgt ist, ähnlich dem Vorgange beim Zusammenströmen zweier durch eine Scheidewand getrennter Wassersäulen von ungleichem Niveau, nach plötzlicher Entfernung der Scheidewand, — diese wissenschaftlich schon seit langer Zeit bekannte Tatsache gewann mit einem Male eine praktische Bedeutung von allergrößter, heute noch kaum übersehbarer Tragweite, nachdem man darauf gekommen war, mit ihrer Hilfe einen elektrischen Strom von ganz neuer Art und Wirkungsweise zu erzeugen, einen Strom, dessen Wellencharakter ihn den Erscheinungen des Lichtes und des Schalles an die Seite stellt.

Durch zweckentsprechende Einschaltung von Leydener Flaschen und Drahtspulen in den Stromkreis der Sekundärspule eines Induktors war es gelungen, die schon ohnehin zahlreichen Stromwechsel eines hochgespannten Induktionsstromes in Schwingungen von enormer Frequenz umzuwandeln, gleichzeitig mit gewaltiger Erhöhung der Spannung. Wenn man sich vorstellt, daß jeder einzelne der vielen tausend in einer Minute entstehenden, fortwährend die Richtung wechselnden Stromimpulse des Induktors, nach Durchgang durch die Leydener Flaschen, bei deren Entladung wiederum in überaus zahlreichen Polwechseln schwingt, bis er zum endgültigen Ausgleich kommt, wird es einem nicht mehr phantastisch erscheinen, daß die sogen. Hochfrequenzströme, nach ihrem Entdecker auch Teslaströme genannt, millionenmal in der Sekunde ihre Richtung ändern und eine Spannung bis zu vielen hunderttausend Volt erreichen.

D'Arsonval war der erste, der auf den Gedanken kam, die Hochfrequenzströme für therapeutische Zwecke zu verwerten, nachdem er die merkwürdige Tatsache festgestellt hatte, daß ihre enorm hohe Spannung vom Körper nicht allein ohne den geringsten Schaden ertragen wird, sondern, da unser sensorisches Nervensystem augenscheinlich keinen adäquaten Reiz in den elektrischen Wellen der Hochfrequenzströme empfindet, nicht einmal ein stärkeres subjektives Gefühl erregt. Es eröffnete sich mit dieser Entdeckung ein völlig neues Gebiet der elektrotherapeutischen Behandlung, welches vom nüchtern-kritischen Standpunkte um so schwieriger richtig einzuschätzen war, je weniger unmittelbare subjektive und objektive Zeichen der körperlichen Beeinflussung dem ungeheuren Aufwand elektrischer Energie gegenüberstanden.

Hierin dürfte wohl der Hauptgrund für den heftigen Kampf gelegen sein, welchen Enthusiasten und Skeptiker um den Wert der neuen Methode geführt haben. D'Arsonval und seine Schule, Moutier, Oudin, Apostoli usw. zogen den Kreis der Indikationen außerordentlich weit, während die Mehrzahl deutscher Autoren sichere Heilwirkungen nur für enger begrenzte Gebiete zugestand. Augenblicklich ist jedoch eine Klärung der Anschauungen erfolgt, welche sowohl den Ueberschwang als auch unberechtigte Negation auf das richtige Maß zurückführte.

Die Hochfrequenzströme werden dem Körper in dreierlei Form zugeführt: allgemein, lokal mit Elektroden, wie bei sonstiger Strombehandlung, und lokal durch Büschel- oder Funkenentladungen.

Die allgemeine Anwendung geschieht durch Umgebung des bekleideten Körpers mit einer weitmaschigen Drahtspule, dem sogen. großen Solenoïd, welches eine Drahtverbindung der äußeren Belege der Leydener Flaschen darstellt und von Hochfrequenzströmen durchflossen wird, die in jeder Beziehung den Entladungsfunken der inneren, mit der Sekundärspule des Induktors verbundenen Belege entsprechen. Dieser Solenoïdstrom erzeugt durch sogen. „Autokonduktion“ im Körper einen Induktionsstrom, der sich objektiv durch Aufleuchten einer Glühlampe bemerkbar machen läßt, aber keine oder nur minimale Empfindung erregt.

Zur lokalen Behandlung verbindet man die Außenbelege der Leydener Flaschen nur mit einer kleinen „Selbstinduktions“-Spule (kleines Solenoïd) aus wenigen Drahtwindungen. Hiervon werden Elektroden abgezweigt, um in bekannter Weise Haut- oder Schleimhautflächen stabil oder labil angedrückt zu werden. Auch diese Applikation erregt keine Schmerzen, selbst dann nicht, wenn man sogen. Kondensatorelektroden benutzt (Glasstäbe mit Innenbelegung, bei welchen der Körper als Außenbelegung fungiert), trotz der zahlreichen, beim Anlegen an die Haut übergehenden Funken, die sich bei wachsender Entfernung in Büschelentladungen verwandeln. Das sogen. „Kondensatorbett“ von Apostoli ist nach gleichem Prinzip konstruiert.

Ein wesentlich stärkerer Strom kommt bei der dritten Methode, der lokalen Behandlung mit Büschelentladungen mittels des Oudinschen Resonators zur Anwendung. Dieser Resonator ist ein zweites Solenoïd, aus ziemlich starkem Draht und weiten Windungen bestehend, welches mit dem ersten einpolig verbunden wird, so daß es gewissermaßen eine Verlängerung desselben bildet, während der andere Pol dem Patienten genähert wird. Der Strom des ersten Solenoïds induziert in dem Resonator einen bedeutend höher gespannten Strom, dessen Maximum, ähnlich der Resonanz einer bei Erzeugung eines gleichgestimmten Tones in gewisser Nähe mitschwingenden Saite, durch Einschaltung einer dem primären Solenoïd bezüglich des elektrischen Schwingungskreises entsprechenden, ganz bestimmten Anzahl von Windungen erzeugt wird. Die Büschelentladungen des Resonators sind von äußerst kräftiger Wirkung, am kräftigsten bei Verwendung eines doppelpoligen Apparates nach Oudin, wobei, nach Angaben der den Apparat herstellenden Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Entladungen bis zu 70 cm Länge erzielt werden.

Die Literatur über die klinischen Ergebnisse und die physiologischen Erklärungsversuche der Arsonval-Therapie ist seit der ersten größeren Veröffentlichung ihres Begründers vom Jahre 1896 so außerordentlich umfangreich geworden, daß es nicht möglich ist, in kurzem Rahmen auch nur die Hauptpunkte der wertvolleren Publikationen hervorzuheben. — Es ist daher zweckmäßig, sich nur auf zwei Uebersichtsberichte aus dem letzten Jahre zu beschränken, die Debatte über Hochfrequenzströme auf dem Intern. Kongreß für Physiotherapie in Rom (Oktober 1907) und einen Vortrag von Dr. Nagelschmidt auf der Naturforscherversammlung des Jahres 1907.

Bei dem Kongresse in Rom stand die Aussprache über die physiologischen Grundlagen für die Heilwirkung der Arsonval-Ströme im Vordergrunde. Herabsetzung übermäßig gesteigerten Blutdruckes, Regulierung der Zirkulation durch richtige Blutverteilung, Förderung aller Absonderungen, Kräftigung der viszeralen Muskulatur, Steigerung des Stoffwechsels, Schmerzstillung, Minderung der allgemeinen und Reflexerregbarkeit, Erzeugung von Schlafbedürfnis — all diese Erscheinungen sind bei allgemeiner oder lokaler Arsonvalisation von einer Reihe von Forschern beobachtet und mehr oder weniger exakt festgestellt worden, während sie von anderen zum Teil bestritten oder eingeschränkt werden. Aus den Vorträgen und Diskussionen von Laqueur, Bonnefoy, Vassilides, Valobra, Bergonié, Broca und anderen gewann man den Eindruck, daß die Verschiedenheit und mannigfache Gegensätzlichkeit der Erfahrungen zu großem Teile durch die Ungleichheit und Ungenauigkeit der Meßvorrichtungen und Versuchsbedingungen, die oft wohl ungünstig waren, durch Mangelhaftigkeit der Methoden und Apparate, durch verschiedene Dosierung und durch Ungeduld in Fällen, die etwa 40 bis 70 Sitzungen nötig gehabt hätten, aber schon nach fünf bis sechs Behandlungen als resultatlos aufgegeben wurden, zu erklären sind.

Die bemerkenswerteste Auffassung scheint Vassilides-Athen vertreten zu haben. Er erklärt: Die Wirkung der Hochfrequenzströme erstreckt sich hauptsächlich auf den Sympathikus. Nicht das sensible Nervensystem oder die Muskeln werden direkt beeinflußt, sondern die Gefäßkontraktion, die Drüsensekretion, das Wärmezentrum, die Peristaltik, also Funktionen des sympathischen Nervensystems.

Diese Auffassung steht im Einklang mit den vorhin genannten physiologischen Beobachtungen und mit günstigen therapeutischen Erfolgen bei folgenden vier Gruppen:

1. Zirkulationsstörungen (Arteriosklerose, chronische Myokarditis, Angina pektoris).
2. Stoffwechselstörungen (Arthritismen, Gicht, Fettsucht, Steinbildungen, Diabetes).
3. Nervösen Störungen (Neurasthenie, Neuralgien).
4. Hautfunktions-Störungen (Sklerose, Ekzem, Pruritus, Akne, Psoriasis, Sykose, varikösen Geschwülsten).

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, daß einzelne französische Autoren bei Behandlung der Tuberkulose der Lungen, Knochen und anderer Organe mit Arsonvalisation gute Erfolge erzielt zu haben glauben. Ferner wird die günstige Beeinflussung von Magen- und Darmatonien gerühmt, speziell hartnäckige Obstipationen sollen nach G. Fleig (St. Louis-Krankenhaus, Paris) durch doppelpolige Applikation Oudinscher Resonatoren (Rektalelektrode und Abdominalelektrode von 30 mal 40 cm) vorzügliche Erfolge ergeben. Auch die Lokalbehandlung von Hämorrhoiden und Analfissuren soll sehr dankbar sein.

Ueber den Standpunkt, der im allgemeinen in Deutschland und Oesterreich bezüglich der Arsonvaltherapie eingenommen wird, berichtet A. Laqueur, Berlin. Eulenburg, Toby Cohn, Mann, Kurella, Rumpf, Loewy, Bädeker, Kahane, Nagelschmidt u. a. haben sich mit dem Studium und der Anwendung der Hochfrequenzströme beschäftigt; die meisten der Autoren freilich nicht so intensiv wie die französischen Forscher. Laqueur berichtet über vorzügliche Erfolge der lokalen Arsonvalisation 1. bei Pruritus, 2. tabischen Krisen, 3. Neuralgien. Die allgemeine Arsonvalisation soll nach Laqueur bei Arteriosklerose nicht erfolgreich sein, da sie den Blutdruck nicht herabsetzt, sondern meist erhöht. Eine Druckerniedrigung und allmähliche Besserung soll nur bei Präsklerotikern eintreten. Organische Herzerkrankungen ohne Arterienverkalkung werden nach Prof. Rumpf bei lokaler Applikation einer von ihm angegebenen Kondensations-Elektrode (hergestellt von Reiniger, Gebbert & Schall) auf die Herzregion erheblich gebessert. Rumpf konnte in etwa 50 Fällen bei Herzdilatationen eine Verkleinerung der Herzgrenzen objektiv nachweisen.

Bezüglich der subjektiven Empfindung bei allgemeiner Arsonvalisation ist noch ergänzend zu bemerken, daß ein Wärmegefühl meist erst bei häufiger Wiederholung der Sitzungen, und zwar solcher von kurzer Dauer, eintritt, zunächst an den Händen, dann an den Armen und Schultern, schließlich herabsteigend bis zu den Füßen. Sommerville-Glasgow konnte, wie Bonnefoy berichtet, dieses Wärmegefühl objektiv begreiflich machen durch die Beobachtung, daß in einer großen Reihe genauest durchgeführter Versuche die peripherische Temperatur des Körpers um mehrere Grade erhöht war.

Mit Rücksicht auf die noch immer bestehenden Meinungsverschiedenheiten über die Bedeutung der allgemeinen Arsonvalisation, die sicher ihre objektiven Gründe in der Verschiedenheit der Methoden und der Individualitäten haben, scheint es nicht überflüssig, auf die allgemeinen Vorschriften von Bonnefoy hinzuweisen. Dieselben lauten: Kurze Sitzungen (nur einige Minuten, höchstens zwölf), häufige Sitzungen (täglich ein-, oft zweimal, bis zum Wärmegefühl), kein brüskes Abbrechen, sondern allmähliches Aufhören der Behandlung, genügend lange Fortsetzung der Behandlung (oft monatelang), Stromintensität anfangs 2—300, allmählich bis 500 Milliampère ansteigend (Maximalgrenze 600 Milliampère bei Fettleibigen). Das Uebersteigen dieses Wertes ist unnötig und gefährlich. —

Für die physiologische Begründung der Hochfrequenzströme ist die neueste Publikation von Bonnefoy „Physiologische Wirkung der Hochfrequenzströme“ in Nr. 6, 1908, der Ztschr. f. neuere phys. Medizin beachtenswert. Der Autor kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Herabsetzung der arteriellen Spannung bei Individuen mit Blutüberdruck; 2. Erhöhung dieser Spannung bei Individuen mit geringem Blutdruck; 3. die Hochfrequenzströme sind wesentliche Regulatoren der Zirkulation.

Besondere Aufmerksamkeit verdient noch die Publikation von Nagelschmidt über seine Erfahrungen mit Hochfrequenzströmen bei Behandlung von zirka 300 Fällen seiner Klinik, die er in einem Vortrage auf dem Naturforscherkongreß 1907 besprach. Nagelschmidt hat bei der Allgemeinbehandlung im Solenoïd zwar nicht die von den Franzosen gerühmte Wirkung auf Blutdruck und Stoffwechsel beobachten können, aber trotzdem gute Erfolge bei Schlaflosigkeit leichteren Grades, allgemeiner Neurasthenie und Angina pectoris konstatiert. Besonders hervorragend ist die günstige Wirkung auf Hautneuralgien und Hautjucken. Als überraschend erfolgreich erwies sich die Beeinflussung von tabischen Schmerzen und Krisen. Bei 18 Fällen war kein Mißerfolg. Krisen und Schmerzen, die weder auf Morphium noch irgendein anderes Medikament reagierten, schwanden unmittelbar unter der Behandlung. Dauerwirkungen erfordern eine Behandlungszeit von zwei bis drei Monaten, aber auch nach kürzerer Behandlung sind schon Intervalle vollkommenen Wohlbefindens von 15 Monaten bis jetzt beobachtet worden.

Von allergrößtem Interesse dürfte eine neue Erfahrung sein, auf die Nagelschmidt aufmerksam macht, nämlich die Erzeugung von Muskelzuckungen bei bipolarer Anwendung, unter Zwischenschaltung einer kleinen Funkenstrecke. Eine Erklärung dieses Phänomens scheint noch nicht möglich. Ein prinzipieller Unterschied dieser Kontraktionsmethode gegenüber sonstigen Stromapplikationen liegt in der Schmerzlosigkeit. Außerdem ist die Ergiebigkeit der Kontraktionen größer, als man sie sonst erzielen kann, weil man wegen der Schmerzlosigkeit der Hochfrequenzströme wesentlich größere Strommengen in den Körper einzuführen vermag, als dies bei andern Stromarten möglich ist. Es scheint sich hier ein sehr großes, äußerst dankbares Gebiet für die Uebungstherapie des Muskelsystems und auch für die Diagnostik der Lähmungen zu eröffnen.

Eine neue, sehr wertvolle Anwendungsart der Hochfrequenzströme, die freilich schon seit mehreren Jahren in Frankreich bekannt ist, das Interesse der deutschen Aerzte aber erst in allerletzter Zeit, auf Grund einiger günstigen Publikationen von Czerny-Heidelberg sowie Benckiser und Krumm-Karlsruhe erregt hat, ist die Fulguration bösartiger Geschwülste nach de Keating-Hart (Marseille). Es handelt sich hier um eine vorwiegend elektrolytische Zerstörung resp. Desorganisation des kranken Gewebes durch den elektrischen Funken eines Oudinschen Resonators, welchen man, um die Hitzewirkung so viel wie möglich zu beschränken, durch Kühlung der zur Verwendung gelangenden Hohlelektrode mit Kohlensäure oder Druckluft, in seiner Temperatur herabsetzt. Die Fulguration erweicht die bestrahlten kranken Gewebe elektiv und zwar sofort, so daß sie unmittelbar losgelöst werden können, sie stillt die Blutung, beseitigt die Operationsschmerzen, wahrscheinlich durch Entspannung des Gewebes, bewirkt eine starke seröse Durchtränkung und Lymphorhoe im Operationsgebiet und regt eine ungemein energische Eliminations- und Regenerationstätigkeit der Gewebe an. Letzteres bezieht sich in hervorragendem Grade auf epitheliale Gebilde, so daß rasche Ueberhäutungen und vorzügliche kosmetische Erfolge resultieren.

Die Fulguration wird stets in Verbindung mit der operativen Entfernung der Geschwülste angewendet, ist also kein Ersatz, sondern eine sehr wertvolle Ergänzung und Erleichterung derselben, welche nicht allein die Prognose und den Heilprozeß wesentlich günstiger zu gestalten vermag, sondern auch imstande ist, die operative Indikation jetzt noch auf solche Fälle auszudehnen, welche früher nicht mehr operabel erschienen.

Die Fulguration ist so schmerzhaft, daß sie nur in der Narkose vorgenommen werden kann. Da es sich jedoch stets um die Verbindung mit operativer Tätigkeit handelt, ist es nur nötig, die dafür erforderliche Narkose um die Zeit der Fulguration zu verlängern.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt,** ehem. Oberarzt am Königl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Das Licht als Heilmittel.** Von H. Hübner. Arch. f. physikal. Med. u. med. Technik, Bd. III, H. 2.

2. **Beiträge zur Lichttherapie.** Von L. Laquer. Ibidem.

3. **Ueber die Behandlungsmethode des Krebses nach der Keating-Hart (Marseille).** Von Wiesner. Ibidem.

4. **Eine neue Behandlungsmethode des Krebses.** Von M. de Keating-Hart. Ibidem.

1. Populär gehaltene Schilderung der Bedeutung des Lichtes für therapeutische Zwecke, der Anwendung der Finsen- und Röntgenbehandlung, des Eisen- und Quecksilberdampflichtes und der Glühlichtbäder.

2. Beschreibung eines billigen, vom Verfasser angegebenen Apparates („Heliodor“) zur lokalen Applikation von Lichtwärmestrahlen, der aus einem vorn offenen, innen vernickelten Lichtkasten mit sechs 16kerzigen Glühlampen besteht. Der Apparat ist auf einem handlichen Stativ befestigt und in verschiedenen Richtungen verstellbar. Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen mit diesem Apparat kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß die Anwendung von örtlichen elektrischen Licht- und Wärmereizen auf die unbedeckte oder leicht verhüllte Oberhaut, wenn die erzielte Temperatur 40 bis 45° C nicht überschreitet, eine beruhigende Wirkung auf Neuralgien und auf sonstige motorische und sensible Reizerscheinungen ausübt und anregend bei einzelnen Formen von funktionellen Nervenstörungen wirkt.

3. Schilderung der — übrigens einfachen — Technik und der Apparate, welche zur Ausführung der „Fulguration“, i. e. der Anwendung besonders intensiver Hochfrequenzströme zur Zerstörung krebsiger Neubildungen erforderlich sind, im wesentlichen eines Funkeninduktors, eines Unterbrechers und eines geeigneten Resonators, mit dessen beiden Leydener Flaschen die beiden Polklemmen der Sekundärspule verbunden werden. Vom Resonator wird dann der Strom abgenommen, der als Funkenbündel von erheblicher Länge auf die Neubildung trifft. Das Verfahren ist sehr schmerzhaft und kann nur in Narkose vorgenommen werden.

4. Kurze Beschreibung der Methode, Mitteilung behandelter Fälle. Wenn der Verfasser daraus, daß in einigen Fällen, die vorher erfolglos von anderer Seite mit X-Strahlen behandelt waren, die Fulguration erfolgreich war, den Schluß zieht, daß die Funken „zerstörender wirken“ als die X-Strahlen, so ist dieser Schluß unberechtigt. Das kann an mangelhafter Technik gelegen haben. Referent hat z. B. einen Fall von Ulkus rodens am unteren Augenlid, der vorher 80 mal erfolglos geröntgt war, in sieben Sitzungen geheilt; der Patient ist bis jetzt über drei Jahre rezidivfrei. Es kommt eben darauf an, wie geröntgt wird.

Von 16 schweren „fulgurierten“ Fällen waren 4 Brustkarzinome, 2 Epitheliome der Haut, 2 Epitheliome der Brust, 4 Epitheliome der Zunge und der Mundschleimhaut, 1 Kehlkopfkrebs, 1 Drüsensarkom des Halses (die 2 übrigen? Ref.).

3 Fälle kamen ad exitum, 7 wurden gebessert und 6 anscheinend geheilt. Die ganze Methode ist nach Ansicht des Referenten noch viel zu jung, als daß man sich ein Urteil über ihren Wert bilden könnte. Offenbar handelt es sich nur um eine mehr oder weniger tiefgreifende mechanische Zertrümmerung durch kräftige elektrische Funken, jedenfalls um ein sehr schmerzhaftes und nur in Narkose ausführbares Verfahren, demgegenüber noch die größte Skepsis sehr am Platze scheint.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Fleischvergiftung und Widalsche Reaktion.** Von H. Liefmann. München. med. Wochenschr., 1908, S. 157.

2. **Eine Theorie der natürlichen Immunität des lebenden Gewebes.** Von F. Holzinger. Ibidem, S. 601.

3. **Ueber die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis.** Von E. Fränkel und Much. Ibidem, S. 602.

4. **Die Komplementbindung mit wässrigem Luesextrakt bei nichtsyphilitischen Krankheiten.** Von Much und Eichelberg. Med. Klinik, 1908, S. 671.

1. Obgleich die Widalreaktion schon viele Angriffe erfahren, obgleich ihre spezifische Bedeutung und klinische Verwendbarkeit im Laufe der Jahre manche Wandlung und Berichtigung erfahren mußte, so ist der große Wert der Widalreaktion für die Erkennung typhöser Erkrankungen dennoch bestehen geblieben. Grundbedingung ist nur, daß bei genauer Technik die Reaktion nicht schematisch und mit einseitig übertriebener Wertschätzung in Anwendung kommt, sondern unter sachgemäßer Würdigung ihrer Fehlergrenzen als wichtiges Krankheitssymptom diagnostisch in Rechnung gesetzt wird. Einen trefflichen Beleg dafür, daß die Widalreaktion unter besonderen Umständen scheinbar atypisch verläuft und doch für die Diagnose der betreffenden Krankheit ihren Wert behält, ja an Wert gewinnt, zeigt uns die Studie L.s über Fleischvergiftung. L. fand bei einer Fleischvergiftungsepidemie von 62 Fällen, welche durch das Bakt. Enteritidis Gärtneri bedingt wurden, daß die Widalreaktion für echte Typhusbazillen höhere Werte zeigte als für den eigentlichen Erreger. Wäre hier nur das Serum der Pat. schematisch untersucht worden, so hätte auf Grund der Widalreaktion die Diagnose Typhus gestellt werden müssen. Die Berücksichtigung des klinischen Verlaufs und die bakteriologische Untersuchung der Fäzes schützten vor diesem Irrtum und gerade der eigentümliche Ausschlag der Widalreaktion — der bisher nur vereinzelt beobachtet war — trug bei richtiger Würdigung wesentlich zur Aufklärung der ganzen Epidemie bei. Die Untersuchungen L.s weisen erneut und energisch darauf hin, daß die Widalreaktion nur in besonders eingerichteten Laboratorien von Fachleuten ausgeführt werden sollte und daß dabei ein kurzer klinischer Bericht nicht entbehrt werden kann.

2. H. stellte eine halbdurchlässige Tonzelle (Ferrocyankupfermembran) mit Bier-Zuckerlösung gefüllt und offen in Wasser bei 37° auf. Unter gleichen Bedingungen wurden Glaszellen aufgestellt, und es zeigte sich, daß in diesen nach vier Tagen eine weit stärkere Bakterienvermehrung zu konstatieren war als in der Tonzelle. Zur Erklärung dieser auffallenden Erscheinung kann nach H.s Ausführungen nur die schädigende Einwirkung der osmotischen Bewegung in der Tonzelle auf das Bakterienwachstum herangezogen werden. Er nimmt weiterhin an, daß auch im lebenden Zellgewebe die Mikroorganismen durch osmotische Vorgänge in ihrer Entwicklung gehemmt würden und erst bei Schädigung der normalen osmotischen Vorgänge (Traumatisierung, Verstopfung der Abzugskanäle, Trockenheit, Abkühlung) eine Ansiedlung von Bakterien im Gewebe möglich sei. Da es sich um eine vorläufige Mitteilung handelt, wird man zunächst den ausführlichen Bericht mit genauen Versuchsprotokollen und Tierexperimenten abwarten müssen, vorerst kann man sich bei den Ausführungen H.s dem Gedanken nicht verschließen, daß die Schlußfolgerung für die Immunität des lebenden Organismus rein physikalische Vorgänge zu sehr in den Vordergrund stellt, den Wert der zellulären Lebensfunktion zu sehr vernachlässigt und der großen Verschiedenheit in der Bakterienimmunität keine Rechnung trägt.

3. Die Autoren haben die Wassermannsche Serodiagnose bei einer Reihe von Sektionen durchgeführt, um auf diese Weise einige pathologisch interessante und in ätiologischer Beziehung strittige Krankheitsbilder aufzuklären. Sie hatten folgende Resultate: sechs Fälle von Hellerscher Aortitis reagierten positiv; negative Reaktion gaben zwei Fälle von Aortenaneurysma, ferner Hodenschwielen (Orchitis fibrosa) dreimal, allgemeines Amyloid mit Schinkenmilz zweimal, sowie ein bis auf das Periost der Tibia reichendes Ulkus kruris. Negative Reaktion gestattet im allgemeinen keinen sicheren Schluß, während positive Reaktion mit großer Wahrscheinlichkeit für die luetische Natur eines Leidens spricht. Die Autoren heben mit Recht hervor, daß die Serodiagnostik an Leichenmaterial sowohl für die Aufklärung gewisser Krankheiten als auch bezüglich der anatomischen Kontrolle der Methode selbst von der größten Wichtigkeit ist. Wie jede neue Untersuchungsmethode, so muß auch die Serodiagnose der Lues erst an dem mannigfachen Material, wie es die ärztliche Praxis bietet, geprüft und bewertet werden, und es ist daher nicht zu verwundern, wenn trotz der großen Untersuchungsserien, welche von einzelnen Instituten bisher veröffentlicht wurden, und die durchgehends für die Spezifität der Reaktion reiches Material zusammenbringen — wenn trotzdem einige nichtluetische Krankheitsfälle gefunden werden, bei denen dennoch die Reaktion positiv ausfällt.

4. So fanden Much und Eichelberg, daß von 25 Scharlachkindern 10, d. h. 40% positive Reaktion mit Leberextrakt nach Wassermann ergaben. Die Autoren halten sich dadurch zu folgenden Schlüssen berechtigt: „Finden wir, daß das Serum von Kranken, die unter der Einwirkung anderer Mikroorganismen stehen, und wo Lues mit Sicherheit auszuschließen ist, mit wässrigem Leberextrakt dieselbe Reaktion gibt wie das Serum Syphilitischer, die nicht unter der Einwirkung dieses Mikroorganismus stehen oder gestanden haben, so fallen damit die Stutzen auch für die Spezifität der Komplementbindung durch wässriges Leberextrakt und Syphilitikerserum.“ Ich halte diese Schlüsse für zu weitgehend, selbst gesetzt, daß die Reaktion bei Scharlach und noch einigen anderen Krankheiten nicht luetischer Art positiv ausfällt, so wächst damit nur die Schwierigkeit in der Verwertung einer positiven Reaktion. Wir wußten schon seit längerer Zeit, daß Schlafkrankheit, Framboesia, Trypanosomenerkrankungen verschiedener Art, z. B. Nagana und Dourine, positiv reagieren, der Wert der Reaktion für die Diagnose der Lues wurde dadurch kaum alteriert, und er wird es auch nicht durch die positive Reaktion Scharlachkranker — so wenig wie die Widalreaktion dadurch außer Gebrauch kam, daß man eine Reihe von Fehlerquellen erkannte. Groß kann die Zahl der positiv reagierenden Krankheiten nicht sein, sonst hätte man bei dem Umfang des bereits untersuchten Materials schon mehr Fälle finden müssen, und Lues gibt die Reaktion in einem so hohen Prozentsatz positiv, daß der praktische Wert der Reaktion vorerst nicht erschüttert erscheint.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Zur Frage des Lufteintritts in die V. jugularis interna bei operativer Verletzung derselben.** Von W. A. v. Oppel. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 92, H. 4/6.

2. **Die chirurgische Behandlung der Verbrennungskontrakturen der Hand und Finger durch Wanderlappen-Fernplastik.** Von Paul Klemm. Ibidem.

3. **Die Schädigung des Nerv. medianus als Komplikation des typischen Radiusbruches.** Von Blecher. Ibidem, Bd. 93, Heft 1.

4. **Die subkutane Milzzerreißung und ihre Behandlung.** Von Lotsch. Ibidem.

5. **Zur Frage der konservativen Operationsmethoden bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen.** Von Borchard. Ibidem.

6. **Zur operativen Behandlung der arterio-venösen Aneurysmen.** Von A. v. Oppel. Archiv f. klin. Chir., Bd. 86, H. 1.

7. **Operative Behandlung der Varizen, Elephantiasis und Ulkus kruris.** Von G. Friedel. Ibidem.

8. **Die operative Therapie des Morbus Basedowii.** Von Paul Klemm. Ibidem.

9. **Fremdkörper im Magen und in der Speiseröhre.** Von Neuhaus. Ibidem.

10. **Vergleichende Untersuchungen über die sekretorischen Leistungen beider Nieren.** Von Ed. Allard. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., Bd. 18, H. 5.

1. Pirogow hat im Tierversuch festgestellt, daß Unterbindung der Seitenäste der Vena jugularis den Lufteintritt nach Verletzung der Vene durch Verringerung der Blutsäule im Gefäß und Sinken des Blutdrucks begünstigt. Dieser alte Versuch gibt die Erklärung dafür, daß bei operativer Verletzung der Vene so oft — verhältnismäßig — der Tod durch Luftembolie eintritt: es handelt sich meist um Eingriffe bei ausgedehnten Geschwülsten, wo die oberen Aeste der Drosselvene längst durch Thromben verstopft sind, während die Vene selber ihre Lichtung behält, auch wenn sie nur als platter weißlicher Bindegewebsstreif erscheint. Es ergibt sich daraus die Folgerung, bei derartigen Eingriffen zuerst den Stamm der Vene freizulegen und zu unterbinden, was, im Gegensatz zu der Unterbindung der Karotis, unbedenklich geschehen kann. — Ist aber die Vene verletzt, so muß vor allem durch Fingerdruck oder straffe Tamponade weiterer Lufteintritt verhindert werden; dann kann man, wenn zentralwärts vom schützenden Finger genug Platz dafür ist, die Unterbindung vornehmen; sonst ist es sicherer, sich auf den Tampon zu verlassen. Mit der Tamponade hat v. O. einen Kranken mit angerissener Jugularvene zu Ende operieren können und durchgebracht; ein anderer, in dessen verletzte Vene beim Versuch, sie zu fassen, abermals unter dem bekannten pfeifenden Geräusch Luft einströmte, starb noch auf dem Tische, trotzdem v. O. noch mit einem in die Vene eingeführten Katheter nach Magendie das schaumgemischte Blut aus dem rechten Vorhof angesogen hatte.

2. Jede Verbrennung an Hand und Finger ist sorgfältig und mit steter Rücksicht auf die spätere Gebrauchsfähigkeit zu versorgen; jeder Finger muß einzeln verbunden, Finger und Hand unbedingt in gerader Stellung geschient, die Gelenke täglich bewegt werden, um der drohenden Kontraktur und Versteifung von vornherein zu begegnen. Brandwunden dritten Grades sind, sobald sie granulieren, plastisch zu decken (wozu bei rechtzeitiger Plastik Thiersch-Läppchen genügen), sonst stellen sich trotz anfänglich guter Stellung die bekannten Kontrakturen ein, wie sie Klemm als dorsale und volare Klumphand beschreibt. Zu ihrer Beseitigung müssen dann umständliche Narbenausschneidungen mit Deckung durch gestielte Haut-Unterhautlappen von Brust, Bauch oder anderen Körperstellen her vorgenommen werden, und die verbildeten Gelenke erfordern außerdem noch mühsame Nachbehandlung mit Bewegungsübungen und redressierenden Verbänden.

3. Bei Radiusbrüchen am unteren Ende des Knochens mit starker Verstellung kommen Medianusschädigungen vor, z. T. gleich durch Quetschung oder Ueberdehnung, z. T. erst später durch Kallusdruck. Die primäre Schädigung kann die funktionelle Heilung des Knochenbruches sehr in die Länge ziehen; doch erholt sich unter Massage, elektrischer Behandlung usw. der Nerv gewöhnlich wieder. Die sekundäre Schädigung des Medianus wird dagegen am besten durch operative Entfernung des drückenden Kallus behandelt.

4. Vier neue Fälle von Milzzerreißung durch äußere Gewalt bestätigen die Erfahrung, daß die Milzzerreißung durchaus klinisch zu erkennen ist (Ausdruck innerer Blutung mit umschriebener Dämpfung sind neben Druckschmerz, Chok usw. die vornehmsten Zeichen) und daß ihre Behandlung am besten in schleuniger Milzexstirpation besteht. Dieser Eingriff ist nicht nur sicherer als Tamponade oder Naht, die nur bei oberflächlichen Rissen in Frage kommen könnten, sondern viel einfacher und rascher auszuführen. Der Verlust der Milz wird für die Blutbereitung sehr bald ausgeglichen und hat auch sonst keine Folgen.

5. Borchard tritt dafür ein, bei den Sarkomen der langen Röhrenknochen die verstümmelnden Operationen nur dann anzuwenden, wenn die Weichteile in ganz ausgedehnter Weise ergriffen sind. Seine mit dauerndem Erfolge resezierten Fälle beweisen, daß nicht nur die als relativ gutartig betrachteten Riesenzellensarkome (Epulis!), sondern auch kleine und spindelzellige Geschwülste sich für das konservative Verfahren eignen; nur muß weit genug im Gesunden reseziert werden. Die Muskeln passen sich selbst einer sehr starken Verkürzung des Gliedes gut an und die resezierten Knochen heilen, wenn auch langsam, so doch mit genügender Festigkeit zusammen, um auch bei den unteren Gliedmaßen befriedigende funktionelle Erfolge zu geben. Ferner entschließen sich die Kranken viel eher zu einer Operation, die ihnen das Glied in brauchbarem Zustande erhält, als zu dem verstümmelnden Eingriff der Amputation oder Exartikulation.

6. Die Behandlung der arterio-venösen Aneurysmen hat durch das große Material des russisch-japanischen Krieges bemerkenswerte Fortschritte gemacht. Korotkow hat ein Verfahren angegeben, durch Druck auf die Arterie oberhalb oder zugleich oberhalb und unterhalb des Aneurysmas unter gleichzeitiger Messung des arteriellen Druckes in der Peripherie den kollateralen Blutkreislauf zu prüfen; dadurch kann die Gefahr einer Gangrän des Gliedes durch Operation des Aneurysmas vorher erkannt werden. Daß aber auch diese Methode ihre Grenzen hat, erfuhr v. Oppel an einem außerordentlich lehrreichen Falle: er unterband bei einem Aneurysma der Arteria axillaris die Arterie oberhalb, die Vene unterhalb des Aneurysmasacks; aber während der Korotkowsche Versuch (Kompression der Arterie oberhalb des Aneurysmas) vorher 40 mm arteriellen Blutdruck in den Fingern ergeben hatte, sank der Blutdruck nach Durchschneidung der Arterie auf 0, der Arm blieb totenblaß und ohne Empfindung, und bald zeigte ein blauroter Fleck am Daumenballen die beginnende Gangrän an. Korotkow erklärte sich diesen verhängnisvollen Widerspruch durch die Vorstellung, daß das arterielle Blut der Kollateralen in den Aneurysmasack gelange und von dort durch die Venen nach dem Herzen geführt, „abgefangen" werde, ohne erst den Arm zu durchfließen. Die in dieser Ueberlegung ausgeführte Unterbindung der Vena axillaris oberhalb des Aneurysmas und einer ungewöhnlich starken Vena axillaris profunda stellte tatsächlich den Kreislauf wieder her; doch machte sich bald wieder, verursacht durch rasche Erweiterung venöser Kollateralen, neues Sinken des Blutdrucks bemerkbar, und es war noch ein letzter Eingriff nötig, nämlich vollkommene Entfernung des Sacks samt zuführenden Gefäßen, um die Blutversorgung des Armes dauernd zu erhalten. Der so an einem Tage dreimal unter Chloroform operierte Kranke wurde geheilt. — Das scheinbare Versagen der Korotkowschen Methode erklärt sich dadurch, daß bei der Kompression der Arterie auch die Vene zusammengedrückt, bei der ersten Operation aber nur die Arterie unterbunden wurde.

Diese Beobachtung, daß der venöse Blutdruck stark genug ist, um nach Ausschaltung des Hauptarterienstammes das arterielle Kollateralblut im Aneurysma „abzufangen" und das Glied dahinter mit Gangrän zu bedrohen, führt zu der Forderung, bei der Operation des Aneurysmas arteriellen und venösen Blutweg vollkommen zu trennen, was am sichersten, wenn auch nicht allein, durch Exstirpation des Sackes erreicht wird.

7. Die Behandlung hartnäckiger Krampfadern und ihrer Folgen mit ringförmiger Umschneidung des Unterschenkels wird in Deutschland verhältnismäßig wenig angewendet. Rindfleisch hat in dem Gedanken, die Krampfadern durch möglichst vielfache Unterbrechung des venösen Blutstroms zu beseitigen, statt des Zirkelschnitts den Unterschenkel in zusammenhängender Spirale umschnitten, die freigelegten Venen sämtlich sorgfältig unterbunden oder umstochen und die tamponierte Wunde von der Tiefe aus zuheilen lassen, so daß die Narbe später sich wie eine dünne, fest angezogene, tief einschneidende Schnur um das Bein windet. Die Erfolge sind befriedigend; nicht nur sind Ernährungsstörungen der Haut ausgeblieben, sondern auch die bei der Operation noch vorhandenen Geschwüre sind geheilt, die Verdickung des Unterschenkels hat sich zurückgebildet und die Kranken, deren Bein z. T. „zur Amputation reif" war, sind fast ganz arbeitsfähig geworden und es auch größtenteils geblieben. Die Operation wird unter Lumbalanästhesie ausgeführt, die Saphena auf alle Fälle am Oberschenkel reseziert und dann der Spiralschnitt um den Unterschenkel bis auf die Muskelfaszie gelegt, je nach Art des Falles in zwei, fünf, selbst sieben Windungen. Geschwüre sollen zwischen die Windungen gelegt, wenn nötig, auch noch durch zwei senk-

rechte Schnitte ganz von der Blutversorgung der Haut getrennt werden.

Die Operation wirkt nach F. nicht nur durch Beseitigung des Wanddrucks in den Gefäßen, durch die Verwandlung der langen Venenbahnen in kurze getrennte Teilstücke, sondern auch durch die ausgiebige „Entsaftung" des ganzen Unterschenkels.

8. In 32 ausführlich und anschaulich mitgeteilten Fällen von Basedowscher Krankheit hat Klemm die erkrankte Schilddrüse, die sich durch das Vorwiegen der „vaskulären Symptome" sehr wohl von der gewöhnlichen Struma unterscheidet, operiert; er entfernte, und zwar ohne Narkose, lediglich mit Infiltration für den Hautschnitt, den einen stärker veränderten Drüsenlappen und unterband, wenn nötig, die Gefäße des anderen. Er wollte damit die toxische, trophisch-vasomotorische Neurose, die durch einen abnormen Stoffwechsel in der Schilddrüse verursacht wird, an der Wurzel fassen. Von seinen zum Teil sehr elenden Kranken hat er keinen verloren; dagegen sind von 27 weiter Beobachteten 25 geheilt worden. „Nicht jeder Fall von Basedow muß operiert werden, aber jeder kann operiert werden, wenn keine Gegenanzeigen vorliegen." Die Operation hilft sicherer und schneller als jede innere Behandlung; von Wichtigkeit ist nach dem Eingriff eine monatelange Ruhe, am besten Landaufenthalt, während deren der Organismus sich von der jahrelangen Vergiftung mit den Produkten der erkrankten Schilddrüse erholt, bevor das Gefäßnervensystem aufs neue den Erschütterungen des täglichen Lebens ausgesetzt wird.

9. Bei verschluckten Fremdkörpern, die in der Speiseröhre stecken, spielt die Schlundsonde heute nicht mehr die herrschende Rolle wie früher. Ihre Anwendung ist nur noch erlaubt, wenn der Fremdkörper keine scharfen Kanten und Haken besitzt und wenn er nicht nur ohne Schaden länger im Magen verweilen kann, sondern auch voraussichtlich unter einer Kartoffelkur den Darm glatt durchlaufen wird. Scharfkantige Fremdkörper aber — Gebisse, Knochenstücke, Nadeln — mit der Schlundsonde feststellen oder hinunterstoßen zu wollen, ist oft ein vergebliches, immer ein gefährliches und manchmal verhängnisvolles Vorgehen. Hier tritt die Röntgenuntersuchung in den Vordergrund; ein Uebersichtsbild des ganzen Oesophagusgebiets, gegebenenfalls zur Vermeidung der Deckung des Fremdkörperschattens durch den Wirbelsäulenschatten schräg oder selbst frontal aufgenommen, läßt den Ort erkennen, wo der Fremdkörper sitzt, und eine Blendenaufnahme dieser Stelle gibt, wenn nötig, seine Umrisse noch genauer an. Die Entfernung des Fremdkörpers durch das Oesophagoskop gibt nach N.s Ansicht nur in den Händen der Chirurgen, die die neue Technik beherrschen, gute Erfolge; bei eingewachsenen oder verhakten Fremdkörpern ist seine Anwendung unmöglich, bei schon geschädigter oder entzündeter Oesophaguswand gefährlich. Im allgemeinen bleibt nur der Speiseröhrenschnitt übrig, bei dem die häufige Fistel am ehesten vermieden wird, wenn durch eine gleichzeitige Witzelsche Magenfistel der Oesophagus eine Zeitlang ganz ruhig gestellt werden kann. Auf diese Weise brachte Hildebrandt einen Fall zur Heilung, wo ein verschlucktes Gebiß nur durch gleichzeitige Eröffnung von Magen und Speiseröhre nach Entgegendrängen vom Magen her durch die Oesophaguswunde gefaßt, zerstückelt und entfernt werden konnte.

10. Allard hat Gelegenheit gehabt, an einem Mann mit angeborener Blasenverlagerung die Urine der beiden Nieren beliebig lange und ohne die Störungen, die auch der schonendste Ureterenkatheterismus nicht vermeiden kann, aus den freiliegenden Harnleitermündungen gesondert aufzufangen. Die bemerkenswerten Versuche haben ergeben, daß die beiden Nieren in gleichen — längeren — Zeitabschnitten bei ruhiger Rückenlage und gewöhnlicher normaler Diurese ungefähr gleiche Urinmengen von ziemlich gleicher Zusammensetzung sezernieren. Bei sehr starker Wasseraufnahme trat, auch bei länger dauernder Beobachtung, eine erhebliche Ungleichheit in der Arbeit beider Nieren auf; auch hatte die Körperlage merkwürdigerweise derart Einfluß auf die Urinabsonderung, daß zwar die sonst angenommene „orthotische Oligurie" nicht beobachtet wurde, hingegen bei Seitenlage eine Sekretionsdifferenz zwischen den sonst ziemlich gleichmäßig arbeitenden Nieren auftrat: die Sekretion der „unteren" Niere ist sehr viel lebhafter als die der „oberen".

Allards Versuche sind im Hinblick auf die „funktionelle Nierendiagnostik" von großer Wichtigkeit. Sie bestätigen den Wert der Methode künstlicher Harnflut (Albarran, polyurie experimentelle) zur Prüfung der Leistungsfähigkeit jeder Niere, die in Deutschland noch wenig angewendet wird, und mahnen zur Vorsicht beim zahlenmäßigen Vergleich der Sonderurine, wie sie der jetzt allgemein übliche kurze Ureterkatheterismus liefert.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Ueber die Wirkung einiger Desinfektionsmittel für Pissoire, insbesondere verschiedener Saprole.** Von Oberstabsarzt Dr. Fichtner. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, H. 8, S. 338.

2. **Ueber zwei neue Desinfektionsverfahren.** Von Oberstabsarzt Dr. Goßner. Ibidem, S. 349.

1. Die bakteriologische Station des Garnisonlazaretts Leipzig hatte in den letzten Jahren eine Reihe von Desinfektionsmitteln für Pissoire auf ihre Desinfektionswirkung zu prüfen. Die Prüfung bezog sich auf 1. das Saprol für allgemeine Desinfektion, das Saprol für Pissoire A, B, C und „hell" der chemischen Fabrik Nördlingen, 2. das Torfitextrakt der chem. Fabrik Grevenberg & Co., Hemelingen, 3. das Urinol von Rösemann & Kühnemann, 4. das Pissoir-Anstrichöl der chem. Fabrik E. K. Marugg und 5. die Karbol-Pissoirseife derselben Fabrik. Die Resultate waren kurz folgende: Das Saprol für allgemeine Desinfektion tötet Typhusbazillen in 2 bis 2½%igen Harn- oder Wasserauszügen sehr rasch. 2%iger Harnauszug wurde nach 40 Minuten, 2½%iger Wasserauszug nach ½ Stunde steril gefunden. Hat jedoch der Harn länger gestanden, so daß sich die Bakterien geballt und einen Bodensatz gebildet hatten, so verlangsamt sich die Wirkung erheblich. Grubeninhalt mit festen und derben Massen wird sich also wohl schwerlich durch dieses Mittel desinfizieren lassen. — Das Saprol C hat eine etwas schwächere Wirkung. Im 2 bis 2½%igen Harn- oder Wasserauszug gehen Typhusbazillen in 30 bis 40 Minuten zugrunde, die Vernichtung von Staphylokokken erfordert einige Stunden mehr Zeit als beim vorigen Mittel. — Saprol A, B und „hell" verhalten sich ganz anders als 1 und 2. Typhusbazillen wurden von A und „hell" nach einigen Stunden, von B selbst in 24 Stunden noch nicht sicher vernichtet. — Torfitextrakt (aus Pflanzen- und Mineralölen extrahiert, mit einem Gehalt von Kresol und Sublimat) dient zur Reinigung und Desinfektion besonderer, aus Torfitplatten hergestellter Pissoire. Die Torfitplatten sind angeblich aus Torfmull in Verbindung mit Minerallaugen unter hohem Druck gepreßt und mit Desinfektionsmitteln imprägniert. Die Desinfektionskraft des Extrakts ist mäßig. Der 2%ige Harn- und Wasserauszug tötete Typhusbazillen in einigen Stunden ab. Staphylokokken wurden vom 2½%igen wässrigen Auszug erst im Laufe des dritten Tages getötet. — Karbol-Pissoirseife. Der 2%ige Harnauszug tötet Typhusbazillen in sechs bis sieben Stunden, Staphylokokken waren nach zwei Tagen noch nicht abgetötet, im 2½%igen wässrigen Auszug noch nicht nach vier Tagen. Harn wird vor Zersetzung geschützt. 700 ccm Urin blieben nach Zusatz von 5,0 des Präparats vollkommen klar. — Pissoir-Anstrichöl. Im 2%igen Harnauszug waren Typhusbazillen nach zwei Stunden bis auf vereinzelte Keime abgetötet, ebenso im 2½%igen wässrigen Auszug nach einigen Stunden, Staphylokokken am Ende des ersten oder im Laufe des zweiten Tages. — Das Saprol für allgemeine Desinfektion bleibt also bei weitem das stärkste und eignet sich für Gruben und Tonnen. Ob es nötig ist, auch Pissoire zu desinfizieren, fragt sich. Es kommen hier eigentlich nur die Typhusbazillen im Harn von Rekonvaleszenten in Betracht. Ein großer Teil der Desinfektionsmasse wird ferner durch den abfließenden Urin und das Spülwasser ausgelaugt und abgeschwemmt, trotzdem wird man bei Epidemien auf die Desinfektion auch der Pissoire nicht verzichten, hierbei jedoch sich wohl der sichersten Mittel, der Karbolschwefelsäure, des Chlorkalks, der Kalkmilch usw. bedienen. Aus Militärlazaretten werden übrigens Typhusrekonvaleszenten erst nach bakteriologischer Untersuchung ihrer Ausschei-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dungen entlassen. Zur bloßen Desodorisierung von Pissoiren sind zweckmäßig der Oelverschluß, ferner das Torfitextrakt und Urinol, die eine gewisse Desinfektionswirkung haben, ebenso die verschiedenen Saprole. Im Leipziger Garnisonlazarett ist jetzt die Wasserspülung abgestellt, die Pissoire werden zweimal wöchentlich mit Saprol C gepinselt.

2. In der hygienischen Untersuchungsstelle des Garnisonlazaretts Brandenburg a. H. wurde das neue apparatlos zu gebrauchende Formalinmittel Autan der Firma Bayer & Co. und der Lübbeckesche Desinfektionsapparat geprüft; letzterer ist hauptsächlich für Stalldesinfektionen bestimmt. Das Autan ist ein Gemisch von polymerisiertem Formaldehyd und Metallsuperoxyden in bestimmtem Verhältnis. Durch Wasserzusatz entwickeln sich dichte Formalin- und Wasserdämpfe. Der L.sche Apparat sucht durch feinste Tropfenverspritzung löslicher, event. heißer Desinfizientien Keimvernichtung zu bewirken. Der Apparat selbst kann hier nicht näher beschrieben werden, die Austreibung der Desinfektionsflüssigkeit erfolgt unter dem stets gleichen Druck von 1 ½ Atmosphären durch einen Schlauch auf Wände, Decken, Fußböden usw. Er ist von zwei Mann leicht zu transportieren und zu bedienen. Als Testobjekte wurden Milzbrandbazillen, staphylococc. pyogen. aur. und Diphtheriebazillen, Gartenerde, Stiefelsohlenschmutz, Pferdemistklumpen, Kalk- und Holzsplitter der Wände sowie Reinkulturen von Typhus- und Kolibazillen benutzt. Es ergab sich, daß die Autandesinfektion nur eine Oberflächenwirkung besitzt, in kleinen Hohlräumen mit engem Zutritt (Reagenzglas, Stiefel) dagegen kaum zur Geltung kommt und daß die Desinfektionsräume sorgfältig abgedichtet werden müssen und das Mittel lange einwirken muß. Für kleinere Räume kann sie Bedeutung erlangen. Der L.sche Apparat leistete mit geeigneten, besonders starken Desinfektionsmitteln (starke Sublimatlösung) in einem Artilleriestall Vorzügliches, doch können auch schwächere Lösungen (5%iges Formalin) mit Vorteil benutzt werden. Die Autandesinfektion stellt sich teurer als die mit dem Formalinspray (nach Hausert etwa sechs- bis zehnmal so hoch).

Soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

Die Notwendigkeit und die Aufgaben von Gewerkschaftsärzten. Von Dr. Alfons Fischer-Karlsruhe i. B. Med. Reform, 1908, Nr. 17, 23. April.

Die Schiedsgerichte in Unfall- und Invaliditätsangelegenheiten sind bekanntlich aus je zwei Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer und einem Regierungsvertreter als Vorsitzenden zusammengesetzt. Es stehen somit oft zwei Arbeitgeberstimmen zwei Arbeitnehmerstimmen gegenüber, erstere sind meist — menschlich durchaus erklärlich — für Abweisung der bereits von den Berufskollegen abgelehnten Forderung des klägerischen Arbeiters, letztere für Bewilligung. Den Ausschlag gibt der Vorsitzende, von dessen sozialem Verständnis (seine Gerechtigkeit steht außer Frage) es abhängt, ob das Urteil zugunsten des Klägers ausfällt oder nicht. Zugunsten lautet es gegenwärtig durchschnittlich in etwa 17% der Entscheidungen, es könnte dies aber nach F. etwa in der Hälfte der Fall sein, wenn der Arbeiter immer in der Lage wäre, seine Forderung gehörig zu begründen. In der Regel bedient er sich als Rechtsbeistand eines Arbeitersekretärs, aber auch dessen Tätigkeit vor dem Schiedsgericht bleibt wirkungslos, wenn die Gegenpartei sich, wie dies stets der Fall ist, auf ein ärztliches Attest stützt, der Arbeiter dagegen ein begründetes Gegengutachten (Kostenpunkt nach der Taxe mindestens 9 M.) nicht erhalten kann. Hierüber wird von den Arbeitersekretären viel geklagt, und F. führt aus dem ihm vorliegenden umfangreichen Material Beispiele an, aus denen hervorgeht, wie gewinnbringend namentlich bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft und dem Gegengutachter solche Atteste für den Arbeiter werden können. Aus diesen Erwägungen tritt er daher lebhaft für die Anstellung von Gewerkschaftsärzten als Gegengewicht gegenüber den Berufsgenossenschafts-Vertrauensärzten ein. Ihre Tätigkeit würde namentlich auch dann ersprießlich sein, wenn die Gewerkschaftsärzte jeden erheblichen Unfall der Gewerkschaftsmitglieder darauf prüfen würden, ob eine eventuelle Gewerbsbehinderung auch gehörig entschädigt wird. Man kann hiermit im allgemeinen einverstanden sein, wenn F. aber meint, daß die Aufgaben des Gewerkschaftsarztes dahin ausgedehnt werden möchten, daß er alle gestellungspflichtigen Gewerkschaftsmitglieder auf ihre Militärtauglichkeit untersucht und eventuell den die Untauglichkeit begründenden Befund (und diese selbst?) attestierte (die begüterten Gestellungspflichtigen ließen sich in der Regel vor der militärärztlichen Untersuchung die eventuell „schwer zu diagnostizierende“ Erkrankung attestieren), so müßten gegen eine etwaige spätere Ausgestaltung dieser Idee seitens anderer auch im Interesse der Gestellungspflichtigen selbst Bedenken geäußert werden. Einmal nämlich hat der Zivilarzt, worauf auch verschiedene Ministerialverfügungen hinweisen, sich nicht über Militärtauglichkeit oder Untauglichkeit selbst zu äußern — dies ist Sache der Ersatzbehörden und der ihnen beigegebenen Sanitätsoffiziere —, sondern er hat lediglich den Befund oder einen ihm sonst bekannt gewordenen Umstand zu attestieren und eventuell auf solche Weise die Aufmerksamkeit des untersuchenden Sanitätsoffiziers auf Dinge zu lenken, die diesem bei den Massenuntersuchungen entgehen könnten, für sein Urteil aber wertvoll sind. Attestiert er „Untauglichkeit“ und die Aushebungsbehörde entscheidet anders, so schafft er nur unliebsame Differenzen und ruft Enttäuschungen hervor. Ist aber die vom Zivilarzt attestierte Krankheit „schwer zu diagnostizieren“, so erreicht er mit seinem Attest nicht seinen Zweck, der Betreffende wird nicht sogleich ausgemustert, sondern eventuell erst im Lazarett beobachtet. Ob ähnliches nicht auch für die Gewerkschaften bezw. den Gewerkschaftsarzt zutrifft, bleibe dahingestellt. Ref. glaubt der Sache zu dienen, wenn er auf diese Punkte aufmerksam macht. Im übrigen bemerkt er, daß nach seiner Erfahrung gerade die weniger begüterten Gestellungspflichtigen vom Lande häufig zivilärztliche Atteste mit zur Musterung und Aushebung bringen. — Auf ein Gewerkschaftskartell von 10000 Arbeitern denkt sich F. bei einer Besteuerung jedes Mitgliedes mit 1,0 M. pro Jahr zwei Gewerkschaftsärzte mit je 5000 M. Gehalt.

Varia.

1. **Was hoffen und was fürchten wir von der „sexuellen Aufklärung“ der Jugend.** Von Geh.-Rat Eulenburg. Umschau, 1908, Nr. 16.

2. **Ueber die Besoldung der Aerzte.** Von W. Spark. Freiburg 1908. Funcke. 53 S.

3. **Aus dem Gebiete der Berufskrankheiten.** Von Maximilian Sternberg-Wien. Sonderabdruck der Medizin. Klinik, 1908, Nr. 14.

1. Während im allgemeinen die Propaganda für sexuelle Aufklärung von Naturwissenschaftlern und Aerzten und der Widerstand von den Pädagogen ausgeht, schließt sich Eulenburg nach ausführlicher Abwägung der von beiden Seiten vorgebrachten Gründe eher der letzteren Partei an. Die Aufklärung der Jugend durch die Eltern läßt er unbedingt gelten, während er ihren Nutzen als Lehrgegenstand in Zweifel zieht. Als Dämpfer für die Uebereifrigen, die durch dies neue Lehrfach die Geschlechtskrankheiten auszurotten hoffen, führt er das treffende Wort F. W. Försters an, man solle den Gefahren seitens der Aufklärung der Gasse lieber durch eine sorgfältige Gesamterziehung als durch allzu frühe Belehrungen entgegenwirken.

Auf die prüde Zeit unserer Großeltern ist eine freiere gefolgt, auf deren Gipfel wir wohl einigermaßen angekommen sind; unsere Enkel werden wieder prüde sein. Die Welt ist damals nicht untergegangen und wird es auch jetzt nicht. Wenn die Geschlechtskrankheiten zugenommen haben, so gewiß zum größten Teil scheinbar, weil sie mehr in die öffentliche Diskussion gezogen werden. Daß man aber die Zunahme durch Belehrung in der Schule rückläufig machen kann, ist dem Ref. unwahrscheinlich, solange man nicht einen praktischen Kurs mit Demonstrationen der Vorbeugungsmittel anschließt; und auch der würde nicht viel helfen, solange Ricords Wort vom „cuirasse contre le plaisir“ zu Recht besteht. Die Bekanntschaft mit der Fortpflanzung der Pflanzen und Tiere vollends wird niemandem einen Zaum anlegen, denn die Fortpflanzung anderer von außen gesehen ist etwas durchaus anderes als die eigene von innen gesehen. Auch kann man schwerlich hoffen, durch die Schulbelehrung derjenigen durch Altersgenossen die Spitze abzubrechen, denn die letztere pflegt in einem Alter zu geschehen, in dem von Schulbelehrung noch keine Rede sein kann — und sie ist auch viel interessanter.

Anders steht es mit der Belehrung durch Eltern oder vielleicht besser durch ältere erwachsene Geschwister. Sie hat den Vorzug, daß sie mit Berücksichtigung der Individualität, des in sehr verschiedenem Alter erwachenden Geschlechtstriebs, erteilt werden kann und daß sie, weil intim, viel eindrucksvoller ist; und daß der Schüler nicht, was bei der Schulbelehrung leicht vorkommen könnte, bereits mehr weiß, als der Lehrer sagen darf.

F. von den Velden.

2. Der Inhalt der Broschüre, deren Verfasser kein Arzt, aber reich an passiven ärztlichen Erfahrungen ist, geht über den Titel hinaus. Selbst wer den Vorschlag, die Aerzte staatlich anzustellen, für verkehrt hält, wird ihr manche Anregung verdanken und zugeben, daß Spark die Grundübel, an denen der ärztliche Stand leidet, vor allem die Contradictio in se ipsam, die in der Praxis liegt, sehr wohl erkannt hat.

Wer möchte sich wohl von einem Beamten behandeln lassen? und wird der durchschnittliche Beamte, der seinen Gehalt empfängt, ob er etwas tut oder nicht, und der ohne Kontrolle ist, auf die Dauer pflichteifrig bleiben? Am schlimmsten wird die Hysterische daran sein, die von dem zuständigen ärztlichen Beamten Trost und Hilfe erwartet.

Eher hören läßt sich der Vorschlag des Verfassers, die ärztlichen Fakultäten feiern zu lassen, bis der gegenwärtige Ueberschuß an Aerzten verbraucht ist. Auf Verwirklichung dieses vor einigen Jahren von Erhard ausführlich begründeten Vorschlags ist leider keine Aussicht.

Ueber das Verhältnis von Aerzten und sogen. Kurpfuschern sagt Spark einige Wahrheiten, die alle Beachtung verdienen; ebenso über die sogen. Freiheit der Wissenschaft, die ärztliche Ausbildung und den gegenwärtigen Umschwung der Anschauungen in der Ernährungslehre.

F. von den Velden.

3. Sternberg beginnt mit der sehr richtigen Bemerkung, daß es nicht lange her ist, seitdem man wieder die Anamnese respektiert und, statt sich mit formaler Diagnostik zu begnügen, den wahren Ursachen der krankhaften Störungen auf den Grund zu kommen sucht; und daß diese häufiger, als angenommen wird, mit dem Beruf zusammenhängen. Als Chefarzt eines großen Krankenkassenverbandes hat er Gelegenheit zu Erfahrungen gehabt, die manchem neu sein werden.

Er glaubt, daß die Zunahme der Nierenerkrankungen mit der „weißen Mode“ und dem Gebrauch von Bleiweiß selbst in der Hut- und Lederindustrie zusammenhängt. Er teilt mit, daß die Wiener Straßenkehrer zwar viel an chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane, aber auffallend selten an Schwindsucht leiden und führt dies auf ihre Beschäftigung in freier Luft zurück. Für die Schuhmacher hat er statistisch festgestellt, daß die Herzkranken die 1½fache Zahl des allgemeinen Durchschnitts ausmachen, was übrigens schon Lancisi und Morgagni bekannt gewesen sei. Die Berufskrankheit sehr beschäftigter Aerzte nennt er die Stenokardie mit plötzlichem Tod in den fünfziger Jahren. Er meint schließlich, daß auch viele nervöse Erkrankungen toxischer und exogener Natur seien, geht aber auf dieses dankbare Gebiet nicht ein, obgleich es doch sehr nahe liegt, daß die Lebens-, Ernährungs- und Trinkgewohnheiten, die nach deutschen Begriffen von vielen Berufen unzertrennlich zu sein scheinen, die wahre Ursache der meisten nervösen Erkrankungen sind.

F. von den Velden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Piscarol.** Von Dr. Frisch. Leipz. med. Monatsschrift, 1907, Nr. 8.

Meine Erfahrungen mit Piscarol. Von Dr. Sokal. Sonderabdruck aus Reichs-Medizinal-Anz., 1907, Nr. 15.

Ueber therapeutische Anwendung des Piscarol (Ichthyopon). Von Dr. Neufeld. Aerztl. Zentralzeitg., 1908, Nr. 17.

Therapeutische Versuche mit Piscarol, einem neuen Ichthyolersatzpräparate. Von Dr. Friedmann. Oesterreich. Aerztezeitg., 1907, Nr. 15.

2. **Ueber innerliche Anwendung von Kochs Bazillenemulsion (Phtysoremid).** Von Dr. Krause. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. X, H. 6.

3. **Zur Behandlung des Ulkus molle.** Von Dr. Lohnstein. Allgem. med. Zentralzeitg., 1908, Nr. 17.

4. **Die Estonpräparate und ihre therapeutische Verwendbarkeit bei Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Von Dr. Dreysel. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 10.

5. **Ein Fall von Vergiftung nach Gebrauch von Thiosinamin.** Von Dr. Große. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr 17.

6. **Ueber den praktisch-therapeutischen Wert des Cystopurins.** Von Dr. Peters. Deutsche Aerztezeitg., 1908, H. 9.

1. Das in der Schweiz unter dem Namen Ichthyopon, in anderen Ländern als Piscarol von der Firma Lüdy & Co., Burgdorf in der Schweiz, hergestellte Ersatzprodukt des Ichthyols stellt eine rotbraune, klare, sirupdicke Flüssigkeit von eigenartigem Geruch und Geschmack dar und ist nach der Analyse der Chemischen Kontrollstation Dr. Striebel in Zürich in destilliertem Wasser in jedem Verhältnis löslich, in Aether und Spiritus jedoch nur teilweise. Bei 100° getrocknet, verliert es an Gewicht, der Trockenrückstand löst sich in Wasser. Auf Grund mannigfacher Versuche, die seine innerliche und äußerliche Anwendung betrafen, ist seine Wirksamkeit erprobt worden. Die Hauptanwendungsweise bleibt die äußerliche, und zwar speziell bei Hauterkrankungen; es wirkt auf die Gefäße der Haut zusammenziehend, auf Infiltrate in oder unter der Kutis resorbierend und äußert gleichzeitig eine schmerz- und juckenstillende Eigenschaft. Frisch hat die äußerliche Anwendung als erprobt gefunden bei verschiedenen Ekzemformen, bei follikulären und pustulösen, bei Erythemen, bei Impetigo kontagiosa, Urtikaria, Pruritus und Seborrhoea squamosa in Form einer 5- bis 20%igen Salbe; bei Verbrühungen, Brandwunden, Dekubitus; zu Resorptionszwecken bei Kontusionen und Distorsionen in 10%iger Konzentration; bei Erysipel entweder pur oder in Salbenform; bei Drüsenschwellungen, Bursitiden, bei Orchitis und Epididymitis, Pleuritis und anderen akuten Affektionen; bei Rheumatismus muskulorum und artikulorum, Lumbago und Ischias in 10%iger Lösung zum Verreiben oder Bepinseln; bei allen möglichen gynäkologischen Leiden: Para-, Perimetritis, Salpingitis, Oophoritis, Fluor albus in Form von Einreibung der Bauchdecken und in 10%iger Glyzerinlösung für Scheidentampons. Innerlich hat Frisch bei daniederliegender Ernährung, bei Gärungsvorgängen im Magen und im Darm, auch bei Tuberkulose des Darmtraktus Piscarol angewendet, und zwar folgendes Rezept: Piscarol 10,0, Aq. menth. pip. 80,0, Sir. spl. 20,0. D. S. einen Kaffeelöffel voll in einem Glase Wasser, in zwei Absätzen zu trinken. Irgendwelche Störungen hat Frisch nie beobachtet. Auch Sokal empfiehlt das Piscarol, das er — schon wegen seiner Billigkeit dem Ichthyol gegenüber — für eine wertvolle Bereicherung des Arzneischatzes hält. Neufeld beobachtete, abgesehen von Fällen, bei denen er das Mittel äußerlich anwandte, einen günstigen Erfolg in einem sehr hartnäckigen Falle von putrider Bronchitis. Bei Magenerweiterung machte dieser Autor nach der üblichen mechanischen Reinigung mittels des Magenschlauches eine gründliche Ausspülung des Magens mit einer 1%igen Piscarollösung. Doch glaubt er, daß die ureigenste Domäne des Mittels die Dermatologie und Gynäkologie ist, und gibt aus reicher Erfahrung eine Reihe brauchbarer Rezepte für

die verschiedenen Erkrankungsformen an. Auch Friedmann konnte bei Lungentuberkulose, wo er Piscarol mit Wasser verdünnt in allmählich steigender Tropfenzahl gab, Abnahme des Hustens und Auswurfs konstatieren. Bei Atonie und Magenerweiterung gab er dreimal täglich 0,1 Piscarol mit Erfolg. Bei Urethritis gonorrhoika anterior ließ er ½ bis 5%ige Lösungen des Mittels injizieren, bei Urethritis posterior machte er Spülungen mit 1- bis 10%igen Piscarollösungen, immer mit Erfolg. Auch dieser Autor hält das Piscarol dem Ichthyol für ebenbürtig.

2. Nachdem K. jahrelang die Kochsche Bazillenemulsion in subkutaner Anwendung studiert und sich davon überzeugt hatte, daß die Wirkung des Neutuberkulins in vorgeschrittenen Stadien der Schwindsucht und besonders bei hartnäckigem Fieber bei vorsichtiger Dosierung und sorgfältiger Individualisierung häufig überraschende Erfolge zeitigt, bemühte er sich, die der subkutanen Methode anhaftenden Mängel und Umständlichkeiten zu beseitigen. Er erreichte dies dadurch, daß er die Bazillenemulsion innerlich gab, in Form keratinierter Gelatinekapseln, in Begleitung eines öligen Vehikels. Diese werden in absolut zuverlässiger Dosierung von dem Chemischen Laboratorium Dr. H. Müller & Co., Berlin, hergestellt und in einer starken und schwachen Sorte abgegeben. Die im Anfange der Untersuchungen bei einigen Kranken auftretenden Verdauungsbeschwerden wurden vermieden, als K. statt großer, häufige aber kleine Dosen gab. Die Kur mit Bazillenemulsion („Phtysoremid“) geht folgendermaßen vor sich: Nach entsprechender Beobachtungszeit nimmt der Kranke eine Kapsel mit schwacher Lösung, nach drei bis vier Tagen eine zweite, nach weiteren zwei Tagen die dritte und dann täglich eine Kapsel, bis die gewünschte Wirkung eintritt. Meistens geht K. nach einiger Zeit zu der stärkeren Sorte über, wovon er dann auch täglich eine Kapsel nehmen laßt. Nach K.s Ansicht entsprechen die Wirkungen der internen Darreichung der Bazillenemulsion-Kapseln völlig der subkutanen Anwendung des Mittels.

3. Das ungiftige, reiz- und geruchlose Jodpräparat Europhen ist seit langem als angenehmes Ersatzmittel des Jodoforms bekannt. Angeregt durch die günstigen Mitteilungen von Bornemann und Richter hat L. das Mittel bei Ulkus molle gleichfalls mit bestem Erfolge verwandt. Nach Reinigung der Geschwüre mit einer antiseptischen Lösung und Aetzen mit konzentrierter Karbolsäure wird ein Gemisch von Europhen und Borsäure darauf gestreut (Europhen 1,0, Acid. boric. pulv. subt. 3,0). Nach Reinigung der Geschwüre wird eine Europhensalbe aufgeschmiert, die nach folgender Formel rezeptiert wird:

Rp. Europhen 2,0,
solut. in
Ol. Oliv. 2,0,
cui adde
Lanolin q. sat. ad 15,0.

4. Man hat sich schon mehrfach bemüht, die essigsaure Tonerde in feste, also handlichere Form überzuführen — bisher ohne oder nur mit teilweisem Erfolg. Neuerdings ist es den Chemischen Werken von Dr. Friedländer gelungen, ein Präparat herzustellen, das den Namen Eston führt und in der Tat in einwandfreier Weise essigsaure Tonerde in trockner Form darstellt. Dem Berichte D.s entnehmen wir, daß Eston ein Aluminiumazetat ist, ein rein weißes, sehr feines und sehr trockenes Pulver von schwach säuerlichem Geruch, das gegen Licht und Luft indifferent, unbegrenzt haltbar ist und in der Wäsche keine Flecken macht. Nach Saalfelder hat es sich bei Tierversuchen als völlig ungiftig gezeigt. Es ist in Wasser unlöslich, und auch in starken Säuren löst es sich nur langsam und unvollständig. In alkalischen Flüssigkeiten löst es sich dagegen leicht. Daraus erklärt sich seine gute Wirkung; denn wenn es mit alkalischen Flüssigkeiten, Eiter, Blut, Gewebsflüssigkeiten zusammentritt, wird es allmählich gespalten und die mild antiseptische und adstringierende Form der essigsauren Tonerde kommt zum Vorschein. So verbindet Eston die guten Eigenschaften dieser mit einem guten Streupuder. Um eine stärkere Wirkung hervorzurufen, hat die Fabrik ein zweites Präparat hergestellt, dem noch Ameisensäure zugesellt ist. Es heißt Formeston. Dies wirkt energischer. Um ganz schwache Wirkungen zu erzielen und es pur verwenden zu können, wurde noch ein drittes Präparat, das Subeston, hergestellt. Ferner hat die Fabrik, von diesen drei Grundpräparaten ausgehend, noch eine Menge von Verbindungen, Pulvergemische, Pflaster, Salben, in den Handel gebracht. D. hat die Estonpräparate als Streupuder, Pflaster und Salbe in 94 Fällen angewendet und ist mit den Erfolgen zufrieden gewesen. Von den Kranken wurde die saubere Anwendungsweise, die reizlose, kühlende, juckstillende Wirkung der Pulvermischungen gelobt. Diese letztere Wirkung kommt in erhöhtem Maße den nach Saalfelds Vorschrift hergestellten Kühlsalben zu (Eston resp. Formeston, Ol. Oliv. ana 1,0, Aq. dest., Lanolin anhydr. ana 2,0). Wenn naturgemäß bei Ulkus molle und luetischen Geschwüren die Estonpräparate von sehr mangelhaftem Erfolge waren, so hält sie D. bei Intertrigo, Hyperidrosis und Balanitis doch für sehr schätzenswerte, kaum zu übertreffende Streupuder.

5. Wir haben schon mehrfach Referate über günstige Erfolge mit Thiosinamin gebracht. Daß bei Anwendung dieses Mittels Vorsicht am Platze ist, beweist ein Fall von Vergiftung nach Gebrauch von Thiosinamin, den G. kürzlich veröffentlicht hat. Bei einem 54jährigen Manne wurden Injektionen von Thiosinamin-Merck gemacht, und zwar jedesmal der Inhalt eines Röhrchens von 2,3 ccm Fibrolysin (= 0,2 Thiosinamin) eingespritzt. Nach der sechsten Injektion (die Einspritzungen wurden mit tagelangen Zwischenpausen gemacht) traten Herzschwäche, Fieber, Anurie, Erbrechen und hochgradiger Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte ein. Erst nach vierwöchentlicher Behandlung konnte der Kranke wieder stundenweise seiner geschäftlichen Tätigkeit nachgehen. Bisher waren nur vereinzelt geringe Fiebererscheinungen und Mattigkeitsgefühl nach Gebrauch von Thiosinamin beobachtet worden. Dieser Fall beweist aber, daß doch große Vorsicht am Platze ist.

6. Günstige Resultate mit Cystopurin, die diejenigen des Urotropins, Salols, Arhovins usw. übertreffen sollen, berichtet P., der bei zwei akuten, drei chronischen Gonorrhöen und bei vier Zystitiden das Mittel anwendete. Der Urin wurde klarer, die Gonokokken verschwanden; Reizungen der Nieren wurden nicht beobachtet. P. ließ bis zu 5 g Cystopurin nehmen. 20 Tabletten zu 1,0 g kosten 1,50 M. Fabrikant: Chemische Fabrik Joh. A. Wülfing, Berlin S.W. 48. Cystopurin ist eine Verbindung von Hexamethylentetramin mit Natriumazetat im Verhältnis 1 : 2.

Neuere Arzneimittel.

Sulfogenol, ein neues Schwefelpräparat. Fabr.: Lüdy & Co., Burgdorf (Schweiz).

Dem Ichthyol an dieser Stelle ein neues Loblied zu singen, dürfte um so weniger angebracht erscheinen, als jeder Arzt die guten Wirkungen dieses Mittels seit Jahren kennen und schätzen gelernt hat. Wird es doch seit langer Zeit gegen rheumatische Affektionen, in der gynäkologischen Praxis und besonders bei Hautleiden der verschiedensten Art mit bestem Erfolg angewendet. Aber trotz der guten Eigenschaften, die das Ichthyol auszeichnen, haften ihm namentlich zwei Uebelstände an, die seiner Verwendung oft hindernd im Wege stehen, das ist der penetrante, intensive, unangenehme Geruch, der bei vielen Kranken Anstoß erregt, und dann der Umstand, daß das Ichthyol die Wäsche derartig beschmutzt, daß sie nicht wieder völlig weiß gewaschen werden kann. Das sind immerhin Eigenschaften, die den Wunsch berechtigt erscheinen lassen, ein Präparat herzustellen, das — in seinen therapeutischen Wirkungen dem Ichthyol gleich — dessen Schattenseiten nicht in sich birgt. Diesen Ansprüchen scheint nach den Berichten einiger Autoren ein neues Schwefelpräparat, das Sulfogenol, zu entsprechen. Es stellt dies eine dickflüssige, braunschwarze Substanz dar, die völlig geruch- und geschmacklos ist, die in jedem Verhältnis mit Wasser, ebenso mit Alkohol, Aether, Glyzerin etc. gemischt werden kann. Die dunkelbraunen Lösungen sind unbegrenzt haltbar. Die Wäsche, die mit Sulfogenol in Berührung kommt, kann sehr leicht gewaschen werden, so daß Flecke nicht zurückbleiben. Der Gehalt an Schwefel, der nach Ansicht der meisten Autoren auch der wirksame Bestandteil im Ichthyol ist, beträgt im Sulfogenol 12 bis 13%. Wird dies auf die Haut gepinselt, pur oder in ätherischer oder alkoholischer Lösung, so trocknet es bald zu einer nicht klebrigen Schicht ein, die sich leicht mit Wasser abwaschen läßt.

Die Anwendung des Sulfogenol ist mannigfaltig. Nach den Berichten zahlreicher Autoren wird das neue Schwefelpräparat mit Erfolg angewendet: in der Dermatologie bei Favus, Pityriasis versikolor, Herpes tonsurans, Skabies, Ekzema chronic., Psoriasis vulgar., Akne vulgar., Ulkus varikosum, Erysipel etc.; in der Gynäkologie bei Endometritiden, Tubo-ovarialkatarrhen, peri- und parametritischen Affektionen, parametralen und Adnextumoren; in der Chirurgie bei Analfissuren, perimamillären Rhagaden stillender Frauen, bei Nebenhodenentzündungen; in der Urologie bei Urethritis chron. posterior und bei Zystitis; in der internen Medizin bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, bei Ischias, bei Angina tonsillaris. Silberstein rühmt die ausgesprochen antiseptische Wirkung des Mittels: Er ließ in zwei Eprouvetten sterilisierte Gelatine erstarren und setzte der einen Portion wenige Tropfen einer 5%igen Sulfogenollösung hinzu. Beide Nährböden impfte er dann mit Eiter eines Zahnfleischabszesses und fand nach 24 Stunden den einen von Bakterien durchwachsen, während der sulfogenolhaltige ein ganz unverändertes Bild zeigte. Weiß berichtet auch von einer erfolgreichen Behandlung mit Sulfogenol-Lanolinsalbe bei Akne rosazea und bei Frostbeulen. Nach den bisherigen Erfahrungen scheint es, als ob das Sulfogenol dieselben Wirkungen hat wie die besten Schwefelpräparate, das Ichthyol einbegriffen. Ob es dieses sogar übertrifft, müssen weitere Versuche lehren. Jedenfalls ist seine Geruchlosigkeit und die Sauberkeit seiner Anwendung Grund genug, um das Sulfogenol in geeigneten Fällen zur Anwendung zu bringen. W. Krüger-Magdeburg.

Arsojodin werden Pillen genannt, die pro dosi 0,12 g Jodnatrium und 0,001 g Arsen enthalten sollen. Fabrikant: Stadt-Apotheke in Schärding i. Oesterreich.

Diaspirin wird der Bernsteinsäureester der Salizylsäure genannt, dessen Eigenschaften und pharmakologische Wirkung in Pharm. Zeitg., 1908, Nr. 23, bereits beschrieben wurden. Wegen seiner ausgeprägt schweißtreibenden Wirkung ist das Diaspirin besonders bei fieberhaften Erkältungserscheinungen sowie bei inneren Erkrankungen, die mit exsudativen Prozessen einhergehen, angezeigt. Fabrikant: Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld. (Pharm. Zeitg., 1908, Nr. 36.)

Albin, Hydrozon-Zahnpaste, ist eine Wasserstoffsuperoxyd enthaltende Zahnpaste. Darsteller: Pearson & Cie. in Hamburg.

Aretontabletten zur Darstellung von antiseptischem Mundwasser enthalten als wirksame Bestandteile Borsäure, Aluminiumazetat, Thymol, Tannin und Chlornatrium. Fabrikant: Adolf Kirch in Wiesdorf a. Rh.

Lactolade, als reiner Milchkakao bezeichnet, besteht im wesentlichen aus Zucker, Kakao und (wahrscheinlich) Magermilchpulver. (Gordian 1908, Nr. 306.)

Oxychlorine, welches von der Oxychlorine Chemical Company in Chicago als Doppelverbindung von Natrium- und Kaliumtetraborat mit Boroxychlorid bezeichnet wurde, enthält nach Angabe des Council of Pharmacy and Chemistry in einfacher Mischung: 37,19% Kaliumchlorat, 29,76% Natriumnitrat, 2,18% Kalium- und Natriumborat, 30,52% Borsäure und 0,35% unbestimmter Stoffe. (Schweiz. Wochenschr. f. Chem. u. Pharm., 1908, Nr. 4.)

Bronchiline ist ein auf Flanell gestrichenes Pflaster, dessen Grundlage eine kautschukhaltige Mischung bildet, welcher geringe Mengen von Extr. Belladonnae, Chamomillae, Grindeliae robust. fluid., Thymi fluid., Ol. Menthae crisp., Ol. Rosmarin. und Camphora zugesetzt sind. Das Pflaster soll bei Keuchhusten angewendet werden. Fabrikant: Apotheker J. Büttner-Wobst in Zittau.

Cor heißen Kompressen, die, in Wasser getaucht und dann aufgelegt, Kohlensäure entwickeln, so daß eine örtliche Wirkung der letzteren erzielt werden kann. Fabrikant: Med.-pharm. Fabrik Schindler & Löwenstein in Berlin W. 57.

Russisches Sthenosina Orel, Sthenosine russe de Orel, als Nerventonikum von H. Lamarque & Cie. in Paris empfohlen, ist wahrscheinlich ein Gemisch aus stärkemehlhaltiger Pasta Guarana mit Calciumglycerophosphat und Rohrzucker. (Zernik und Kuhn.)

Sauerin werden Tabletten genannt, welche als wirksamen Bestandteil Reinkulturen des Bazillus acidi lactici enthalten.

Vilja-Creme, von Obermeyer & Cie. in Hanau a. M. gegen Juckreiz, Wundsein usw. empfohlen, ist ein mit Rosmarinöl oder einem ähnlichen Oel aromatisiertes wasserhaltiges Wollfett. (Zernik und Kuhn.)

Mensalin, von der chemischen Fabrik Gebr. Patermann in Friedenau-Berlin als Mittel gegen Menstruationsbeschwerden usw. empfohlen, enthält pro Tablette etwa 0,25 g Dimethylpyrazolon. salicylic. und 0,025 g Menthol. valerianic. (Zernik und Kuhn.)

Paidol, ein Kindernährmittel schweizerischen Ursprungs, scheint lediglich aus Cerealienmehl zu bestehen. (Zernik und Kuhn.)

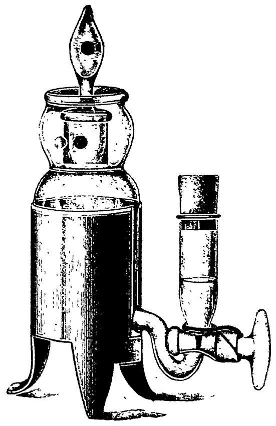
Rino-Heilsalbe von Rich. Schubert & Cie. in Weinböhla i. S. ist nach Zernik im wesentlichen ein Gemisch aus Terpentin und Ol. Cadinum mit etwa 1% Borsäure, 6 bis 7% Eigelb und einer indifferenten Salbengrundlage.

Bronchisan von Dr. E. Silberstein in Berlin NW. enthält nach Kuhn etwa 4% Pyrenol neben Elixir e Succo Liquiritiae in wässeriger Lösung. (Parmaz. Zeitg., 1908, Nr. 31.)

Technische Neuerscheinungen.

Injektions-Glasapparat „Immersteril“.

Der Apparat soll es ermöglichen, aus einer sterilisierten Flüssigkeit beliebig oft und selbst nach monatelanger Aufbewahrung kleine Mengen rasch zu entnehmen, ohne dabei die Sterilität des Restes zu gefährden. Er besteht aus zwei durch eine gebogene Glasröhre miteinander verbundenen Teilen. Ein Standglas, das die Lösung aufzunehmen hat, ist durch eine am Boden befindliche ableitende Glasröhre mit einem Entnahmebecher verbunden; ein an letzterem angebrachter Glashahn gestattet nach einfacher Drehung ein Aufsteigen von Flüssigkeit in den Becher. Die an Stelle der austretenden Flüssigkeit in das Standglas eindringende Luftmenge muß eine starke Watteschicht passieren, die in einer Glaskappe den drehbaren, hohlen Glasstöpsel des Standglases umschließt. Da Glasstöpsel und Hals des Standglases je eine kleine Oeffnung haben, so genügt einfache Drehung des Glasstöpsels, bis beide Oeffnungen miteinander korrespondieren, um eine staub- und keimfreie Luft in das Standglas eintreten zu lassen, und entsprechende Drehung des Glashahns am Entnahmebecher, um daselbst die keimfreie Flüssigkeit aufsteigen zu lassen. Der Entnahmebecher wird ständig steril gehalten durch Füllung mit geeigneter antiseptischer Lösung; dieselbe wird vor der Injektion durch Aufziehen mit der Spritze, diese zugleich desinfizierend, entfernt, nachher wieder ersetzt. Der eingeschliffene Glashahn des Entnahmebechers ist nach außen hin noch vor Infektion geschützt dadurch, daß ein Hohlraum um den ver-



schmälerten Griff des Hahnes vorgesehen ist, der mit Watte vollgestopft ist.

Fabriziert wird der Apparat von Dr. Klebs, München, Göthestr. 25. M. Plien, Berlin.

Kohlensäure- und Sauerstoff-„Perlbad“.

Die einfache Apparatur, die bei jeder Badewanne zu benutzen ist, besteht aus einer Blechplatte, welche mit Rillen versehen ist, in die Bambusrohrstreifen eingelassen sind. Eine Tülle an dieser Platte, die auf den Boden der Badewanne gelegt wird, wird durch einen Gummischlauch mit einer Kohlensäure- oder Sauerstoff-Bombe in Verbindung gebracht. Oeffnet man den Hahn der Bombe und läßt das Gas ausströmen, so steigt es in außerordentlich feiner Verteilung durch die Rohrstäbe als Perlbläschen im Badewasser auf.

Der Apparat ist zu beziehen von der Firma Gebrüder Jakob & A. Serenyi, Berlin, Kaiser Wilhelmstr. 46. Er wird auch leihweise abgegeben. M. Plien, Berlin.

KORRESPONDENZ.

Die Biologische Vereinigung und der Aerzteverein für physikalisch-diätetische Therapie.

Bisher hatte die Freie Vereinigung die Bestrebungen des genannten Berliner Vereins und seiner Zeitschrift „Archiv“ als den ihrigen nahe verwandt betrachtet und ihnen daher kameradschaftliche Gefühle entgegengebracht, wenn sie sich auch nicht verhehlen konnte, daß von vornherein gewisse Gegensätze bestanden. Insbesondere konnten wir das extreme Vorgehen gegen die Vivisektion, die Schutzpockenimpfung, das Arzneimittelwesen, sowie auch ein bedingungsloses Zusammenarbeiten mit der Laien-Naturheilkunde nicht gutheißen, vertreten vielmehr in diesen Fragen einen gemäßigteren und vorsichtigeren Standpunkt. Wären wir aber einmal in die Lage gekommen, uns mit dem genannten Verein auseinanderzusetzen, und wäre es uns dabei gelungen, ihn in diesen Punkten zu beeinflussen, so hätte unseres Erachtens ein Zusammenarbeiten bis zu einem gewissen Grade sich wohl ermöglichen lassen.

Vor etwaigen hierdurch entstehenden Enttäuschungen sind wir nun aber durch einen Artikel von Herrn Dr. E. Klein in Nummer 5 des Ziegelrothschen Archivs bewahrt worden. Wir danken es Herrn Dr. Klein aufrichtig, daß er hier sein Herz offenbart hat, nämlich mit dem Erfolge, daß vorderhand nur von einer reinlichen Scheidung zwischen uns und dem Archiv-Verein die Rede sein kann.

Ohne mit gleichen gefühls-pathologischen Ergüssen, wie sie Herr Dr. K. in seinem, an Hauffs Phantasien im Bremer Ratskeller erinnernden Artikel sich geleistet hat, aufwarten zu können, stellen wir hier nur fest, daß dem genannten Herrn das biologische Denken in der Medizin ein Gräuel ist. Seiner Auffassung nach haben wir biologisch denkenden Aerzte diese Forschungsrichtung nur erfunden, um mit ihr, wie unter einer verräterischen Maske, dem alleinseligmachenden Archiv-Verbande uns zu nahen und das Werk seiner Hände zu zerstören!

Wir könnten dieses Gebilde einer überhitzten Phantasie zwar ruhig sich selbst überlassen, doch müssen wir noch auf einen anderen Gegensatz hinweisen, der hier zutage getreten ist. Derselbe offenbart sich in ganz naiver Weise in dem Ausdrucke „Konkurrenz-Fabrikat“, mit welchem liebenswürdigen Ausdruck die Theorien von Dr. Esch, Schreiber dieses und unserer sonstigen wissenschaftlichen Freunde bezeichnet werden. Hier haben wir anscheinend die wahre Triebfeder von Herrn Dr. K.s sonst so völlig unmotivierten Anfeindungen. Er fürchtet, daß die Schwächen und Verkehrtheiten seiner Gruppe ihr auf die Dauer doch selbst verhängnisvoll werden könnten und daß unsere Bewegung, welche unter der Fahne der biologischen Naturwissenschaften einhergeht, eher zur Anerkennung gelangen könnte. Indem wir hiermit das Wort „Konkurrenz“ als unwürdig zurückweisen, da wir jede Verbindung unserer Ziele mit eigennützigen Absichten streng ausscheiden, so werden wir hierdurch in unserem Entschlusse nur um so mehr bestärkt, unsere Propaganda allein unter der Flagge der Wissenschaft zu betätigen.

Was uns von der konservativen Schulmedizin unterscheidet, das ist unter keinen Umständen die Wissenschaft als solche, sondern nur die Richtung derselben, indem wir mehrere Jahrzehnte lang vernachlässigte Grundbegriffe, welche uns die neueren Forschungen der Lebenslehre gebracht haben, zur Entwicklung der Heilkunde heranziehen wollen.

Im übrigen hat Schreiber dieses kürzlich bei Gelegenheit eines mehrwöchigen Aufenthalts in Berlin, den er auch zur Aussprache mit den meisten der dortigen Mitglieder der Fr. V. benutzte, welche z. T. gleichzeitig dem Archiv-Verbande angehören, erfahren, daß Herr Dr. K. gar nicht als Interpret dieser Gruppe anzusehen sei! Sollte dieses richtig sein, so erwarten wir von den „wahren“ Vertretern eine Aufklärung in einer der nächsten Archiv-Nummern.

Schließlich teilt Unterfertigter noch mit, daß wieder von mehreren Seiten Anträge auf eine im Oktober zu Wiesbaden abzuhaltende Versammlung eingelaufen sind, auf welcher vor allem eine Organisation zustande gebracht werden soll.

Dr. med. Bachmann.

Bücherbesprechungen.

Vorträge für Mütter über Pflege und Ernährung des gesunden Säuglings. Von Dr. Gustav Tugendreich. Mit sieben Textabbildungen, nebst einem Vorworte von Professor Finkelstein. Stuttgart 1908. Ferdinand Enke. 63 Seiten. Preis 1,20 M.

Das Büchlein enthält die Vorträge, die Verf. in seiner Säuglingsfürsorgestelle vor Frauen und jungen Mädchen gehalten hat. Die Einteilung des Stoffes ist nach Vortragsstunden, im ganzen sechs, geordnet, so daß das Büchlein Aerzten, die eine ähnliche Aufgabe haben, vielleicht einen gewissen Anhaltspunkt geben kann. (Selbstanzeige.)

Technik der chemischen Untersuchung des menschlichen Kotes. Von Freiherr Dr. v. Oefele in Bad Neuenahr. Leipzig 1908. Joh. Ambros. Barth. 8°. 104 Seiten. Preis 2,60 M.

In der neueren Zeit ist die Untersuchung der Fäzes immer mehr und mehr ausgebaut worden, besonders seit A. Schmidt eine Methodik angegeben hat, mittels deren Störungen im Darmtraktus schon vor dem Auftreten klinischer Symptome erkannt werden können. Da auch das Mikroskop Allgemeingut der Aerzte geworden ist, liegt die Forderung nahe, daß jeder Praktiker, selbstverständlich aber der Spezialarzt mit der Untersuchung der Fäzes vertraut sei. Zur raschen Orientierung über die gangbaren Methoden soll v. Oefeles Buch dienen; freilich wird der Allgemeinpraktiker kaum Zeit finden, eine regelrechte Stuhluntersuchung in allen Details vorzunehmen, und so dürfte das Oefelesche Buch in der Hauptsache für den Spezialisten, insbesondere den, der mit einem guten Laboratorium ausgerüstet ist, bestimmt sein. Dem kann es aber auch angelegentlichst empfohlen sein. Wer chemisch arbeiten gelernt hat und seine Fäzesuntersuchungen an der Hand der Oefeleschen Technik anstellt, kann sagen, daß er alles getan hat, um zu erkennen, was bisher aus dem Kote erkannt werden kann. Lungwitz-Berlin.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 7. Juni 1908. **Nr. 23.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Ist die individuelle Lebensgrenze nach oben hin künstlich verrückbar?

Vorschläge zur experimentellen Inangriffnahme der Lösung dieser Frage*).

Von Dr. **Tranjen,** Divisionsarzt in Plewna (Bulgarien).

Es soll hier nicht von der Verlängerung des Lebens die Rede sein, die man durch die Verbesserung, Vervollkommnung der Lebensweise des einzelnen wie der Allgemeinheit zu erreichen sucht — von derjenigen Verlängerung des Lebens, die die Heilkunst, besonders die Hygiene, die sozialen Wissenschaften, ja die ganze menschliche Kultur zu verwirklichen bestrebt sind. Denn es ist ja zweifellos, daß eine rationelle Lebensweise und die Schaffung besserer Lebensbedingungen auf die Länge des menschlichen Lebens von positivem, bestimmendem Einfluß sind. Nur einer der unzähligen Beweise dafür soll hier angeführt werden: ich meine die Ergebnisse der Mortalitäts- und Morbiditäts-Statistik. Da sehen wir, wie in den verschiedenen Ländern die Lebensdauer variiert, und wie die mittlere Lebensdauer in den verschiedenen Berufen verschieden ist. Der Einfluß des Berufs, des Wohlstandes, des Wohnsitzes in dieser Beziehung ist so augenfällig, daß selbst die Lebensversicherungs-Institute, die doch nur mit realen Größen zu manipulieren gewohnt sind, diese Lebensbedingungen in ihre Berechnungen aufgenommen haben. Diese Art von künstlicher Lebensverlängerung also meine ich nicht. Nicht darum, Bewiesenes weiter zu beweisen, handelt es sich hier. Schon deshalb nicht, weil ja eine Lebensverlängerung, d. h. die Erreichung einer höheren mittleren Lebensdauer keine Veränderung in der Lebensgrenze bedeutet, wie aus den folgenden Ueberlegungen ersichtlich gemacht werden soll. Der Mensch — der Kürze wegen soll hier nur vom Menschen gesprochen werden, während unsere Ausführungen selbstverständlich ganz allgemein von der Tierwelt gelten sollen — der Mensch wird lebendig geboren, entwickelt sich, lebt sich aus, altert und stirbt. Vom ersten bis zum letzten Atemzuge dauert es verschieden lang. Die bewiesenermaßen längste Lebenszeit ist 150 Jahre. Die mittlere Lebensdauer ist aber höchstens 75 Jahre. Genau also die Hälfte von der möglichen Lebensdauer. Das ist denn doch wirklich grausam kurz! Es will dies sagen, daß der Mensch jeden Tag durch sein Verleben sich um das Doppelte, um zwei Tage, vulgo gesagt, abnutzt! Die Ursache dieser verschwenderischen Aufzehrung der eigenen Lebenskraft kann ja offenbar nur in den widrigen Lebensbedingungen gelegen sein. Worin denn anders? Die menschliche Forschung hat sich bis jetzt darauf beschränkt, derartige Mißstände in den Lebensbedingungen aufzudecken, um dann Mittel und Wege zu zeigen, wie dem abgeholfen werden könnte. Das Ideal einer solchen Forschung wäre nun, dem Menschen zur Erreichung seiner natürlichen Lebensgrenze zu verhelfen, d. h. 150 Jahre alt zu werden. Die Grenze wäre dann also wirklich erreicht, aber nicht überschritten, nicht nach oben verrückt, wie die Fragestellung dieser Abhandlung andeutet. Neuerdings hat es Professor Metschnikoff aus dem Pasteur-Institut unternommen, etwas tiefer in dieses Problem einzudringen. Wenn man nämlich die Ursachen der Lebensverkürzung, die in den Mißständen der rein äußeren Lebensverhältnisse liegen, als exogene Ursachen bezeichnen will, so sind diejenigen Umstände, auf die Metschnikoff seinen Forscherblick gerichtet hat, als endogene Ursachen der Lebensverkürzung aufzufassen. Herr Metschnikoff ist unter anderem geneigt, den Vorgängen im menschlichen Darm — und ganz besonders denjenigen im Dickdarm — sowie der von ihm begründeten Phagozytose eine hervorragende Rolle in dieser Beziehung zuzuschreiben. Das mag ja alles richtig sein. Die Lebensverkürzung bis auf die Hälfte des Möglichen mag ja nicht nur durch exogene, sondern auch durch viel intimere, endogene Vorgänge im menschlichen Organismus bedingt sein. Allein gesetzt den Fall, es gelänge uns, allen diesen Uebelständen, den äußeren wie den inneren, abzuhelfen, was wäre dann der maximale Preis? Doch wohl nur die Annäherung und Erreichung der empirisch festgesetzten Lebensgrenze von 150 Jahren. Wenn dann jemand dem gewaltsamen oder durch gefährliche Krankheiten verursachten Tode glücklich zu entgehen gewußt hätte, so hätte er größere Chancen, alt, sehr alt, 150 Jahre alt zu werden.

Wie viele Menschen heute an Altersschwäche sterben, die nur 80 bis 90 Jahre alt wurden, so viele 150jährige Greise hätte dann die Menschheit aufzuweisen gehabt. Ein solches Ziel zu erreichen, hätte dem menschlichen Geiste, der menschlichen Forschung unbedingt viel Ehre gemacht. Würde es aber die Menschheit glücklicher machen? Ich glaube es nicht! Ich glaube es deshalb nicht, weil die beiden tragischsten Seiten des natürlichen Todes: sein unfehlbares Eintreten und die unzähligen Leiden seines Vorgängers, des Alt- und Dekrepidwerdens, zu existieren nicht aufgehört hätten! Aufgeschoben ist nicht aufgehoben!

Was ich aber frage ist das: Ist überhaupt die Lebensgrenze etwas Unabänderliches? Liegt die Ursache des ausnahmslosen Eintritts des natürlichen Todes in den wirklich unabänderlichen Naturgesetzen oder nur in dem Gange der Entwicklung, in der Evolution des Lebens, und liegt mithin die Möglichkeit vor, durch Eingriffe in die Evolutionsbedingungen dies zu ändern?

---

*) Siehe Nr. 2 dieses Jahrganges.

Trotz der alltäglichen Erfahrung vom natürlichen Tode des Menschen hat der Gedanke, daß er doch ewig leben könnte, unter den Erdensöhnen immer Verfechter gehabt.

Den klarsten Ausdruck dafür finden wir in der alten, ehrwürdigen Bibel. Der körperliche Tod wird dort als eine für ein zufälliges Verbrechen verhängte Strafe geschildert, und wäre es nicht begangen worden, könnte derselbe menschliche Organismus ohne welche Umschaffung ewig leben. Aehnliche Gedanken finden sich in den verschiedensten Denkmälern der verschiedensten Weltansichten, die aber für den modernen, wissenschaftlich denkenden Menschen natürlich keine Beweiskraft haben und deshalb hier nicht weiter ausgesponnen werden sollen. Von höchstem Interesse dagegen sind die Meinungen, die einige der neuzeitigen Naturphilosophen über diese Frage geäußert haben. Da sehen wir, daß einige den Tod des mehrzelligen Organismus als Folge physiologischer Vorgänge ansprechen (Butschli, Delboeuf, Tarchanoff), während andere ihn biologisch zu erklären suchen (Weißmann, Roux und Metschnikoff). Ohne hier auf die Einzelheiten der von den genannten Denkern und Experimentatoren geäußerten Theorien einzugehen, möchte ich nur auf das Wichtigste und allen diesen Theorien Gemeinsame hingewiesen haben. Alle diese Gelehrten sind darin einig, daß potentielles Ewigleben unter den Lebewesen unserer Erde tatsächlich existiert. Die Träger dieser Eigenschaft sind die sogen. einzelligen Organismen. Die Meinungen differieren nur darin, wie man es sich zu erklären hat, daß diese so unendlich wichtige Eigenschaft den vielzelligen, also den Nachkommen der Einzelligen, verloren gegangen ist. Da gibt's nun allerdings recht viele, der scharfen Kritik mehr oder weniger standhaltende Hypothesen und Theorien. Von besonderem Interesse ist die wohlbegründete Ansicht Weißmanns, daß es auch im Organismus des Vielzelligen Zellen gibt, die als Träger dieser Qualität des Ewiglebens anzusehen sind, nämlich die Fortpflanzungszellen: der Samen und das Ei, die ihr kontinuierliches Leben selbst beim Menschen von Adam und Eva bis auf den jüngsten Tag fortsetzen.

Man sieht nun klar, daß die Frage des obligaten Todes eines jeden Lebewesens nicht zu den müßigen, metaphysischen Denkübungen gehört, sondern daß wir von den Geheimnissen der Natur schon so viel aufgedeckt haben, daß man es wagen dürfte, dieser Frage wissenschaftlich näher zu treten, ohne als Phantast zu gelten. Der moderne Mensch, unter dem Zeichen der Evolution und der „Umwertung aller Werte“ lebend, der sich tausendfach von der Haltlosigkeit des geisteslähmenden Dogmas, von der fatalen Unabänderlichkeit der Existenzformen in der Natur überzeugt hat, muß notgedrungen sich auch mit der Frage der Obligität des natürlichen Todes ernstlich beschäftigen.

Jeder mehrzellige Organismus, ohne Ausnahme, hat eine beschränkte Existenzzeit mit dem Tod als Endpunkt. Das ist einmal Tatsache. Eine solche allgemeine, naturgesetzähnliche Erscheinung muß auch ihre tiefen, gebieterischen Ursachen haben. Welches sind nun die Ursachen, daß es so ist und nicht anders? Denken wir uns die Kräfte, Gesetze und Materie der Natur als ein — sit venia verbo — Tasteninstrument, als ein Piano. Dies Kosmospiano hat nun sehr viele Tasten und Pedale, so daß der Künster und Komponist auf diesem Instrument so gut wie unbeschränkt alle seine Gedanken und Melodien zum Ausdruck bringen kann. Und nun fände sich ein gewisser Akkord ausnahmslos in allen, auch den verwickeltsten Kompositionen, während bewiesenermaßen auch andere, ja entgegengesetzte Akkorde kombinier- und ausführbar sind. Würden wir darüber nicht erstaunt sein? Dieser Akkord, dieser Sterbeakkord klingt uns nun immer entgegen in allen vielzelligen Organismen, während gleichzeitig die Unsterblichkeit der Einzelligen, ja eines gewissen Bestandteiles der Vielzelligen verhöhnend in unsere sterblichen, sonst so weitsichtigen Augen schaut!

Man braucht sich nur vorzustellen, daß die einzellige Mutterzelle bei ihrer Teilung auch ihr individuelles Bewußtsein, ihr Gedächtnis den Tochterzellen weitergibt, daß das befruchtete Ei der Vielzelligen ihr phylogenetisches Gedächtnis auch auf die individuellen Erlebnisse aller seiner Vorfahren ausbreitet. Hätten wir denn dann nicht unsterbliche Lebewesen vor uns? Wenn das befruchtete Ei auf den neu entstandenen Organismus nicht nur die bis zum Unbewußten fixierten Eigenschaften, sondern auch das persönliche Bewußtsein der Erzeuger übertrüge, so gäbe es nach unseren Begriffen gar keinen Tod! Adam und Eva hätten dann unzählige Erneuerungen, ich möchte sagen, Ueberhäutungen erlebt, ohne auch nur einmal zu sterben, im Gegenteil sich immer vervielfältigend. Wenn nun aber trotz allem der natürliche Tod allen vielzelligen Lebewesen eigen ist, so kann der darwinistisch Denkende dies nur damit erklären, daß derselbe irgendwie dem großen Schaffen der Natur Nutzen bringen muß oder wenigstens nicht schadet, so daß sie es nicht nötig hat, abwehrende Schutzvorrichtungen gegen den Tod bei ihren Kreaturen auszuzüchten. Das wäre denn sozusagen die Logik des Todes, der Sinn der Individuenvernichtung. In der Tat sind die Anschauungen aller namhaften Evolutionisten, wie H. Spencers, Haeckels und vor allem Weißmanns dahingehend, daß der Tod des Individuums ein Hauptfaktor in der Vervollkommnung und Erhaltung der Art sei. Der Tod wird als einer der höchsten Formen der Anpassung der Arten an die Evolution betrachtet. Zu langes Leben würde den Fortschritt aufhalten und die Zuchtwahl im Kampfe ums Dasein hemmen. Der Tod fegt die Schwachen und die Mißgebildeten hinweg, entfernt rechtzeitig alles Morsche, Ablebende und bewacht damit strenge die Interessen der Nachkommen, der Arten. Ohne den Tod würde unsere Erde von den häßlichsten, unvollkommensten Urtieren überfüllt sein, und ein gedeihlicher Progreß wäre schlechterdings unmöglich.

Diese und jede ähnliche Erklärungsweise gibt also stillschweigend zu, daß der Tod seine Ursache nicht in der Ureigenschaft der Materie hat. Nicht, daß aus den in der Natur vorhandenen Elementen und ihren Wechselbeziehungen potentiell ewig lebende Tiere nicht zu erschaffen wären, sondern der Tod ist das Opfer, das das Individuum seiner Art bringen muß, um die Vervollkommnung, Veredelung der letzten zu ermöglichen. Für die erwähnte Motivierung des Todes sprechen in der Tat viele fundamentale biologische Erscheinungen, die nur so zu erklären sind, daß die Natur im Interesse der Erhaltung und Verbesserung der Arten das einzelne Individuum ohne jeden Skrupel aufopfert. Das Individuum ist für sie von Wert nur als Träger seiner Fortpflanzungsfähigkeit, d. h. als Arterhalter. Zärtliche Aufmerksamkeit und strenge Ueberwachung des Wohlergehens genießt das Individuum seitens der Natur nur, solange sie seiner für den Zweck der Arterhaltung nötig hat, um nachher es mit recht unsanften Fußtritten in das kalte Grab, in die Vernichtung zu treiben.

Bei den niederen Tieren stirbt sehr häufig das Individuum sofort oder kurze Zeit nach Erfüllung seiner Fortpflanzungsmission. Bei höheren Tieren, bei denen die jungen Nachkommen kürzere oder längere Zeit der aufmerksamen Fürsorge und Anleitung der Ausgewachsenen nicht entbehren können, dauert das individuelle Leben im allgemeinen nach seiner erlangten Geschlechtsreife kürzere oder längere Zeit.

Um die Erhaltung der Art unter allen Umständen im Kampf ums Dasein möglichst zu sichern, bedient sich die Natur auch der Massenproduktion: entweder daß auf einmal sehr viele Individuen erzeugt werden, oder daß der geschlechtsreife Zustand lange anhält, oder endlich, daß das Individuum seinesgleichen lange Zeit hindurch und viele auf einmal erzeugt, eine Vereinigung der ersten beiden Möglichkeiten. Wir finden deshalb auf unserer Erde Lebewesen, die sich in einigen Stunden vertausendfachen und ebenso rasch verschwinden, solche, die in Jahrhunderten nur einige Exemplare reproduzieren, und andere wieder, die, wie die Fische im Meere, lange Zeit hindurch und in ungeheurer Zahl sich vermehren. Je nach der Fortpflanzungsweise einer Tierart sind die Bedingungen ihrer Existenz und ist auch das Leben ihrer Individuen reguliert und seine Dauer abgemessen: einige Stunden bei den Eintagsfliegen bis Jahrhunderte bei manchen Vögeln und Dickhäutern.

Wenn man nun aus diesen biologischen Erscheinungen schließen muß, daß das Individualleben strenge den Forderungen der Artinteressen untergeordnet ist, so erscheint es fast selbstverständlich folgerichtig, daß man das Finalphänomen desselben, den natürlichen Tod, auch mit den Forderungen der Arten in Zusammenhang bringt, indem man den Tod als Hauptfaktor bei deren Vervollkommnung und Anpassung hinstellt.

Das Leben des Individuums kann man in drei Phasen einteilen und zwar: die Zeitperiode bis zur Pubertät; die Phase der Fortpflanzung, die auch die variable notwendige Zeit zum Auf- und Erziehen der erzeugten Nachkommen einschließt, und die Phase des Ablebens, der Involution, des Todes. Diese drei Phasen sind allen geschlechtlich sich fortpflanzenden Tieren ohne Ausnahme gemein, während die Art und Weise, wie diese Phasen sich abwickeln, nach Zeit und Form sich außerordentlich voneinander unterscheiden und den Lebensbedingungen der Arten angepaßt sind. Wie sind nun diese Phasen bei dem uns besonders interessierenden Geschöpf, beim Menschen, ausgebildet? Die erste Phase dauert rund 15 Jahre, in welcher Zeit die Geschlechtsreife erreicht ist; die zweite Phase, in welcher der Mensch ganz für die Interessen der Fortpflanzung und die Erhaltung der Erzeugten lebt, dauert etwa dreißig Jahre, also bis zum 45. Lebensjahre; vom 45. Lebensjahre fängt die letzte Phase, die Phase des Ablebens, des Todes an und dauert 25 bis 30 Jahre, also durchschnittlich bis zum 70. bis 75. Lebensjahre. Der Mensch also entwickelt sich 15, betätigt sich 30 und verbringt 25 bis 30 Jahre in allmählichem Sterben. Die Natur hat, um ihren Zweck, die Erhaltung der Art zu erreichen, mit dem menschlichen Individuum ein böses Spiel getrieben, hat es schlau und hinterlistig mit Illusionen und Scheinglück genährt, um es schließlich nach Erreichung ihres Zieles schutzlos und unbeschreiblich grausam den Qualen des dreißigjährigen Todes zu überlassen. Da sind doch wahrlich die vielen niedrigen Lebewesen, die fast momentan nach Vollendung ihres Fortpflanzungsaktes, wohl noch in von Liebeslustgefühlen seligem Zustande sterben, von uns Menschen sehr zu beneiden.

Das menschliche Individuum wird von der Natur nur „lebensfähig“ zur Welt gebracht, aber es kann ja nur dann wirklich leben, wenn die Eltern ihre Ruhe und Lebenslust opfern, um ihr Kind vor den unzähligen Gefahren, die das zarte Wesen umgeben, zu bewahren. Innere Schutzkräfte und Anpassung sind beim menschlichen Kind mangelhaft ausgebildet. Für die mörderischen Kinderkrankheiten ist ja dieses zarte Alter geradezu prädisponiert. Die Kindersterblichkeit ist auch deshalb trotz der rationellsten Nachhilfe der weitvorgeschrittenen Wissenschaft noch immer ungeheuer hoch, durchschnittlich 40 bis 50 Prozent. Die Natur, die immer in der Richtung des geringsten Widerstandes arbeitet, hat es vorgezogen, dem erwachsenen Menschen die Sorge des Aufziehens seiner Jungen zu überlassen, indem sie ihm die Mutter- und Vaterliebe anzüchtete, als die Kleinen selbst widerstandsfähiger zu machen. Zur größeren Sicherheit hat sie uns fürsorglich mit größerem Kindersegen bedacht. Das hat die Natur wahrlich nicht aus Mangel an anderen Möglichkeiten so eingerichtet, denn daß sie auch widerstandsfähige Junge in ihrem Arsenal herzustellen vermag, beweisen uns viele Tierarten, deren Junge sehr bald nach ihrer Geburt selbständig mit Erfolg den Kampf ums Dasein aufzunehmen imstande sind, — und dabei nicht so geschwisterreich wie der Mensch sind. Aber, wie gesagt, die Natur zog es vor, in der Richtung des geringsten Widerstandes zu arbeiten, der hohen Intelligenz und Sentimentalität des Menschen hat sie die Sorge um das Wohlergehen seiner Brut anvertraut, um sich der mühevolleren Arbeit des Widerstandsfähiger-Machens derselben zu entziehen. Nur dort, bei den Tierarten, wo dies nicht anging, bequemte sie sich dazu, die Jungen in viel vollkommenerer Ausrüstung zur Welt zu bringen.

Was die zweite Phase, die Phase der Fortpflanzung, die Phase des eigentlichen Lebens anbetrifft, so ist dieselbe wiederum fast ausschließlich den Interessen der Art zum Leiden des Individuums angepaßt. Der Jüngling entflammt in Liebe, die unbewußte Erotik hält ihn vollständig gefangen. Er irrt wie ein Nachtwandler träumerisch herum. Sein ganzes Wesen wird von der zehrenden Sehnsucht nach dem Weibe beherrscht. Er sucht, wie er fanatisch glaubt, nach seinem individuellen Glücke. Ihm entgegen kommt die Jungfrau, die Natur hat ihr den Hochzeitsschmuck angelegt. Alles an ihr ist reizend und berauschend: die Gestalt, die Formen, der Gang, das Lächeln, die zarte Haut, das wallende Haar, der verschleiert flammende Blick voll Hingebung und Verheißung. Der eroberungssüchtige Jüngling und die ergebungslustige Jungfrau treffen sich; aus denen wird ein Romeo und eine Julia, und beide glauben, ihr Lebensglück gefunden zu haben. Die Seligkeit der Liebenden währt aber recht kurze Zeit. Denn kaum ist durch die Konjugation für die Erhaltung des Homo sapiens gesorgt, so wendet sich das Blatt: die Natur, die bis jetzt für das Pärchen so zärtlich, mütterlich sorgte, wendet ihm nun den Rücken. Besonders grausam behandelt sie das Weib. — Es ist selbstverständlich nur von den Naturmenschen die Rede. — Der Jüngling fühlt sich bald übersättigt, enttäuscht, verläßt seine Herzensdame, um sich bald einer anderen anzuschließen, bei der es ebenso endet wie bei seiner ersten Geliebten. So geht es immer weiter, bis er endlich seiner Anziehungskraft für das Weib verlustig gegangen ist. Er versucht wohl noch einige Zeit mit Gewalt das schwache Weib gefügig zu machen, bis er selbst entkräftet vom Weibe abfällt und in die Phase des Ablebens hinübergleitet.

Der Jungfrau aber geht es viel schlimmer. Die Schwangerschaft ist von vielen unangenehmen Sensationen begleitet: Magenschmerzen, Leibschmerzen, vermehrte Absonderung der verschiedenen Drüsen etc. etc. Das blühende, anziehende Gesicht wird blaß, gedunsen, der graziöse Körperbau ist dahin. Verschiedene Flecke und Verfärbungen treten am Gesicht und an anderen Körperteilen auf, so daß alle Schwangeren viele von ihren Reizen verlieren und manche geradezu ein abstoßendes Aussehen bekommen. Die Geburt selbst geht unter Schmerzen und Säfteverlusten einher. Das Stillen bringt ihr weitere Beschwerden und Sorgen, Abmagerung und Schwäche. Früher oder später erholt sie sich, gewinnt zum Teil ihre Reize wieder, um abermals denselben bitterbösen Zyklus durchzumachen, was sie immer mehr herunterbringt und verhäßlicht. Es soll auf einen Vorgang während der Fruchtbarkeitsperiode des Weibes, der sehr charakteristisch für die Stiefmütterlichkeit der Natur ist, hingewiesen werden: während nämlich im allgemeinen das Weib eine wenig ausgebildete Libido sexualis besitzt (nach manchen Autoren sollen 40 Prozent Frauen Gleichgültigkeit empfinden), stellt sich in der zweiten Hälfte dieser Periode im vierten Lebensdezennium ein verstärktes Bedürfnis nach geschlechtlichem Umgang ein. Es ist dies das sogen. tragikomische Balzacsche Alter. Zu dieser Zeit aber ist die Frau schon eine halbe Ruine. Sie muß dann ihre ganze natürliche und erkünstelte Koketterie anwenden, um den Mann zu verführen. Weiter: In der Mitte der vierziger Jahre fängt die Menopause an. Da kommt wiederum eine ganze Serie der klimakterischen Beschwerden an die Reihe, um endlich das Weib in die Involutionsphase, in den langsamen Tod hinüberzuführen. Muß alles das so sein? Konnte es die Natur aus Mangel an Mitteln nicht anders schaffen? Das Tier- und das Vogelreich geben uns genug überzeugende Beispiele, um diese Frage zu beantworten. Da finden wir angeborene Treue der Männchen, sich immer erneuernde Hochzeitsgewänder, schmerzloses, ja lustvolles Auf- und Erziehen der Brut, worin sich Männchen und Weibchen gern liebevoll teilen, und wobei keine Spuren von Qualen und Leiden, die sich

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

dem Fortpflanzungsgeschäft beimischen, wahrzunehmen sind. Warum also diese Grausamkeit dem Menschen gegenüber?

Blicken wir nur etwas tiefer in dieses Treiben der Natur hinein, so werden wir uns leicht überzeugen, daß auch hier die individuellen Interessen denjenigen der Art geopfert sind, um mit möglichst geringer Mühe ihre Erhaltung sicher zu stellen. Die Anhänglichkeit der Frau, die Flatterhaftigkeit des Mannes, die Verhäßlichung der Frau, das späte Erwachen der Libido usw. dienen nur den Artinteressen. Wie bewiesenermaßen diejenigen Blumen am sichersten von einem Insekt befruchtet werden, die ihren Kelch mit dem Honig nur für eine bestimmte, eng begrenzte Insektenart eingerichtet haben und für andere unzugänglich sind, so sichert auch die Treue des Weibes, ihr wählerisches Naturell am besten ihre Fruchtbarkeit, und ein mono- oder oligoandrisch angelegtes Weib sorgt besser für die Erhaltung der Art als das polyandrische. (Geringe Fruchtbarkeit der puellae publicae!) Daß dieses nicht gegenseitige Gefühl dem treuen Weibe Sorgen und Erniedrigungen bereitet, schadet offenbar der Arterhaltung weiter nicht.

Ganz ebenso kann die Don Juan-Art des Ur-Romeo augenscheinlich der Vermehrung nur nützlich sein. Da weiter Exzesse in venere der Mütter für die Entwicklung der Frucht oft schädlich sind, so muß die Verhäßlichung in der Schwangerschaft für die Leibesfrucht nur nützlich sein. Dasselbe gilt von der Laktationsperiode für die Ernährung des Säuglings. Statt das Weib nun wieder mit allen seinen Reizen ad integrum herzustellen und ihm das Hochzeitsgewand der Jungfrau immer aufs neue zu beschaffen, hat es die Natur vorgezogen, weil es wohl leichter zu erreichen war, seine Libido zu steigern, Koketterie ihm anzuzüchten, um für weitere Artvermehrung zu sorgen.

Alle Momente des Fortpflanzungsgeschäfts beim Weibe schmerzlos zu machen, müßte sehr schwer zu erreichen sein, weil es sich da meistens um wirkliche Traumen handelt. Da aber nun diese Qualen die Frucht nichts angehen, so braucht sich die Natur einfach nicht viel darum zu kümmern: ein etwas abgeschwächtes Gedächtnis für diese Leiden ist mit der natürlichen Anhänglichkeit und erhöhten Libido offenbar zur Sicherung des Rezidivierens genügend. Für das Klimakterium und seine Beschwerden, die zur Zeit auftreten, zu welcher das Individuum aus seinem Artdienste entlassen wird, zu sorgen, wäre ein Luxus, den sich die äußerst sparsame, ja geizige Natur niemals erlauben würde. Und wie die schwarze Farbe des Raben nicht deshalb entstanden ist, weil die Natur in ihrem Atelier keine helleren Farben hat — denn ihre buntesten und prachtvollsten Farbenspiele treffen wir ja auf jedem Schritt und Tritt —, sondern wie der Rabe nur deshalb schwarz ist, weil ihm diese Farbe in seinen Lebensbedingungen am nützlichsten ist, so hätte auch uns die Natur ganz anders geschaffen, sie hätte uns ganz anders ausgezüchtet, wenn sie es müßte, wenn unsere Lebensbedingungen entsprechend andere wären. Auf diese Art und Weise sind wir Menschen um vieles Glück in dieser Lebensphase gekommen.

(Schluß folgt.)

Neuere Richtungen in der gynäkologischen Therapie.

Von Dr. **Ö. Tuszkai**, Marienbad und Budapest.

(Schluß.)

Neu und interessant ist die Anwendung der Vibration in der Frauenheilkunde, welche in zwei Richtungen zur Geltung kommt, und zwar vom Gesichtspunkte der Diagnose und der Therapie aus.

Lange Zeit, Jahre hindurch müssen wir uns mit der Vibrationsmassage beschäftigen, um wirklich reichlichen Nutzen bei der ganzen Gruppe der Frauenleiden zu erzielen. Im Laufe einer langen Zeit wird es uns möglich sein, uns die feinen Nüancen der Methode anzueignen, wir sind imstande, mit derselben zu individualisieren. Den besten Dienst leistet die Massage mittels des Vibrationsapparates bei Behandlung der bei Frauen so oft bestehenden Obstipation, und ich kann es behaupten, daß ich heutigen Tages keine andere Methode und kein Medikament kenne, welche an Sicherheit und Dauerhaftigkeit der Wirkung der Vibrationsmassage gleich kämen, und, was die Hauptsache ist, welche absolut keine unangenehmen Nebenwirkungen zeigten.

Die Anwendung geschieht derartig, daß ich die Kugel des Zentrifugalvibrators auf das rechte Hypochondrium des rücklingsliegenden Kranken anlege. Hier halte ich dieselbe einige Sekunden, um darauf das Kolon aszendens, sodann den queren, endlich den absteigenden Teil des Kolons mit gleichmäßigen Vibrationsbewegungen zu massieren, zirka zehnmal. Danach wiederhole ich, die Blasengegend stets überspringend, diese Prozedur 10- bis 15mal, während die Beine zur Erschlaffung der Bauchdecken in Flexion gehalten werden. Nun appliziere ich den größten, sogen. Abdominalkurbel in der Regel in gerader Stellung auf die schlaffen Bauchdecken, so daß der obere Abschnitt des Konkussors den Nabel erreicht. Zumeist drücke ich tiefer während der Exspiration ein, bis ich die Gegend des Plex. solar. zu erreichen glaube. Nun schließe ich den elektrischen Strom und vibriere 3 bis 5 Minuten. Es ist ratsam, dieses Verfahren täglich nacheinander 10- bis 15mal zu wiederholen und der Patientin während dieser Zeit jedwedes Laxiermittel zu verbieten und sie, soweit es möglich ist, zu einer gemischten, sogar groben Kost anzuhalten. In dieser Weise scheint ein seit 15—20 Jahren vorhandenes Leiden bereits nach zwei- oder dreimaliger Wiederholung der Vibration zu verschwinden, die Entleerung des Darmes wird durch reichliche und schmerzlose Defäkationen alsbald eine ordnungsmäßige. — Zuweilen sind wir gezwungen, die Patientin länger zu behandeln, ein andermal sind weniger Behandlungen auch schon von Erfolg begleitet, doch weiß ich kaum einen Fall, wo ich mit dieser Methode keinen guten Erfolg erzielt hätte.

Ebenso ist die Vibrationsmassage ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bei Stärkung der Uterusligamente, bei chron. Atonie des Uterus sowie bei chron. Metritis. Mit Ausdauer verwendet, leistet die Methode bei Hypoplasie gute Dienste, macht einer mit diesen Zuständen einhergehenden Anämie, Sterilität oft ein Ende. Dieser Apparat ersetzt gleichfalls beim Massieren von Beckenexsudaten mit Erfolg die äußere Hand; ich wende bei dem erwähnten Leiden überhaupt nur mit bimanuellem Kunstgriffe die Vibration an. Mit der linken Hand nämlich unterstütze ich die inneren Genitalien, mit der rechten leite ich den Zentrifugalvibrator resp. den an diesen angeknüpften Konkussor. In vielen Fällen wendete ich diese Methode zur Kräftigung des reponierten und mit Hilfe eines Ringes fixierten Uterus und seiner Adnexe an, indem ich eine regelmäßige Hyperämie hervorrief, und ich bekam den Eindruck, daß die Kranken es dieser Behandlung zu verdanken haben, den Ring nach verhältnismäßig kurzer Zeit (nach zwei bis vier Monaten) entbehren zu können, wobei oft auch das mit dem Uterus deszendierte Ovarium reponiert wurde. Sehr interessant ist die Anwendung der Vibration auch zu diagnostischen Zwecken, worüber ich diesen Ortes nicht sämtliche Details mitteilen kann; ich bin aber überzeugt, daß diese diagnostische Methode in einigen komplizierten Fällen eine nicht zu unterschätzende Zukunft und Wichtigkeit habe. Wenn wir z. B. den winkelig gebogenen großen abdominalen Konkussor auf die Blasengegend setzen und mit der inneren Hand das Vibrieren der Kleinbeckenorgane fein beobachten, bemerken wir alsbald, daß die zitternde Bewegung des härteren Uterus von gleichmäßiger Konsistenz sich wesentlich von dem gleichzeitigen Vibrieren der hinter dem Uterus liegenden Neubildungen unterscheidet. Ein härteres, fixiertes Exsudat läßt ein ganz anderes Vibrieren empfinden als ein retroflektiertes Myom. Unter den Myomen können wir gestielte, größere Mobilität besitzende und weniger bewegliche, eingekeilte, kurzgestielte oder murale Fibromyome unterscheiden. Eine eigenartige Vibrationsempfindung verursacht eine schlaffwandige Cyste im Parametrium; sie ist different von derjenigen mit gespannter Wand, so daß derartige Neubildungen nebeneinander bei etwas Uebung ganz leicht zu unterscheiden sind, während dies mit den bisherigen Untersuchungen durch einfaches Tasten unmöglich war.

Sinken der Temperatur, Nachlaß der Schmerzen und Hebung des Allgemeinbefindens. Mit drei Injektionen, welche einen um den anderen Tag gemacht wurden, war völlige Entfieberung und Rückgang der lokalen entzündlichen Erscheinungen erzielt. Zur Nachbehandlung ließ ich noch eine Schmierkur mit Unguentum Credé machen und zwar so, daß ich noch drei Wochen lang zweimal wöchentlich 3 g in der bekannten Art und Weise in den Rücken verreiben ließ.

Bei fünf Fällen von Parulis gelang es bei zwei Fällen im allerersten Stadium, den Prozeß durch lokale Anwendung von Alkoholsilbersalbe zu kupieren. In den übrigen drei Fällen war es schon zur Eiterbildung gekommen, aber immerhin war ich in der Lage, durch energische Einreibungen mit Unguentum Credé in den Nacken den Prozeß wesentlich einzuschränken und abzukürzen.

Die Erkenntnis, daß Magen- und Darmatonie, Magenerweiterung und Enteroptose bei der Entstehung der neuralgischen und neurasthenischen beziehentlich hysterischen Erkrankungen eine große ursächliche Rolle spielen, dringt immer mehr durch. Immer mehr kommt man zur Ueberzeugung, daß die meisten Nervenkrankheiten bedingt sind durch Autointoxikationen, die vom Magendarmkanal ausgehen. In dieser Erkenntnis habe ich seit einigen Jahren angefangen, Collargol oder Lysargin per os zu reichen, um auf diese Weise die Bildung von Giften im Magendarmkanal — durch Fäulnis des stagnierenden Inhalts — zu verhindern. Unter den oben genannten 63 Fällen befinden sich fünf Fälle, bei denen es sich um Erscheinungen von Autointoxikationen, die durch motorische Insuffizienz des Magens und Darms entstanden waren, handelt. Die Symptome bestanden in Magenschmerzen, Schwindel, Kopfdruck, Neuralgien, Appetitmangel, Aufstoßen und Flatulenz. In allen fünf Fällen gingen diese Erscheinungen nach Gebrauch des kolloidalen Silbers zurück, um sofort nach Aussetzen der Medikation wiederzukehren. Es ist selbstverständlich, daß zu der Darreichung des Collargols oder Lysargins noch eine Behandlung der Grundursache, der Atonie treten mußte, um einen dauernden Erfolg zu erzielen. Ich pflege in solchen Fällen zunächst den galvano-faradischen Strom anzuwenden, um dann später die erschlafften Baucheingeweide durch meinen Heftpflasterverband „Simplex“ oder meine Leibbinde „Unicum“ zu stützen und ihnen wieder ein Hypomochlion zu geben.

Zweimal war ich in der Lage, das kolloidale Silber bei einem Abort anwenden zu können. In beiden Fällen handelte es sich um einen Abort im vierten Monat, in beiden Fällen setzte am fünften Tage nach dem Abort hohes Fieber ein. In dem einen Falle genügte eine intravenöse Injektion von 0,2 g Lysargin und zwei Einreibungen von je 3 g Unguentum Credé, um die bis 39,8 ° C gestiegene Temperatur dauernd zur Norm zurückzuführen und vollkommenes Wohlbefinden zu erreichen. Im zweiten Falle war die Temperatur ebenfalls hoch, bis 40,2 ° C, gestiegen. Die erste intravenöse Injektion von 0,2 Collargol brachte einen Temperaturabfall auf 37,4 ° C. Nach etwa 18 Stunden stieg die Temperatur wieder auf 39,3 ° C. Eine nochmalige intravenöse Injektion von 0,15 Collargol brachte dauernde Entfieberung, Wohlbefinden und Heilung.

Aufschläge mit einer Collargollösung 1 : 1000 leisteten mir gute Dienste bei einem Ulkus kruris eines alten Mannes mit sehr fötidem Geruch.

Ein chronisches, speckig-eitrig belegtes Geschwür der Wange heilte sehr schnell nach Anwendung eines Verbandes mit Lysarginsalbe. In einem Falle von Vereiterung eines Klavus der kleinen Zehe bei einer 70jährigen Frau, bei dem bedeutende Schwellung des Fußes und des Unterschenkels als Zeichen beginnender Phlegmone aufgetreten war, erzielte ich mit Anwendung der Alkoholsilbersalbe schnellen Nachlaß sämtlicher Erscheinungen.

Gleich günstig wirkte die Alkoholsilbersalbe in dem Falle einer Dame, bei der ein kurpfuschender Heilgehilfe einige Warzen so gründlich weggeätzt hatte, daß stark schmerzende, kraterförmige, eiternde Geschwüre entstanden waren. In diesem Falle wurde die schmerzstillende Wirkung der Alkoholsilbersalbe sehr wohltuend empfunden.

Mit Alkoholsilbersalbe lokal und mit Unguentum Credé allgemein behandelte ich einen Fall eines 49jährigen Steinmetzen, bei dem ein durch Trauma entstandenes Geschwür des Handrückens eine nicht unbedeutende Lymphangoitis des Arms verursacht hatte. Heilung in fünf Tagen. Von Phlegmonen hatte ich noch Gelegenheit, 14 zu behandeln. In neun von diesen Fällen handelte es sich um leichte, eben beginnende Fälle nach kleinen Verletzungen. Hier genügte ein Verband mit Alkoholsilbersalbe, um meist in drei bis vier Tagen Heilung zu bringen. In vier mehr vorgeschrittenen Fällen mußte ich zur Credéschen oder auch zur Lysarginsalbe behufs Schmierkur greifen, und in einem Falle kombinierte ich wegen seines bedrohlichen lokalen Charakters die lokale mit der Allgemeinbehandlung.

Daß die Alkoholsilbersalbe übrigens auch bei Quetschungen, Zerrungen und Verstauchungen eine gute schmerzstillende und entzündungswidrige Eigenschaft hat, habe ich in zwei Fällen erfahren. Nach einer heftigen Quetschung des Vorderarms war eine Periostitis der Ulna entstanden, die nach Anwendung der genannten Salbe in kurzer Zeit zurückging.

In einem Falle von beginnender Peritonitis bei Cholelithiasis erzielte ich Heilung durch Darreichung des Collargols per os. Viermal hatte ich Gelegenheit, das kolloidale Silber bei Perityphlitis anzuwenden. In drei schweren Fällen mit Temperatursteigerungen bis zu 38,8 ° C ließ ich fünf bis sieben Dosen Ungt. Credé von 3 g in die Oberschenkel verreiben, um dann zur Nachbehandlung Collargol per os zu geben. In einem leichteren Falle gab ich von Anfang an Lysargin per os. Alle vier Fälle gingen in Heilung aus.

Ich habe schon an anderer Stelle*) hervorgehoben, welche ausgezeichneten Dienste mir das kolloidale Silber bei Augenverletzungen, mit denen ich sehr häufig zu tun habe, leistet. Trotzdem daß fast in allen Fällen von unsauberen Händen Versuche gemacht waren, die Fremdkörper zu entfernen, gelang es in allen sechs Fällen von Verletzungen der Kornea, glatte Heilung zu erzielen. Bei einzelnen Fällen lagen recht ausgedehnte Verletzungen vor. Die Behandlung bestand in Auswaschung des Auges mit Collargollösung 1 : 1000 und feuchtem Verband, der mit der gleichen Lösung getränkt war.

Dreimal hatte ich Gelegenheit, die prompte Wirkung des Unguentum Credé auf das Erysipel zu beobachten. Man könnte das kolloidale Silber geradezu als Spezifikum gegen Erysipel bezeichnen, so schnell und sicher tritt die Wirkung ein. Gewöhnlich genügt eine Einreibung von 3 g Ungt. Credé bei Erwachsenen, um das Erysipel zu kupieren. Bei Parotitis epidemika habe ich das kolloidale Silber zweimal anwenden können, und ich glaube im Vergleich zu den nicht behandelten Fällen den Verlauf doch wesentlich abgekürzt zu haben.

Wie ich schon in meinen früheren Veröffentlichungen über kolloidales Silber erwähnt habe, habe ich den Eindruck — beweisen läßt sich das kaum —, daß auch bei Infektionskrankheiten, namentlich bei Typhus abdominalis und bei Pneumonie, das Argentum kolloidale einen abkürzenden und den Krankheitsverlauf mildernden Einfluß hat.

Zwei Fälle von Abdominaltyphus und eine Pneumonie haben mich in der Ansicht bestärkt, daß einige Einreibungen mit Unguentum Credé im ersten Beginn dieser Krankheiten geeignet sind, den Verlauf günstig zu beeinflussen.

Nur in einem Falle von Metritis und Endometritis hatte ich Gelegenheit, durch Einführung von Collargolstäbchen nach stattgehabtem Kurettement den Verlauf abzukürzen gegenüber der sonst üblichen Behandlung mit Playfair und Karbolspiritus.

Zum Schluß möchte ich noch einen Fall einer frischen Verletzung anführen, der mir geeignet erscheint zu zeigen, welche entwicklungshemmende Kraft das Argentum kolloidale besitzt. Ein Arbeiter verletzt sich die rechte Hand dadurch, daß ein Sprengschuß, den er zum Sprengen eines Steines gelegt hat, zu früh losgeht. Der ganze Daumenballen und die Weichteile des zweiten und dritten Fingers sind zerrissen. Schmutz und Hautfetzen bedecken die Wunden. Ein vor mir

---

*) Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Herausgegeben von Dr. Th. Weyl in Charlottenburg, p. 305.

Public

plaziert und diese stufenweise mit Quecksilber oder Schrot füllt. Er konstruierte auch einen Apparat, mittels dessen wir die von der Scheide aus ausgeübte Kompression resp. die in die Ballons eingeführte Quecksilbermenge genau zu dosieren imstande sind, neben gleichzeitiger Hochlagerung und Kompression von der Bauchdecke her. Außerdem läßt er mit Hilfe von Tampons die mit Quecksilber oder Schrot gefüllten Gummiballons mehrere Tage hindurch in der Scheide (Dauerbelastung), jedoch empfiehlt er jedenfalls strenge Kontrolle. Temperaturerhöhungen und leichtere Schmerzen bilden seiner Ansicht nach keine Kontraindikationen, während höhere Temperatur, bedeutendere Schmerzen oder infolge der Blasenkompression sich einstellende Harnbeschwerden die Unterbrechung der konstanten inneren Belastung erfordern. Ich selbst habe keine Erfahrungen über diese Dauerbelastung, nachdem ein bis zwei Experimente dieselbe als eine brutale Behandlung erscheinen ließen; um so günstigere Erfahrungen machte ich mit der Beckenhochlagerung und mit der Bauchdeckenbelastung, welche in der Praxis tatsächlich leicht ausführbar sind, selbst in der Privatwohnung der Patientin. Es genügt, das Bettende mittels Unterlegung von Bauziegeln 30 bis 40° zu heben oder Holzkeile unter die Lenden zu legen, um die nötige Hochlagerung zu erreichen, und in diesem Zustande legen wir die Gewichte auf. Diese Behandlung leistet bei entsprechender Ruhe ausgezeichnete Dienste, bei hartnäckigen, chronischen Exsudaten selbst nach erfolgloser Heißluftbehandlung bietet diese Methode Hoffnung auf Heilung.

Zur lokalen Erhöhung oder Entziehung der Wärme finden einfache und bekannte physikalische Instrumente Anwendung, z. B. die Scheidenkühlapparate in Form des Heitzmannschen Metallrohres, in welchem sich ein doppelläufiger Katheter befindet. Zweifellos können wir den größten Teil der Scheide mit Hilfe des durch das Rohr strömenden Wassers in der Tat dauernd abkühlen und auf diese Weise in Fällen von akuten Entzündungen der Kranken gute Dienste leisten. Dieses starre Metallrohr aber gelangt nicht in die höheren Partien der Scheide, besonders nicht in die Wölbungen und kann wegen der Schmerzen, welche diese Entzündungen begleiten, nicht angewendet werden. Angenommen aber, daß wir den Kühlapparat bis in die Wölbungen schieben, würde der Apparat nur ein bis zwei Stellen des entzündeten Gewebes berühren, da das starre Metallinstrument sich dem Scheidengewölbe wegen der durch entzündliches Exsudat verursachten Formveränderung nicht anpassen kann.

All diesen Uebelständen leistete ich durch Konstruierung eines Apparates Abhilfe. Den an den doppelläufigen Katheter befestigten Gummiballon können wir leicht bis zum Scheidengewölbe hinaufführen, und das durch diesen strömende kalte Wasser ist ein ausgezeichneter Kühlapparat, während das stufenweise bis 40 bis 44° erwärmte Wasser eine lokale Wärmequelle ist, welche die Resorption chronischer Exsudate außerordentlich fördert. Der Apparat ist nicht nur deshalb gut, weil er sich dem durch Exsudate veränderten Scheidengewölbe anpaßt, sondern auch deshalb, weil wir die Strömungsgeschwindigkeit des Wassers mit Hilfe eines Hahnes am ableitenden Rohre regulieren und die Wirkung auf diese Weise modifizieren können.*)

Vor zirka zehn Jahren konstruierte ich behufs rascher Dilatation der Zervix uteri einen doppelläufigen Katheter, welcher an Gestalt und Dimensionen dem Bozemannschen ähnlich ist, sich aber von demselben darin unterscheidet, daß sein dem Uterus zugewendetes Ende geschlossen ist. Diesen Katheter durchströmte 50 bis 60° warmes Wasser, währenddessen ich den in seinen Dimensionen dem Hegarschen Dilatator entsprechenden Apparat durch das Orifizium ext. uteri bis zum inneren Muttermund einführte, wobei die Patientin eine Seitenlage einnahm. Viel schneller, sicherer und aseptischer ist die Anwendung dieses Instrumentes als die des Hegarschen Dilatators. Ich gebrauchte dasselbe öfters zur Einleitung des künstlichen Abortus und überzeugte mich davon, daß es nicht nur eine dauernde und rasche Dilatation des Zervikalkanals und inneren Muttermundes zustande brachte, sondern auch intensive Kontraktionen auslöste, so daß, während es einerseits normale Geburtsprozesse einleitete, anderseits eben durch Auslösung der Kontraktionen auch blutstillend wirkte. Dieses Instrument kann gegebenenfalls als konstanter intrauteriner Wärmeableiter verwendet werden und wird ohne Zweifel auch bei Atonia uteri sowie bei dessen Entzündungsprozessen eine Rolle spielen.

Von bedeutend weniger Wichtigkeit ist die Anwendung des elektrischen Stromes in der gynäkologischen Therapie, als wir es erwarteten. Apostolis' bemerkenswerte Experimente sind heute völlig außer Gebrauch, obwohl in neuerer Zeit die dreiphasigen Ströme, weiter die Tesla-Ströme nach verschiedenen Experimenten so manche Neuerungen enthalten. Bei der Licht-Heißluft-Behandlungsmethode erwähnte ich auch die Rolle der Lichtenergie. Das rote Licht enthält hauptsächlich Wärmestrahlen, es kommt also besonders die Wärmewirkung zur Geltung. Das blaue oder violette Licht hingegen enthält vielmehr jene Strahlen, denen wir eine chemische Wirkung zuschreiben. Die vollkommenste Art dieser farbigen Lichtenergie fand in der ultravioletten Lampe Anwendung.

Die Wirkung dieses ultravioletten Lichtes ist nach meinen Erfahrungen in erster Reihe eine bakterizide; es durchdringt solch dicke Gewebsschichten wie keines der bakteriumtötenden Lokalmittel.

Man experimentiert noch mit vielen anderen physikalischen Heilmethoden, welche ich diesen Ortes nicht erwähnen will. Unter ihnen sind mehrere sehr interessant und beweisen, wie groß und redlich das Bestreben der Aerzte ist, wo es gilt, den konservativen Heilmethoden Dienste zu leisten. Jede neuere Errungenschaft auf diesem Gebiete macht in einer großen Gruppe der Krankheiten das gefürchtete Messer überflüssig, und es ist ebenso human wie interessant, den Prozeß der natürlichen Heilbestrebungen des Körpers nachzuahmen. Schön und wertvoll ist daher diese ganze Heilrichtung, in deren Führung wir zweier Dinge nie vergessen dürfen und zwar: der wahren Liebe für den Leidenden und vor allem der größten Geduld, die ebenso den Arzt wie den Patienten beseelen muß.

Ueber weitere Erfolge mit kolloidalem Silber in der Praxis.

Von Dr. med. **R. Weissmann** in Lindenfels.

In meiner letzten Veröffentlichung über Lysargin, ein neues kolloidales Silber, in den „Therapeutischen Monatsheften“ vom Mai 1907 habe ich über 61 Fälle berichtet, bei denen ich das kolloidale Silber angewendet hatte. Ich bin heute in der Lage, abermals über 63 Fälle zu berichten, bei denen sich mir das kolloidale Silber, vornehmlich in der Form der Credéschen Salbe als außerordentlich wirksam und als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bewährt hat.

Außer in der Form des Unguentum Credé habe ich das kolloidale Silber und zwar sowohl Collargol als auch Lysargin in Lösung per os gegeben; ich habe es ferner angewandt in 5%iger Lösung zur intravenösen Injektion und habe es sehr gern verordnet in der Form der Alkoholsilbersalbe. Eine weitere Anwendungsform war die Anwendung in Substanz in Gestalt von Tabletten oder als Streupulver und in Gestalt von Uterinstäbchen.

Was nun die einzelnen Krankheitsformen anlangt, bei denen ich das kolloidale Silber anzuwenden in der Lage war, so möchte ich zunächst vier Fälle von Furunkulose anführen. In allen vier Fällen habe ich den Eindruck gehabt, daß durch die Anwendung des Unguentum Credé der Verlauf sehr abgekürzt, die Rückbildung im Entstehen begriffener Furunkel beschleunigt und eine Neubildung solcher verhindert wurde.

In einem Falle von akutem Gelenkrheumatismus erzielte ich durch intravenöse Injektion von 0,15 Collargol sofortiges

---

*) Beim Ansaugen muß man das Zusammenfallen des Ballons verhindern.

Sinken der Temperatur, Nachlaß der Schmerzen und Hebung des Allgemeinbefindens. Mit drei Injektionen, welche einen um den anderen Tag gemacht wurden, war völlige Entfieberung und Rückgang der lokalen entzündlichen Erscheinungen erzielt. Zur Nachbehandlung ließ ich noch eine Schmierkur mit Unguentum Credé machen und zwar so, daß ich noch drei Wochen lang zweimal wöchentlich 3 g in der bekannten Art und Weise in den Rücken verreiben ließ.

Bei fünf Fällen von Parulis gelang es bei zwei Fällen im allerersten Stadium, den Prozeß durch lokale Anwendung von Alkoholsilbersalbe zu kupieren. In den übrigen drei Fällen war es schon zur Eiterbildung gekommen, aber immerhin war ich in der Lage, durch energische Einreibungen mit Unguentum Credé in den Nacken den Prozeß wesentlich einzuschränken und abzukürzen.

Die Erkenntnis, daß Magen- und Darmatonie, Magenerweiterung und Enteroptose bei der Entstehung der neuralgischen und neurasthenischen beziehentlich hysterischen Erkrankungen eine große ursächliche Rolle spielen, dringt immer mehr durch. Immer mehr kommt man zur Ueberzeugung, daß die meisten Nervenkrankheiten bedingt sind durch Autointoxikationen, die vom Magendarmkanal ausgehen. In dieser Erkenntnis habe ich seit einigen Jahren angefangen, Collargol oder Lysargin per os zu reichen, um auf diese Weise die Bildung von Giften im Magendarmkanal — durch Fäulnis des stagnierenden Inhalts — zu verhindern. Unter den oben genannten 63 Fällen befinden sich fünf Fälle, bei denen es sich um Erscheinungen von Autointoxikationen, die durch motorische Insuffizienz des Magens und Darms entstanden waren, handelt. Die Symptome bestanden in Magenschmerzen, Schwindel, Kopfdruck, Neuralgien, Appetitmangel, Aufstoßen und Flatulenz. In allen fünf Fällen gingen diese Erscheinungen nach Gebrauch des kolloidalen Silbers zurück, um sofort nach Aussetzen der Medikation wiederzukehren. Es ist selbstverständlich, daß zu der Darreichung des Collargols oder Lysargins noch eine Behandlung der Grundursache, der Atonie treten mußte, um einen dauernden Erfolg zu erzielen. Ich pflege in solchen Fällen zunächst den galvano-faradischen Strom anzuwenden, um dann später die erschlafften Baucheingeweide durch meinen Heftpflasterverband „Simplex“ oder meine Leibbinde „Unicum“ zu stützen und ihnen wieder ein Hypomochlion zu geben.

Zweimal war ich in der Lage, das kolloidale Silber bei einem Abort anwenden zu können. In beiden Fällen handelte es sich um einen Abort im vierten Monat, in beiden Fällen setzte am fünften Tage nach dem Abort hohes Fieber ein. In dem einen Falle genügte eine intravenöse Injektion von 0,2 g Lysargin und zwei Einreibungen von je 3 g Unguentum Credé, um die bis 39,8 ° C gestiegene Temperatur dauernd zur Norm zurückzuführen und vollkommenes Wohlbefinden zu erreichen. Im zweiten Falle war die Temperatur ebenfalls hoch, bis 40,2 ° C, gestiegen. Die erste intravenöse Injektion von 0,2 Collargol brachte einen Temperaturabfall auf 37,4 ° C. Nach etwa 18 Stunden stieg die Temperatur wieder auf 39,3 ° C. Eine nochmalige intravenöse Injektion von 0,15 Collargol brachte dauernde Entfieberung, Wohlbefinden und Heilung.

Aufschläge mit einer Collargollösung 1 : 1000 leisteten mir gute Dienste bei einem Ulkus kruris eines alten Mannes mit sehr fötidem Geruch.

Ein chronisches, speckig-eitrig belegtes Geschwür der Wange heilte sehr schnell nach Anwendung eines Verbandes mit Lysarginsalbe. In einem Falle von Vereiterung eines Klavus der kleinen Zehe bei einer 70jährigen Frau, bei dem bedeutende Schwellung des Fußes und des Unterschenkels als Zeichen beginnender Phlegmone aufgetreten war, erzielte ich mit Anwendung der Alkoholsilbersalbe schnellen Nachlaß sämtlicher Erscheinungen.

Gleich günstig wirkte die Alkoholsilbersalbe in dem Falle einer Dame, bei der ein kurpfuschender Heilgehilfe einige Warzen so gründlich weggeätzt hatte, daß stark schmerzende, kraterförmige, eiternde Geschwüre entstanden waren. In diesem Falle wurde die schmerzstillende Wirkung der Alkoholsilbersalbe sehr wohltuend empfunden.

Mit Alkoholsilbersalbe lokal und mit Unguentum Credé allgemein behandelte ich einen Fall eines 49jährigen Steinmetzen, bei dem ein durch Trauma entstandenes Geschwür des Handrückens eine nicht unbedeutende Lymphangoitis des Arms verursacht hatte. Heilung in fünf Tagen. Von Phlegmonen hatte ich noch Gelegenheit, 14 zu behandeln. In neun von diesen Fällen handelte es sich um leichte, eben beginnende Fälle nach kleinen Verletzungen. Hier genügte ein Verband mit Alkoholsilbersalbe, um meist in drei bis vier Tagen Heilung zu bringen. In vier mehr vorgeschrittenen Fällen mußte ich zur Credéschen oder auch zur Lysarginsalbe behufs Schmierkur greifen, und in einem Falle kombinierte ich wegen seines bedrohlichen lokalen Charakters die lokale mit der Allgemeinbehandlung.

Daß die Alkoholsilbersalbe übrigens auch bei Quetschungen, Zerrungen und Verstauchungen eine gute schmerzstillende und entzündungswidrige Eigenschaft hat, habe ich in zwei Fällen erfahren. Nach einer heftigen Quetschung des Vorderarms war eine Periostitis der Ulna entstanden, die nach Anwendung der genannten Salbe in kurzer Zeit zurückging.

In einem Falle von beginnender Peritonitis bei Cholelithiasis erzielte ich Heilung durch Darreichung des Collargols per os. Viermal hatte ich Gelegenheit, das kolloidale Silber bei Perityphlitis anzuwenden. In drei schweren Fällen mit Temperatursteigerungen bis zu 38,8 ° C ließ ich fünf bis sieben Dosen Ungt. Credé von 3 g in die Oberschenkel verreiben, um dann zur Nachbehandlung Collargol per os zu geben. In einem leichteren Falle gab ich von Anfang an Lysargin per os. Alle vier Fälle gingen in Heilung aus.

Ich habe schon an anderer Stelle*) hervorgehoben, welche ausgezeichneten Dienste mir das kolloidale Silber bei Augenverletzungen, mit denen ich sehr häufig zu tun habe, leistet. Trotzdem daß fast in allen Fällen von unsauberen Händen Versuche gemacht waren, die Fremdkörper zu entfernen, gelang es in allen sechs Fällen von Verletzungen der Kornea, glatte Heilung zu erzielen. Bei einzelnen Fällen lagen recht ausgedehnte Verletzungen vor. Die Behandlung bestand in Auswaschung des Auges mit Collargollösung 1 : 1000 und feuchtem Verband, der mit der gleichen Lösung getränkt war.

Dreimal hatte ich Gelegenheit, die prompte Wirkung des Unguentum Credé auf das Erysipel zu beobachten. Man könnte das kolloidale Silber geradezu als Spezifikum gegen Erysipel bezeichnen, so schnell und sicher tritt die Wirkung ein. Gewöhnlich genügt eine Einreibung von 3 g Ungt. Credé bei Erwachsenen, um das Erysipel zu kupieren. Bei Parotitis epidemika habe ich das kolloidale Silber zweimal anwenden können, und ich glaube im Vergleich zu den nicht behandelten Fällen den Verlauf doch wesentlich abgekürzt zu haben.

Wie ich schon in meinen früheren Veröffentlichungen über kolloidales Silber erwähnt habe, habe ich den Eindruck — beweisen läßt sich das kaum —, daß auch bei Infektionskrankheiten, namentlich bei Typhus abdominalis und bei Pneumonie, das Argentum kolloidale einen abkürzenden und den Krankheitsverlauf mildernden Einfluß hat.

Zwei Fälle von Abdominaltyphus und eine Pneumonie haben mich in der Ansicht bestärkt, daß einige Einreibungen mit Unguentum Credé im ersten Beginn dieser Krankheiten geeignet sind, den Verlauf günstig zu beeinflussen.

Nur in einem Falle von Metritis und Endometritis hatte ich Gelegenheit, durch Einführung von Collargolstäbchen nach stattgehabtem Kurettement den Verlauf abzukürzen gegenüber der sonst üblichen Behandlung mit Playfair und Karbolspiritus.

Zum Schluß möchte ich noch einen Fall einer frischen Verletzung anführen, der mir geeignet erscheint zu zeigen, welche entwicklungshemmende Kraft das Argentum kolloidale besitzt. Ein Arbeiter verletzt sich die rechte Hand dadurch, daß ein Sprengschuß, den er zum Sprengen eines Steines gelegt hat, zu früh losgeht. Der ganze Daumenballen und die Weichteile des zweiten und dritten Fingers sind zerrissen. Schmutz und Hautfetzen bedecken die Wunden. Ein vor mir plaziert und diese stufenweise mit Quecksilber oder Schrot füllt. Er konstruierte auch einen Apparat, mittels dessen wir die von der Scheide aus ausgeübte Kompression resp. die in die Ballons eingeführte Quecksilbermenge genau zu dosieren imstande sind, neben gleichzeitiger Hochlagerung und Kompression von der Bauchdecke her. Außerdem läßt er mit Hilfe von Tampons die mit Quecksilber oder Schrot gefüllten Gummiballons mehrere Tage hindurch in der Scheide (Dauerbelastung), jedoch empfiehlt er jedenfalls strenge Kontrolle. Temperaturerhöhungen und leichtere Schmerzen bilden seiner Ansicht nach keine Kontraindikationen, während höhere Temperatur, bedeutendere Schmerzen oder infolge der Blasenkompression sich einstellende Harnbeschwerden die Unterbrechung der konstanten inneren Belastung erfordern. Ich selbst habe keine Erfahrungen über diese Dauerbelastung, nachdem ein bis zwei Experimente dieselbe als eine brutale Behandlung erscheinen ließen; um so günstigere Erfahrungen machte ich mit der Beckenhochlagerung und mit der Bauchdeckenbelastung, welche in der Praxis tatsächlich leicht ausführbar sind, selbst in der Privatwohnung der Patientin. Es genügt, das Bettende mittels Unterlegung von Bauziegeln 30 bis 40° zu heben oder Holzkeile unter die Lenden zu legen, um die nötige Hochlagerung zu erreichen, und in diesem Zustande legen wir die Gewichte auf. Diese Behandlung leistet bei entsprechender Ruhe ausgezeichnete Dienste, bei hartnäckigen, chronischen Exsudaten selbst nach erfolgloser Heißluftbehandlung bietet diese Methode Hoffnung auf Heilung.

---

*) Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Herausgegeben von Dr. Th. Weyl in Charlottenburg, p. 305.

Zur lokalen Erhöhung oder Entziehung der Wärme finden einfache und bekannte physikalische Instrumente Anwendung, z. B. die Scheidenkühlapparate in Form des Heitzmannschen Metallrohres, in welchem sich ein doppelläufiger Katheter befindet. Zweifellos können wir den größten Teil der Scheide mit Hilfe des durch das Rohr strömenden Wassers in der Tat dauernd abkühlen und auf diese Weise in Fällen von akuten Entzündungen der Kranken gute Dienste leisten. Dieses starre Metallrohr aber gelangt nicht in die höheren Partien der Scheide, besonders nicht in die Wölbungen und kann wegen der Schmerzen, welche diese Entzündungen begleiten, nicht angewendet werden. Angenommen aber, daß wir den Kühlapparat bis in die Wölbungen schieben, würde der Apparat nur ein bis zwei Stellen des entzündeten Gewebes berühren, da das starre Metallinstrument sich dem Scheidengewölbe wegen der durch entzündliches Exsudat verursachten Formveränderung nicht anpassen kann.

All diesen Uebelständen leistete ich durch Konstruierung eines Apparates Abhilfe. Den an den doppelläufigen Katheter befestigten Gummiballon können wir leicht bis zum Scheidengewölbe hinaufführen, und das durch diesen strömende kalte Wasser ist ein ausgezeichneter Kühlapparat, während das stufenweise bis 40 bis 44° erwärmte Wasser eine lokale Wärmequelle ist, welche die Resorption chronischer Exsudate außerordentlich fördert. Der Apparat ist nicht nur deshalb gut, weil er sich dem durch Exsudate veränderten Scheidengewölbe anpaßt, sondern auch deshalb, weil wir die Strömungsgeschwindigkeit des Wassers mit Hilfe eines Hahnes am ableitenden Rohre regulieren und die Wirkung auf diese Weise modifizieren können.*)

Vor zirka zehn Jahren konstruierte ich behufs rascher Dilatation der Zervix uteri einen doppelläufigen Katheter, welcher an Gestalt und Dimensionen dem Bozemannschen ähnlich ist, sich aber von demselben darin unterscheidet, daß sein dem Uterus zugewendetes Ende geschlossen ist. Diesen Katheter durchströmte 50 bis 60° warmes Wasser, währenddessen ich den in seinen Dimensionen dem Hegarschen Dilatator entsprechenden Apparat durch das Orifizium ext. uteri bis zum inneren Muttermund einführte, wobei die Patientin eine Seitenlage einnahm. Viel schneller, sicherer und aseptischer ist die Anwendung dieses Instrumentes als die des Hegarschen Dilatators. Ich gebrauchte dasselbe öfters zur Einleitung des künstlichen Abortus und überzeugte mich davon, daß es nicht nur eine dauernde und rasche Dilatation des Zervikalkanals und inneren Muttermundes zustande brachte, sondern auch intensive Kontraktionen auslöste, so daß, während es einerseits normale Geburtsprozesse einleitete, anderseits eben durch Auslösung der Kontraktionen auch blutstillend wirkte. Dieses Instrument kann gegebenenfalls als konstanter intrauteriner Wärmeableiter verwendet werden und wird ohne Zweifel auch bei Atonia uteri sowie bei dessen Entzündungsprozessen eine Rolle spielen.

Von bedeutend weniger Wichtigkeit ist die Anwendung des elektrischen Stromes in der gynäkologischen Therapie, als wir es erwarteten. Apostolis' bemerkenswerte Experimente sind heute völlig außer Gebrauch, obwohl in neuerer Zeit die dreiphasigen Ströme, weiter die Tesla-Ströme nach verschiedenen Experimenten so manche Neuerungen enthalten. Bei der Licht-Heißluft-Behandlungsmethode erwähnte ich auch die Rolle der Lichtenergie. Das rote Licht enthält hauptsächlich Wärmestrahlen, es kommt also besonders die Wärmewirkung zur Geltung. Das blaue oder violette Licht hingegen enthält vielmehr jene Strahlen, denen wir eine chemische Wirkung zuschreiben. Die vollkommenste Art dieser farbigen Lichtenergie fand in der ultravioletten Lampe Anwendung.

Die Wirkung dieses ultravioletten Lichtes ist nach meinen Erfahrungen in erster Reihe eine bakterizide; es durchdringt solch dicke Gewebsschichten wie keines der bakteriumtötenden Lokalmittel.

Man experimentiert noch mit vielen anderen physikalischen Heilmethoden, welche ich diesen Ortes nicht erwähnen will. Unter ihnen sind mehrere sehr interessant und beweisen, wie groß und redlich das Bestreben der Aerzte ist, wo es gilt, den konservativen Heilmethoden Dienste zu leisten. Jede neuere Errungenschaft auf diesem Gebiete macht in einer großen Gruppe der Krankheiten das gefürchtete Messer überflüssig, und es ist ebenso human wie interessant, den Prozeß der natürlichen Heilbestrebungen des Körpers nachzuahmen. Schön und wertvoll ist daher diese ganze Heilrichtung, in deren Führung wir zweier Dinge nie vergessen dürfen und zwar: der wahren Liebe für den Leidenden und vor allem der größten Geduld, die ebenso den Arzt wie den Patienten beseelen muß.

Ueber weitere Erfolge mit kolloidalem Silber in der Praxis.

Von Dr. med. **R. Weissmann** in Lindenfels.

In meiner letzten Veröffentlichung über Lysargin, ein neues kolloidales Silber, in den „Therapeutischen Monatsheften“ vom Mai 1907 habe ich über 61 Fälle berichtet, bei denen ich das kolloidale Silber angewendet hatte. Ich bin heute in der Lage, abermals über 63 Fälle zu berichten, bei denen sich mir das kolloidale Silber, vornehmlich in der Form der Credéschen Salbe als außerordentlich wirksam und als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bewährt hat.

Außer in der Form des Unguentum Credé habe ich das kolloidale Silber und zwar sowohl Collargol als auch Lysargin in Lösung per os gegeben; ich habe es ferner angewandt in 5 %iger Lösung zur intravenösen Injektion und habe es sehr gern verordnet in der Form der Alkoholsilbersalbe. Eine weitere Anwendungsform war die Anwendung in Substanz in Gestalt von Tabletten oder als Streupulver und in Gestalt von Uterinstäbchen.

Was nun die einzelnen Krankheitsformen anlangt, bei denen ich das kolloidale Silber anzuwenden in der Lage war, so möchte ich zunächst vier Fälle von Furunkulose anführen. In allen vier Fällen habe ich den Eindruck gehabt, daß durch die Anwendung des Unguentum Credé der Verlauf sehr abgekürzt, die Rückbildung im Entstehen begriffener Furunkel beschleunigt und eine Neubildung solcher verhindert wurde.

In einem Falle von akutem Gelenkrheumatismus erzielte ich durch intravenöse Injektion von 0,15 Collargol sofortiges und Tee oder Wasser nachtrinken lassen; auch fettreiche Nährgemische, wie z. B. Biederts Ramogen, Gärtnersche Fettmilch oder Backhausmilch, sind hier mit Erfolg verwertbar; dagegen sind Versuche mit Buttermilch oder Malzsuppe kontraindiziert.

---

*) Beim Ansaugen muß man das Zusammenfallen des Ballons verhindern.

2. Kohts berichtet über zwei Fälle von Hirschsprungscher Krankheit (angeborener Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms), von denen einer zur Autopsie kam; für die Pathogenese ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte; die jüngst hier referierte Hypothese von Köppe ist nicht berücksichtigt. — Therapeutisch empfiehlt Kohts Einläufe mit $1^1/_2$ bis 2 l Wasser mit Zusatz von Glyzerin, wenn diese wirkungslos bleiben, große Oelklistiere (400 g Olivenöl). Diese Eingriffe bekämpfen aber allein die Koprostase, können die vorhandene Darmerweiterung nicht beeinflussen. Vielleicht wird in vorgeschrittenen Fällen eine chirurgische Behandlung mehr leisten, über die bisher nur spärliche Erfahrungen vorliegen.

3. Hecht hat Untersuchungen über das Auftreten und die Zusammensetzung der sogenannten Seifenstühle im Säuglingsalter angestellt, aus denen bekanntlich vielfach ein Rückschluß auf mangelhafte Fettresorption gezogen wird, so daß sie als Indikation zur Einschränkung der Fettzufuhr betrachtet werden. Hecht stellt fest, daß die fettdyspeptischen Stühle der künstlich und an der Brust ernährten Kinder reichlich Schleim enthalten, die Seifenstühle hingegen frei von Schleim sind, was damit zusammenhängt, daß der Schleim die Verseifung verhindert. Seifenstühle sollen unter folgenden Bedingungen auftreten:

a) es muß eine mäßige Störung der Fettresorption vorhanden sein,
b) es darf kein Hindernis für die Fettspaltung bestehen,
c) es muß eine stärkere Säuerung fehlen,
d) es darf die Peristaltik nicht erheblich beschleunigt sein,
e) es muß stärkere katarrhalische Reizung fehlen.

Das Auftreten von Seifenstühlen beweist daher eine geringgradige, aber wohl immer chronische Störung der Fettresorption. Sowie sich zu der chronischen Ernährungsstörung eine akute Exazerbation hinzugesellt, machen die Seifenstühle anderen Erscheinungsformen fettreicher Stühle Platz. Ist aber die akute Erkrankung wieder vorbei, dann treten neuerdings Seifenstühle auf. — Das Verschwinden von Seifenstühlen auf eine therapeutische Maßnahme hin beweist an sich noch nichts für die Zweckmäßigkeit derselben.

4. Großmann teilt interessante und sehr günstige Resultate über die Radikaloperation von Leisten- und Nabelbrüchen an Kindern und Säuglingen mit. Er spricht auf Grund seiner 111 durchweg erfolgreichen und glatten Operationen die Ueberzeugung aus, daß im Kindesalter, speziell auch bei Säuglingen, die Radikaloperation der Leisten- und Nabelbrüche ein relativ ungefährlicher Eingriff ist und unbedenklich in allen den Fällen zur Anwendung kommen sollte, bei welchen man mit der konservativen Behandlung nicht rasch zum Ziel gelangt. Speziell die Alkoholinjektionen scheinen ihm wenig empfehlenswert zu sein. Die günstigen Erfolge im Säuglingsalter glaubt er nicht zum geringsten Teil einem Urinfänger zu verdanken, der speziell für die Bruchoperationen konstruiert wurde, und der es ermöglicht, den kleinen Wundverband bis zur Heilung absolut sauber und trocken zu halten (s. Münch. med. Wochenschr., 1904, Nr. 50).

5. Grüneberg hat bei einem Neugeborenen, an dem sich die bedrohlichsten Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese bemerkbar machten, 15 ccm Mercksche Gelatine subkutan mit promptem Heilerfolg injiziert. Der Rest der Merckschen Tube wurde am nächsten Tage dreistündlich teelöffelweise per os verabreicht und eine zweite Tube am nächsten Tage in gleicher Weise. Zugleich Uebergang auf natürliche Ernährung. Verf. glaubt, daß Sepsis in seinem Falle nicht mit im Spiele war.

6. Eine frühzeitige Diagnose ist für die erfolgreiche Behandlung der Möller-Barlowschen Krankheit von großer Bedeutung. Während früher erst die intensiveren Periost- und Zahnfleischblutungen die Erkennung der Krankheit ermöglichten, sind wir in der Diagnostik der Anfangsstadien des Leidens in den letzten Jahren erheblich weiter gekommen. So wissen wir, daß eine nur bei genauer mikroskopischer Analyse des zentrifugierten Urins erkennbare Hämaturie oft anderen Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese vorangeht, und fahnden danach, sowie andauernde Anorexie oder Empfindlichkeit der Glieder ohne erkennbare Ursache unseren Verdacht auf die Barlowsche Krankheit lenken. Die letzten Jahre haben uns nun durch die Beobachtungen von Fraenkel, Hoffmann und Rehn den Beweis geliefert, daß wir in der Röntgographie nicht nur ein vortreffliches Mittel besitzen zur sicheren Identifizierung der klinisch zweifelhaften Fälle, sondern daß die im Röntgenbild erkennbaren typischen Veränderungen an den Knochen ein diagnostisch und daher auch therapeutisch mit bestem Erfolg verwertbares Frühsymptom darstellen. Diese Erfahrungen bestätigt Klotz in seiner mit einer Reihe von Röntgogrammen illustrierten Mitteilung. Der charakteristische Befund für den Säuglingsskorbut besteht in einer Verschmälerung der Kortikalis und Verwaschung der feinen Spongiosazeichnung, ferner einem bald breiten, bald schmalen, bald linearen, bald gekrümmten tiefdunklen Querschatten dort, wo die Diaphyse an die Epiphyse grenzt. Wo subperiostale Blutergüsse bestehen, sind sie auf dem Röntgogramm natürlich auch erkennbar. Die typische Veränderung der Knochen im Röntgenbild überdauert die Heilung im klinischen Sinne noch lange.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich**, leitender Arzt der städtischen Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Von den Wenigen und den Guten.** Von Dr. med. Agnes Bluhm. Die Frau, 15. Jahrg., Heft 7.

2. **Konzeptionsbeschränkung und Staat.** Von Professor Dr. Mayet. Med. Reform, 16. Jahrg., Nr. 18.

3. **Ueber Stillpraxis und ihren Einfluß auf die Entwicklung des Kindes.** Von Dr. Martin Nagel. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

4. **Zur Frage der Stillfähigkeit.** Von Dr. A. Lenk. Ibidem.

1. Die (unberechtigte. Ref.) Zurückführung der großen Säuglingssterblichkeit auf den Kinderreichtum dient Bestrebungen zum Ausgangspunkte, die unter dem Namen des Neumalthusianismus die künstliche Beschränkung der Konzeption propagieren.

Ihnen tritt Verf. mit Schärfe und Gewandtheit entgegen. Zunächst erschüttert sie durch zahlreiche Beispiele jenes angebliche Gesetz, daß die Kindersterblichkeit eine Funktion des Kinderreichtums sei. Z. B. ist in Frankreich, dem klassischen Lande der Konzeptionsbeschränkung, die Kindersterblichkeit größer als in Norwegen mit viel höherer Geburtsziffer.

Derartige Beispiele lassen sich leicht so häufen, daß eben von einem gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und Kinderreichtum nicht die Rede sein kann.

Verf. wendet sich dann gegen die andere Behauptung der Neumalthusianer, daß durch die Konzeptionsbeschränkung die Fähigkeiten des spärlicheren Nachwuchses gesteigert würden, daß also die Beschränkung der Rassenverbesserung diene. Wie Verf. aber betont, wird die Konzeptionsbeschränkung gerade in den sozial besseren Schichten geübt, während im Proletariate noch immer reichlich geboren wird und geboren werden muß, soll nicht die Bevölkerungsziffer abnehmen. Also ist die Folge eine Verschiebung der Zusammensetzung der Bevölkerung zugunsten des Proletariats, was keineswegs eine Rassenverbesserung bedeuten kann.

2. Auch ein so vorzüglicher Statistiker wie Mayet wendet sich gegen die Konzeptionsbeschränkung, indem auch er auf dem Standpunkt steht, daß die Kindersterblichkeit in letzter Linie nicht vom Kinderreichtum abhänge. Gerade die ersten Kinder haben eine größere Sterblichkeit als die späteren, ein Gesetz, das auch in der Tierzucht bekannt ist. Mayet sieht vielmehr die letzte Ursache der Säuglingssterblichkeit in der Verbreitung der künstlichen Ernährung. Mit lebhaftem Eifer spricht er sich für eine möglichst lange Stilldauer aus, indem er auf Japan hinweist, wo eine zwei- bis dreijährige Stilldauer die Regel bildet.

Diese lange Stilldauer ist nach Mayet auch der beste Schutz gegen zu häufige Konzeption.

Eine künstliche Konzeptionsbeschränkung billigt M. nur für den Teil der sich außerehelich Paarenden, bei denen eine

Bauchfellverwachsungen und viele andere Störungen des Wundverlaufs sattsam bekannt ist. V. gibt noch auf dem Operationstisch 1 mg subkutan und wiederholt die Einspritzung, wenn nötig, nach drei Stunden. Auch bei nicht Operierten kann Physostigmin nach Vogels Erfahrungen als subkutanes Abführmittel gegeben werden.

10. Im Städtischen Krankenhause Altona hat man sich von dem günstigen Einfluß des Marmorek-Serums auf chirurgische Tuberkulose, wie ihn neben ausländischen Arbeiten namentlich Veröffentlichungen aus den Kliniken von Hoffa und Sonnenburg rühmten, bei einer Reihe von 14 Fällen nicht überzeugen können. Das Serum wurde bei der meist rektalen Einverleibung — Einspritzungen unter die Haut sind schmerzhaft — zwar gut vertragen, auch besserte sich das Aussehen mißfarbener Granulationen bei einigen Fisteln; entscheidende, dem Serum zuzuschreibende Heilerfolge aber blieben aus, und in zwei schweren Fällen von Knochentuberkulose flackerten während der Behandlung alte Herde wieder auf. Auch eine besondere Hebung des Allgemeinzustandes konnte nicht beobachtet werden. — Nach den Beobachtungen des Ref. ist diese Auffassung durchaus berechtigt; auch halten manche in früheren Veröffentlichungen und Vorstellungen als geheilt vorgeführte Fälle einer schärferen Prüfung nicht stand, wie H. ebenfalls betont.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff,** Berlin.

1. **Amblyopie infolge von Nebenhöhleneiterungen der Nase.** Von L. Réthi. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 19, S. 1065.

2. **Ueber Frühtransplantation bei Verbrennungen des Augenlides.** Von Pfalz. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 19, Seite 823.

3. **Die Jodkalibehandlung der Katarakta inzipiens.** Von v. Pflugk. Med. Klinik, 1908, Nr. 7.

1. Die von Réthi berichteten zwei Fälle veranschaulichen die erfolgreiche Behandlung der Neuritis optika, die im Gefolge einer Siebbeinzelleneiterung entstehen kann und bei Ausräumung des Siebbeinlabyrinths zurückgeht. Besonders eklatant war der Erfolg in dem ersten Falle: Bei einem 39jährigen Manne war durch Neuritis optika das linke Auge fast erblindet, das rechte hatte noch halbe Sehschärfe. Dabei war kein Abszeß oder Oedem der Lider vorhanden. Da Symptome einer Siebbeinzellenerkrankung vorhanden waren, wurde nach Entfernung der mittleren Muschel das eiterdurchtränkte Siebbeinlabyrinth beiderseits ausgeräumt; nach zwei Tagen war die Sehschärfe bereits rechts fast normal, links auf 1/2 gestiegen.

In solchen Fällen ist es therapeutisch von großer Wichtigkeit, auch wenn keine Schwellung der Lider oder analoge Erscheinungen den Verdacht von vornherein auf die Nase lenken, eine rhinogene Fortleitung auf den Optikus in Betracht zu ziehen und auf eine Nebenhöhlenerkrankung der Nase zu fahnden.

2. Alle Verbrennungen der Haut- oder Schleimhautbedeckung der Augenlider oder in deren Umgebung haben bei der Vernarbung leicht Ektropium oder Entropium und Trichiasis im Gefolge, deren operative Beseitigung oft keinen vollen Erfolg hat. Pfalz rät daher, in solchen Fällen nicht die spontane Vernarbung abzuwarten, sondern unmittelbar nach Demarkation des Brandschorfes Deckung der Defekte mit Epidermislappen nach Thiersch vorzunehmen. Die Deckung hat bereits bei Defekten von Erbsengröße, ja am unteren Lide und im inneren Lidwinkel in der Nähe der Tränenpunkte selbst bei kleineren Defekten stets zu erfolgen. Bei Defekten der Schleimhaut muß der groß zu wählende Epidermislappen wie ein einmal zusammengefalteter Briefbogen in die obere oder untere Uebergangsfalte eingenäht und dadurch vor Verschiebung bewahrt werden. Der Zeitpunkt ist recht früh — am vierten bis sechsten Tage nach der Verbrennung — zu wahlen; Reste nekrotischen Gewebes sind mit scharfem Löffel zu entfernen.

3. v. Pflugk tritt für die von französischen Ophthalmologen inaugurierte Behandlung des Katarakta inzipiens mit Jodkali ein. Er behandelt beginnende Linsentrübungen mit Jodkaliaugenbädern oder Jodkalieinträufelungen (0,25 : 10,0), bei vorgeschrittenen Fällen macht er subkonjunktivale Einspritzungen von 1%iger Jodkalilösung. Er hat bei dieser Behandlung entweder Besserungen oder ein Stationärbleiben der Trübungen eintreten sehen, eine Verschlechterung erfolgte in keinem Falle. (Länge der Beobachtungsdauer?)

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Ueber Mehle und Mehlfütterungen bei Säuglingen und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel.** Von H. Rietschel. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 826.

2. **Ueber einige Fälle von Hirschsprungscher Krankheit im Kindesalter.** Von Kohts. Therap. d. Gegenw., 1908, S. 193.

3. **Ueber die Bedeutung der Seifenstühle im Säuglingsalter.** Von A. Hecht. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 1010.

4. **Ueber die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter.** Von E. Großmann. Ibidem, S. 1012.

5. **Zur Behandlung der hämorrhagischen Diathese beim Neugeborenen.** Von L. Grüneberg. Ibidem, S. 1079.

6. **Zur Röntgendiagnose des Säuglingsskorbuts (Barlowsche Krankheit).** Von Klotz. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1908, April.

1. Der inhaltsreiche Aufsatz von Rietschel sei zum Studium im Original empfohlen. — R. vertritt folgende Anschauungen: Praktisch empfiehlt es sich, im ersten Monat das Mehl noch fortzulassen, da die Erfahrungen hier noch recht geteilt sind, und der Nutzen nicht im Verhältnis zur Gefahr steht, im zweiten Monat aber unbedingt eine 1- bis 2%ige Schleim- oder Mehlabkochung als Zusatz zur Milch anzuwenden, die wir später noch etwas steigern können. Vom sechsten Monat an können Kohlehydrate in Form von Amylum reichlicher gegeben werden. — Die Mehle sind absolut indiziert beim Milchnährschaden (Czerny), bei Kindern, die durch Ueberernährung mit Milch atrophisch geworden sind. Diesen Kindern wird am besten geholfen, wenn man das Fett rigoros aus der Nahrung eliminiert; hier feiert die kohlehydratreiche Nahrung, die Buttermilch, die Malzsuppe, ihre Triumphe; hier sollen stets die Kohlehydrate in zwei Formen verabreicht werden, d. h. es muß diesen Mischungen stets Mehl in mehr oder minder großer Menge zugesetzt werden. — Darreichung reiner Mehlabkochungen (mit oder ohne Zucker) nach einer akuten Verdauungsstörung (Dyspepsie Widerhofers) ist nur für kurze Zeit gestattet (drei bis fünf Tage). Durch längere Mehlfütterung (mit und ohne Zucker) kann dem Säugling erheblicher Schaden zugefügt werden (Mehlnährschaden). Es ist wahrscheinlich, daß durch zu lange einseitige Fütterung von Mehl und Zucker „spezifische“ Stoffwechselstörungen entstehen (Störungen im Wasser- und Salzhaushalt), daß also der Mehlnährschaden nicht allein aus dem Fehlen anderer wichtiger Stoffe erklärt werden darf. Die Krankheitstypen des „Mehlnährschadens“ sind am besten zu bezeichnen als 1. rein atrophische, 2. atrophisch hydrämische und 3. hypertonische Form. Diese Typen sind indes nicht etwa allein für den Mehlnährschaden charakteristisch, sondern finden sich auch bei anderen schweren Ernährungsstörungen (Zuckerüberfütterung?). Die Hypertonien sind aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zentral bedingt, sondern stellen eigentümliche Quellungszustände der Muskeln dar. Die Prognose des Mehlnährschadens ist schlecht, besonders für die atrophisch-hydrämischen und hypertonischen Formen. Therapeutisch ist die erste Indikation die sofortige Entfernung des Mehls und womöglich Ernährung mit Frauenmilch, zunächst in geringen Mengen, 200 bis 300 g. Gewichtszunahmen lassen oft lange auf sich warten; oft erlebt man zunächst ein beträchtliches Heruntergehen des Gewichts, das mit dem Schwinden des hydrämischen Zustandes zusammenhängt. Man soll ruhig fortfahren, ein solches Kind an der Ammenbrust trinken zu lassen, gleichviel ob es ab- oder zunimmt. Nach einer gewissen Zeit, vielleicht 14 Tagen oder 3 Wochen, vielleicht auch früher, wird ein Moment eintreten, wo sich plötzlich die Kurve hebt und ein vollständiger Ansatz erzielt wird. — Steht Frauenmilch nicht zur Verfügung, so ist Kuhmilch (event. mit Pegnin gelabt) die zweckmäßigste Nahrung; da die Zufuhr der nötigen Menge mitunter erschwert ist, kann man eventuell Vollmilch löffelweise geben

und Tee oder Wasser nachtrinken lassen; auch fettreiche Nährgemische, wie z. B. **Biederts** Ramogen, **Gärtner**sche Fettmilch oder **Backhausmilch**, sind hier mit Erfolg verwertbar; dagegen sind Versuche mit Buttermilch oder Malzsuppe kontraindiziert.

2. **Kohts** berichtet über zwei Fälle von **Hirschsprung**scher Krankheit (angeborener Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms), von denen einer zur Autopsie kam; für die Pathogenese ergaben sich keine neuen Gesichtspunkte; die jüngst hier referierte Hypothese von **Köppe** ist nicht berücksichtigt. — Therapeutisch empfiehlt **Kohts** Einläufe mit 1½ bis 2 l Wasser mit Zusatz von Glyzerin, wenn diese wirkungslos bleiben, große Oelklistiere (400 g Olivenöl). Diese Eingriffe bekämpfen aber allein die Koprostase, können die vorhandene Darmerweiterung nicht beeinflussen. Vielleicht wird in vorgeschrittenen Fällen eine chirurgische Behandlung mehr leisten, über die bisher nur spärliche Erfahrungen vorliegen.

3. **Hecht** hat Untersuchungen über das Auftreten und die Zusammensetzung der sogenannten Seifenstühle im Säuglingsalter angestellt, aus denen bekanntlich vielfach ein Rückschluß auf mangelhafte Fettresorption gezogen wird, so daß sie als Indikation zur Einschränkung der Fettzufuhr betrachtet werden. **Hecht** stellt fest, daß die **fettdyspeptischen** Stühle der künstlich und an der Brust ernährten Kinder reichlich Schleim enthalten, die **Seifenstühle** hingegen frei von Schleim sind, was damit zusammenhängt, daß der Schleim die Verseifung verhindert. Seifenstühle sollen unter folgenden Bedingungen auftreten:

a) es muß eine mäßige Störung der Fettresorption vorhanden sein,
b) es darf kein Hindernis für die Fettspaltung bestehen,
c) es muß eine stärkere Säuerung fehlen,
d) es darf die Peristaltik nicht erheblich beschleunigt sein,
e) es muß stärkere katarrhalische Reizung fehlen.

Das Auftreten von Seifenstühlen beweist daher eine geringgradige, aber wohl immer chronische Störung der Fettresorption. Sowie sich zu der chronischen Ernährungsstörung eine akute Exazerbation hinzugesellt, machen die Seifenstühle anderen Erscheinungsformen fettreicher Stühle Platz. Ist aber die akute Erkrankung wieder vorbei, dann treten neuerdings Seifenstühle auf. — Das Verschwinden von Seifenstühlen auf eine therapeutische Maßnahme hin beweist an sich noch nichts für die Zweckmäßigkeit derselben.

4. **Großmann** teilt interessante und sehr günstige Resultate über die Radikaloperation von Leisten- und Nabelbrüchen an Kindern und Säuglingen mit. Er spricht auf Grund seiner 111 durchweg erfolgreichen und glatten Operationen die Ueberzeugung aus, daß im Kindesalter, speziell auch bei Säuglingen, die Radikaloperation der Leisten- und Nabelbrüche ein relativ ungefährlicher Eingriff ist und unbedenklich in allen den Fällen zur Anwendung kommen sollte, bei welchen man mit der konservativen Behandlung nicht rasch zum Ziel gelangt. Speziell die Alkoholinjektionen scheinen ihm wenig empfehlenswert zu sein. Die günstigen Erfolge im Säuglingsalter glaubt er nicht zum geringsten Teil einem Urinfänger zu verdanken, der speziell für die Bruchoperationen konstruiert wurde, und der es ermöglicht, den kleinen Wundverband bis zur Heilung absolut sauber und trocken zu halten (s. Münch. med. Wochenschr., 1904, Nr. 50).

5. **Grüneberg** hat bei einem Neugeborenen, an dem sich die bedrohlichsten Erscheinungen einer hämorrhagischen Diathese bemerkbar machten, 15 ccm **Merck**sche Gelatine subkutan mit promptem Heilerfolg injiziert. Der Rest der **Merck**schen Tube wurde am nächsten Tage dreistündlich teelöffelweise per os verabreicht und eine zweite Tube am nächsten Tage in gleicher Weise. Zugleich Uebergang auf natürliche Ernährung. Verf. glaubt, daß Sepsis in seinem Falle nicht mit im Spiele war.

6. Eine frühzeitige Diagnose ist für die erfolgreiche Behandlung der **Möller-Barlow**schen Krankheit von großer Bedeutung. Während früher erst die intensiveren Periost- und Zahnfleischblutungen die Erkennung der Krankheit ermöglichten, sind wir in der Diagnostik der Anfangsstadien des Leidens in den letzten Jahren erheblich weiter gekommen. So wissen wir, daß eine nur bei genauer mikroskopischer Analyse des zentrifugierten Urins erkennbare Hämaturie oft anderen Erscheinungen der hämorrhagischen Diathese vorangeht, und fahnden danach, sowie andauernde Anorexie oder Empfindlichkeit der Glieder ohne erkennbare Ursache unseren Verdacht auf die **Barlow**sche Krankheit lenken. Die letzten Jahre haben uns nun durch die Beobachtungen von **Fraenkel**, **Hoffmann** und **Rehn** den Beweis geliefert, daß wir in der **Röntgographie** nicht nur ein vortreffliches Mittel besitzen zur sicheren Identifizierung der klinisch zweifelhaften Fälle, sondern daß die im Röntgenbild erkennbaren typischen Veränderungen an den Knochen ein diagnostisch und daher auch therapeutisch mit bestem Erfolg verwertbares Frühsymptom darstellen. Diese Erfahrungen bestätigt **Klotz** in seiner mit einer Reihe von Röntgogrammen illustrierten Mitteilung. Der charakteristische Befund für den Säuglingsskorbut besteht in einer Verschmälerung der Kortikalis und Verwaschung der feinen Spongiosazeichnung, ferner einem bald breiten, bald schmalen, bald linearen, bald gekrümmten tiefdunklen Querschatten dort, wo die Diaphyse an die Epiphyse grenzt. Wo subperiostale Blutergüsse bestehen, sind sie auf dem Röntgogramm natürlich auch erkennbar. Die typische Veränderung der Knochen im Röntgenbild überdauert die Heilung im klinischen Sinne noch lange.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich**, leitender Arzt der städtischen Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Von den Wenigen und den Guten.** Von Dr. med. Agnes Bluhm. Die Frau, 15. Jahrg., Heft 7.

2. **Konzeptionsbeschränkung und Staat.** Von Professor Dr. Mayet. Med. Reform, 16. Jahrg., Nr. 18.

3. **Ueber Stillpraxis und ihren Einfluß auf die Entwicklung des Kindes.** Von Dr. Martin Nagel. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

4. **Zur Frage der Stillfähigkeit.** Von Dr. A. Lenk. Ibidem.

1. Die (unberechtigte. Ref.) Zurückführung der großen Säuglingssterblichkeit auf den Kinderreichtum dient Bestrebungen zum Ausgangspunkte, die unter dem Namen des Neumalthusianismus die künstliche Beschränkung der Konzeption propagieren.

Ihnen tritt Verf. mit Schärfe und Gewandtheit entgegen. Zunächst erschüttert sie durch zahlreiche Beispiele jenes angebliche Gesetz, daß die Kindersterblichkeit eine Funktion des Kinderreichtums sei. Z. B. ist in Frankreich, dem klassischen Lande der Konzeptionsbeschränkung, die Kindersterblichkeit größer als in Norwegen mit viel höherer Geburtsziffer.

Derartige Beispiele lassen sich leicht so häufen, daß eben von einem gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und Kinderreichtum nicht die Rede sein kann.

Verf. wendet sich dann gegen die andere Behauptung der Neumalthusianer, daß durch die Konzeptionsbeschränkung die **Fähigkeiten** des spärlicheren Nachwuchses **gesteigert** würden, daß also die Beschränkung der **Rassenverbesserung** diene. Wie Verf. aber betont, wird die Konzeptionsbeschränkung gerade in den sozial besseren Schichten geübt, während im Proletariate noch immer reichlich geboren wird und geboren werden muß, soll nicht die Bevölkerungsziffer abnehmen. Also ist die Folge eine Verschiebung der Zusammensetzung der Bevolkerung zugunsten des Proletariats, was keineswegs eine Rassenverbesserung bedeuten kann.

2. Auch ein so vorzüglicher Statistiker wie **Mayet** wendet sich gegen die Konzeptionsbeschränkung, indem auch er auf dem Standpunkt steht, daß die Kindersterblichkeit in letzter Linie nicht vom Kinderreichtum abhänge. Gerade die ersten Kinder haben eine größere Sterblichkeit als die späteren, ein Gesetz, das auch in der Tierzucht bekannt ist. **Mayet** sieht vielmehr die letzte Ursache der Säuglingssterblichkeit in der Verbreitung der künstlichen Ernährung. Mit lebhaftem Eifer spricht er sich für eine möglichst lange Stilldauer aus, indem er auf Japan hinweist, wo eine zwei- bis dreijährige Stilldauer die Regel bildet.

Diese lange Stilldauer ist nach **Mayet** auch der beste Schutz gegen zu häufige Konzeption.

Eine künstliche Konzeptionsbeschränkung billigt M. nur für den Teil der sich **außerehelich** Paarenden, bei denen eine

Bauchfellverwachsungen und viele andere Störungen des Wundverlaufs sattsam bekannt ist. V. gibt noch auf dem Operationstisch 1 mg subkutan und wiederholt die Einspritzung, wenn nötig, nach drei Stunden. Auch bei nicht Operierten kann Physostigmin nach Vogels Erfahrungen als subkutanes Abführmittel gegeben werden.

10. Im Städtischen Krankenhause Altona hat man sich von dem günstigen Einfluß des Marmorek-Serums auf chirurgische Tuberkulose, wie ihn neben ausländischen Arbeiten namentlich Veröffentlichungen aus den Kliniken von Hoffa und Sonnenburg rühmten, bei einer Reihe von 14 Fällen nicht überzeugen können. Das Serum wurde bei der meist rektalen Einverleibung — Einspritzungen unter die Haut sind schmerzhaft — zwar gut vertragen, auch besserte sich das Aussehen mißfarbener Granulationen bei einigen Fisteln; entscheidende, dem Serum zuzuschreibende Heilerfolge aber blieben aus, und in zwei schweren Fällen von Knochentuberkulose flackerten während der Behandlung alte Herde wieder auf. Auch eine besondere Hebung des Allgemeinzustandes konnte nicht beobachtet werden. — Nach den Beobachtungen des Ref. ist diese Auffassung durchaus berechtigt; auch halten manche in früheren Veröffentlichungen und Vorstellungen als geheilt vorgeführte Fälle einer schärferen Prüfung nicht stand, wie H. ebenfalls betont.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Amblyopie infolge von Nebenhöhleneiterungen der Nase.** Von L. Réthi. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 19, S. 1065.

2. **Ueber Frühtransplantation bei Verbrennungen des Augenlides.** Von Pfalz. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 19, Seite 823.

3. **Die Jodkalibehandlung der Katarakta inzipiens.** Von v. Pflugk. Med. Klinik, 1908, Nr. 7.

1. Die von Réthi berichteten zwei Fälle veranschaulichen die erfolgreiche Behandlung der Neuritis optika, die im Gefolge einer Siebbeinzelleneiterung entstehen kann und bei Ausräumung des Siebbeinlabyrinths zurückgeht. Besonders eklatant war der Erfolg in dem ersten Falle: Bei einem 39jährigen Manne war durch Neuritis optika das linke Auge fast erblindet, das rechte hatte noch halbe Sehschärfe. Dabei war kein Abszeß oder Oedem der Lider vorhanden. Da Symptome einer Siebbeinzellenerkrankung vorhanden waren, wurde nach Entfernung der mittleren Muschel das eiterdurchtränkte Siebbeinlabyrinth beiderseits ausgeräumt; nach zwei Tagen war die Sehschärfe bereits rechts fast normal, links auf 1/2 gestiegen.

In solchen Fällen ist es therapeutisch von großer Wichtigkeit, auch wenn keine Schwellung der Lider oder analoge Erscheinungen den Verdacht von vornherein auf die Nase lenken, eine rhinogene Fortleitung auf den Optikus in Betracht zu ziehen und auf eine Nebenhöhlenerkrankung der Nase zu fahnden.

2. Alle Verbrennungen der Haut- oder Schleimhautbedeckung der Augenlider oder in deren Umgebung haben bei der Vernarbung leicht Ektropium oder Entropium und Trichiasis im Gefolge, deren operative Beseitigung oft keinen vollen Erfolg hat. Pfalz rät daher, in solchen Fällen nicht die spontane Vernarbung abzuwarten, sondern unmittelbar nach Demarkation des Brandschorfes Deckung der Defekte mit Epidermislappen nach Thiersch vorzunehmen. Die Deckung hat bereits bei Defekten von Erbsengroße, ja am unteren Lide und im inneren Lidwinkel in der Nähe der Tränenpunkte selbst bei kleineren Defekten stets zu erfolgen. Bei Defekten der Schleimhaut muß der groß zu wählende Epidermislappen wie ein einmal zusammengefalteter Briefbogen in die obere oder untere Uebergangsfalte eingenäht und dadurch vor Verschiebung bewahrt werden. Der Zeitpunkt ist recht früh — am vierten bis sechsten Tage nach der Verbrennung — zu wählen; Reste nekrotischen Gewebes sind mit scharfem Löffel zu entfernen.

3. v. Pflugk tritt für die von französischen Ophthalmologen inaugurierte Behandlung des Katarakta inzipiens mit Jodkali ein. Er behandelt beginnende Linsentrübungen mit Jodkaliaugenbädern oder Jodkalieinträufelungen (0,25 : 10,0), bei vorgeschrittenen Fällen macht er subkonjunktivale Einspritzungen von 1%iger Jodkalilösung. Er hat bei dieser Behandlung entweder Besserungen oder ein Stationärbleiben der Trübungen eintreten sehen, eine Verschlechterung erfolgte in keinem Falle. (Länge der Beobachtungsdauer?)

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Ueber Mehle und Mehlfütterungen bei Säuglingen und ihre Beziehungen zum Stoffwechsel.** Von H. Rietschel. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 826.

2. **Ueber einige Fälle von Hirschsprungscher Krankheit im Kindesalter.** Von Kohts. Therap. d. Gegenw., 1908, S. 193.

3. **Ueber die Bedeutung der Seifenstühle im Säuglingsalter.** Von A. Hecht. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 1010.

4. **Ueber die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter.** Von E. Großmann. Ibidem, S. 1012.

5. **Zur Behandlung der hämorrhagischen Diathese beim Neugeborenen.** Von L. Grüneberg. Ibidem, S. 1079.

6. **Zur Röntgendiagnose des Säuglingsskorbuts (Barlowsche Krankheit).** Von Klotz. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1908, April.

1. Der inhaltsreiche Aufsatz von Rietschel sei zum Studium im Original empfohlen. — R. vertritt folgende Anschauungen: Praktisch empfiehlt es sich, im ersten Monat das Mehl noch fortzulassen, da die Erfahrungen hier noch recht geteilt sind, und der Nutzen nicht im Verhältnis zur Gefahr steht, im zweiten Monat aber unbedingt eine 1- bis 2%ige Schleim- oder Mehlabkochung als Zusatz zur Milch anzuwenden, die wir später noch etwas steigern können. Vom sechsten Monat an können Kohlehydrate in Form von Amylum reichlicher gegeben werden. — Die Mehle sind absolut indiziert beim Milchnährschaden (Czerny), bei Kindern, die durch Ueberernährung mit Milch atrophisch geworden sind. Diesen Kindern wird am besten geholfen, wenn man das Fett rigoros aus der Nahrung eliminiert; hier feiert die kohlehydratreiche Nahrung, die Buttermilch, die Malzsuppe, ihre Triumphe; hier sollen stets die Kohlehydrate in zwei Formen verabreicht werden, d. h. es muß diesen Mischungen stets Mehl in mehr oder minder großer Menge zugesetzt werden. — Darreichung reiner Mehlabkochungen (mit oder ohne Zucker) nach einer akuten Verdauungsstörung (Dyspepsie Widerhofers) ist nur für kurze Zeit gestattet (drei bis fünf Tage). Durch längere Mehlfütterung (mit und ohne Zucker) kann dem Säugling erheblicher Schaden zugefügt werden (Mehlnährschaden). Es ist wahrscheinlich, daß durch zu lange einseitige Fütterung von Mehl und Zucker „spezifische" Stoffwechselstörungen entstehen (Störungen im Wasser- und Salzhaushalt), daß also der Mehlnährschaden nicht allein aus dem Fehlen anderer wichtiger Stoffe erklärt werden darf. Die Krankheitstypen des „Mehlnährschadens" sind am besten zu bezeichnen als 1. rein atrophische, 2. atrophisch hydrämische und 3. hypertonische Form. Diese Typen sind indes nicht etwa allein für den Mehlnährschaden charakteristisch, sondern finden sich auch bei anderen schweren Ernährungsstörungen (Zuckerüberfütterung?). Die Hypertonien sind aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zentral bedingt, sondern stellen eigentümliche Quellungszustände der Muskeln dar. Die Prognose des Mehlnährschadens ist schlecht, besonders für die atrophisch-hydrämischen und hypertonischen Formen. Therapeutisch ist die erste Indikation die sofortige Entfernung des Mehls und womöglich Ernährung mit Frauenmilch, zunächst in geringen Mengen, 200 bis 300 g. Gewichtszunahmen lassen oft lange auf sich warten; oft erlebt man zunächst ein beträchtliches Heruntergehen des Gewichts, das mit dem Schwinden des hydrämischen Zustandes zusammenhängt. Man soll ruhig fortfahren, ein solches Kind an der Ammenbrust trinken zu lassen, gleichviel ob es ab- oder zunimmt. Nach einer gewissen Zeit, vielleicht 14 Tagen oder 3 Wochen, vielleicht auch früher, wird ein Moment eintreten, wo sich plötzlich die Kurve hebt und ein vollständiger Ansatz erzielt wird. — Steht Frauenmilch nicht zur Verfügung, so ist Kuhmilch (event. mit Pegnin gelabt) die zweckmäßigste Nahrung; da die Zufuhr der nötigen Menge mitunter erschwert ist, kann man eventuell Vollmilch löffelweise geben

wein getränkten Jodoformgazetampon, welcher noch mit mehrfach zu wechselnden Kataplasmen bedeckt wird. Besonders günstig sind die Erfolge beim phagedänischen Schanker. — Die einfache Trockenbehandlung des Schankers mit Pulvern ist oft schädlich, weil unter dem Pulver häufig Sekretstauung eintritt. Viel besser wirkt die feuchte Behandlung, wozu er am liebsten Kupr. sulfur. 1%ig verwendet.

11. von Nothafft beobachtete eine große Zahl von Fällen einer speziell im Juni bis August in trockenen Jahren auftretenden Juckepidemie, die bedingt ist durch das Festsaugen der Larve des Leptus antumnalis, die 0,25 bis 0,3 mm lang, 0,15 bis 0,2 mm breit und honiggelb bis orangefarben ist. Man findet diese Larven besonders bei Kindern mit zarter Haut auf Schläfen, Hals und Armen. Sie können einfach durch Aufdrücken eines in Benzin getränkten Wattebausches getötet werden. Häufig veranlaßte diese Affektion sekundäre Hautausschläge.

12. Herzfeld beobachtete in einem Fall den foudroyanten Beginn des Karzinoms bei einer Leukoplakie nach wiederholten chirurgischen Eingriffen. Er glaubt, daß der operative Reiz die Entstehung des Krebses auf dem durch die Leukoplakie präparierten Boden rapid entwickelt hat. Er warnt daher vor jeder starken Reizwirkung.

13. Die plastische Induration des Penis, eine spontan auftretende umschriebene Knotenbildung am Korpus kavernosum, die bei Erektion und Ejakulation gelegentlich ein sehr schmerzhaftes Leiden darstellt, findet man häufig im Zusammenhang mit Podagra und Dupuytrenscher Fingerkontraktur. In einem Fall ließen sich arteriosklerotische Veränderungen an den Gefäßen des Knotens nachweisen bei vollständigem Mangel der Sklerose an anderen Gefäßen.

14. Das Teerpräparat Pittylen unterscheidet sich von den bekannten Teerpräparaten durch die völlige Reizlosigkeit und Ungiftigkeit. Es kann daher auch bei subakuten Ekzemen verwendet werden, andrerseits kann es infolge seiner Tiefenwirkung auch die entzündliche Infiltration chronischer Hautkrankheiten zur Resorption bringen.

15. Carboterpin, ein Teerpräparat, das die in Terpinol löslichen Bestandteile des Teers enthält, zeigt gute Wirkung bei Psoriasis. Löst man Teer in Tetrachlorkohlenstoff und läßt aus dieser Lösung den letzteren abdampfen, so erhält man eine Substanz, die Herxheimer Carboneol nennt. Dies ist von allen Teerpräparaten das reizloseste. Allerdings ist es tiefschwarz und beschmutzt die Wäsche. Es läßt sich bei subakuten Ekzemen anwenden.

16. Aus verschiedenen Versuchen folgert Maar, daß die Finsen-Reynlampe imstande ist, im lebenden tierischen Gewebe eine sowohl tiefere als andauerndere Reaktion hervorzubringen als die Kromayersche Lampe und dieser deshalb stets vorzuziehen ist, wenn man eine Wirkung wünscht, die diese Eigenschaften besitzt. Die Tiefenwirkung wird nicht durch die Anwendung des blauen Lichtes verstärkt; im Gegenteil. Wünscht man dagegen eine kräftige Oberflächenwirkung, so wird sich die Kromayersche Lampe mit Vorteil verwenden lassen. Man darf aber nicht vergessen, daß die Bestrahlung mit derselben später stundenlang heftige Schmerzen und sehr leicht Nekrose mit darauffolgenden verunstaltenden Narben verursacht.

17. Napp empfiehlt die von Lenzman inaugurierte Luestherapie mit intravenösen Chinininjektionen, die sämtliche Erscheinungen beseitigen, ohne daß lokale Behandlung nötig ist. Er glaubt, auf die von Lenzmann gleichzeitig mit den intravenösen Injektionen gegebenen intramuskulären Injektionen von Chinin. nukleinikum verzichten zu können.

18. Zeißl hat gute Erfolge bei Rosazea erzielt durch zweimal tägliches Bestreichen der erkrankten Stellen mit unverdünntem Eisenchlorid. Nach vier bis fünf Tagen bildet sich eine dicke Kruste. Man hört dann mit dem Pinseln auf und wartet, bis die Kruste von selbst abfällt. Sobald die Entzündung vorbei ist, muß man wieder beginnen. Die Behandlung dauert drei bis vier Monate. Die geschlängelten Blutgefäße verschwinden oft gänzlich.

Militärmedizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Die Erkrankungen und Verletzungen der Bauchspeicheldrüse in der Armee von 1894 bis 1904.** Von Dr. Strauß, Oberarzt im 2. Lothr. Feldartill.-Regt. Nr. 34 in Metz. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, H. 8, S. 329.

2. **Die Orthoröntgenographie Gemeingut der Lazarette.** Von Oberstabsarzt Dr. Gillet-Berlin. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 7, 5. April, S. 281.

3. **Taktik des Truppensanitätsdienstes auf dem Schlachtfelde.** Von Löffler, Major im Kgl. Sächsischen Generalstabe. (2. Aufl. Berlin 1907. Mittler & Sohn.) Der Militärarzt, 1908, Nr. 7, 10. April, S. 111, Referat.

4. **Geisteskrankenstationen in den Garnisonlazaretten.** Ibid., S. 363, Mitteilungen.

1. Nach Leichtenstern und Lenhartz spotten die Pankreaserkrankungen der Diagnose. Demgegenüber hat Str. festgestellt, daß die von 1894 bis 1904 in der Armee vorgekommenen Fälle mehrfach diagnostiziert worden sind. Wir erwähnen kurz alle, weil sie, auch abgesehen hiervon, wertvolle Beiträge zur Pankreasforschung überhaupt liefern. Es wurden Pankreaszysten fünfmal beobachtet und immer richtig diagnostiziert. Drei von den Kranken verweigerten die Operation, zwei wurden chirurgisch erfolgreich behandelt. Pankreaskarzinom wurde bei sieben Soldaten festgestellt, zweimal war es auf das Pankreas beschränkt, sonst hatte es auf Leber, Magen, Duodenum und Oesophagus, einmal sogar auf die linke Niere und Hoden übergegriffen. Pankreasentzündung gelang es Str. einmal bei einem Kanonier in Metz zu diagnostizieren und zwar auf folgenden Befund hin: es bestanden unerträgliche Schmerzen in der linken Bauchseite, hohes Fieber, hochgradige Abmagerung und Zuckerausscheidung. Letztere verschwand nach sechs Tagen, das Fieber sank, die Abmagerung bestand jedoch weiter, nur später trat wieder eine geringe Gewichtszunahme ein. Ausschlaggebend für die Diagnose waren die hochgradigen, durch Morphium nicht zu beeinflussenden lokalisierten Schmerzen, die rapide Abmagerung und die Zuckerausscheidung. Hämorrhagische Pankreatitis wurde zweimal beobachtet und durch Laparotomie nicht geheilt. Einmal kam chronische interstitielle Pankreatitis vor. In einem Falle ausgedehnter Tuberkulose fast aller Baucheingeweide wurde auch das Pankreas von zahlreichen miliaren Knötchen durchsetzt gefunden. Bei drei Sektionen ergab sich eine schwerere Schädigung des Pankreas durch Magen- bezw. Duodenalgeschwüre. In einem dieser Fälle, in welchem eine erfolglose Laparotomie gemacht worden war, wurde zwar keine Perforation des Geschwürs gefunden, wohl aber hatte dieses einen abgekapselten, mit dem Pankreas verwachsenen Abszeß verursacht, ein zweites Mal hatte ein Magengeschwür auf das Pankreas übergegriffen und dessen Schlagader eröffnet, ein drittes Mal griff das Geschwür 2 cm in das Pankreas hinein. Echinokokkus saß einmal im Pankreaskopf. Pankreasverletzungen fanden sich dreimal, und zwar handelte es sich alle dreimal um den höchst seltenen Fall einer isolierten Bauchspeicheldrüsenverletzung. Zwei Fälle endeten tödlich, einer wurde gerettet, operiert wurde in sämtlichen Fällen. Die äußerst schwierige Diagnose einer solchen isolierten Verletzung wurde hier, wie es scheint zum ersten Mal, durch Stabsarzt Blecher gestellt, der aus dem Umstande, daß eine nach den Symptomen anzunehmende, langsam verlaufende innere Blutung infolge eines Huftritts gegen die Magengrube nicht in die Bauchhöhle erfolgt war und der Sitz der Dämpfung zwischen Magen und Kolon lag, auf das Pankreas als Ausgangspunkt dieser Blutung schloß, was durch die glücklich verlaufene Operation bestätigt wurde. Das Genauere, namentlich auch über weitere Fingerzeige für die Diagnose in ähnlichen Fällen, muß im Original nachgelesen werden. In einem Diabetesfall wurde bei der Sektion das Pankreas stark atrophiert gefunden. Am Schlusse der interessanten Arbeit finden sich Literaturangaben.

2. Bei der Größenbestimmung des Herzens eine genaue, unmittelbare Begrenzung des Organs zu machen, ermöglicht allein die Röntgenologie, doch ist die Methode an einen kostspieligen Apparat, den Orthoröntgenographen, gebunden. Mit Rücksicht hierauf hat Gillet ein derartiges Instrument konstruiert, das sich

bei geringen Kosten mit Hilfe der jedem mittleren Lazarett zu Gebote stehenden technischen Mittel herstellen läßt und allen Anforderungen genügt. Die gewerbsmäßige Herstellung dieses Gilletschen Orthoröntgenographen ist patentamtlich geschützt, die Selbstanfertigung zum eigenen Gebrauch, insbesondere für wissenschaftliche Zwecke, dagegen erlaubt. Die gesamten Herstellungskosten, abgerechnet Röntgenröhre und Fluoreszenzschirm, betragen etwa 50 M. Wegen der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

3. Die vorliegende zweite Auflage der Löfflerschen Taktik des Truppensanitätsdienstes auf dem Schlachtfelde berücksichtigt die infolge der neuen Kriegssanitätsordnung von 1907 eingetretenen organisatorischen Veränderungen und bringt den Sanitätsdienst im Felde an zwei Gefechtsbeispielen zur Darstellung. Daran werden neue Ansichten und Vorschläge geknüpft.

4. Bisher war es Vorschrift, daß Geisteskranke in den Garnisonlazaretten nur beobachtet und nach Feststellung ihrer Krankheit Zivilirrenanstalten überwiesen wurden, weil die dauernde Unterbringung und Behandlung Geisteskranker in den Lazaretten Einrichtungen erfordert, die in diesen nicht vorhanden und nicht erforderlich waren, weil Geisteskrankheit vom Militärdienst ausschließt und das hierauf abzielende Verfahren zur Entlassung des betr. Kranken alsbald eingeleitet wurde. Immerhin waren hiermit Weiterungen verbunden, auch war das Verfahren nicht frei von Nachteilen für die Kranken selbst. Im Interesse einer besseren Fursorge für diese ist jetzt im Februar d. Js. im Garnisonlazarett Posen in einem besonderen Neubau eine Geisteskrankenstation eröffnet worden, die von einem in der Psychiatrie spezialistisch ausgebildeten Sanitätsoffizier geleitet wird. Sie ist zur Aufnahme, Beobachtung und Behandlung Kranker aus den Bezirken des I., II., V., VI. und XVII. Armeekorps bestimmt. Inzwischen werden die Geisteskrankenstuben in den anderen Garnisonlazaretten weiter ausgestaltet und Geisteskrankenstationen bei dem Garnisonlazarett Straßburg i. E. und bei dem neuen Garnisonlazarett Magdeburg errichtet.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Pulmoform.** Von Dr. Linke. Therapeut. Neuigkeiten, 1908, Mai.
2. **Leicht lösliche Sublimatpastillen.** Von Dr. Boshouwers. Ibidem.
3. **Hageen und Merkalator, zwei Neuheiten der Syphilistherapie.** Von Apotheker Bruhn. Ibidem.
4. **Alcuentum, eine neue Alkoholquecksilbersalbe.** Von Dr. Kaiser. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 21.
5. **Ueber die intramuskuläre Anwendung eines neuen arsen- und phosphorhaltigen Eisenpräparates.** Von Dr. Schramm. Med. Klinik, 1908, Nr. 18.
6. **Ueber Wismutsubnitrat und dessen Wirkung.** Mitteilung aus der Chem. Fabr. von Bonz & Sohn (Böblingen). Allg. med. Zentralzeitg., 1908, Nr. 18.

1. Ueber die günstigen Wirkungen des Pneumins der Chemischen Fabrik Speier & von Karzer wurde erst kürzlich in dieser Zeitschrift referiert. Dieses Präparat wird durch Einwirken von Formaldehyd auf Kreosot gewonnen, und da lag der Gedanke nahe, durch Ersatz des Kreosots ein Seitenstück zu dem genannten Präparat zu bilden, durch Einwirkung von Formaldehyd auf Guajakol ein Parallelmittel zum Pneumin zu gewinnen, welches im Pulmoform vorliegt. Dieses ist ein gelbliches Pulver, dem fast dieselben Eigenschaften zukommen wie dem Pneumin; doch zeichnet es sich vor diesem durch seine völlige Geruch- und Geschmacklosigkeit aus und ätzt auch bei größten Dosen niemals. L. beobachtete, daß es lieber genommen wurde als Pneumin. Auch ist Pulmoform wesentlich billiger als sein Schwesterpräparat; es kosten 10 g 1,55 M. Die zur Fabrikation berechtigte Firma, Dr. Laboschin, Viktoriaapotheke, Berlin S.W., gibt das Pulmoform auch in Tabletten zu 0,5 g ab zum Preise von 4 M. für 50 Stück.

2. Schon mancher Arzt wird die Langsamkeit beklagt haben, mit welcher sich die bekannten roten Angererschen Sublimatpastillen in Wasser lösen. Soll die Sache beschleunigt werden, bleibt meist nichts anderes übrig, als die Pastille mit den Fingern zu zerdrücken, wovon diese dann gewöhnlich für einige Tage eine Erinnerung zurückbehalten. Nach einer Mitteilung B.s haftet dieser Uebelstand den graublauen Pastillen der Firma Burroughs, Wellcome Co. nicht an. B. hat seit zwei Jahren diese Sublimatpastillen im Gebrauch und war imstande, in ³/₄ Minute in 20 ccm kalten Wassers (ein gewöhnliches Reagenzglas voll) eine Pastille zu 0,5 g völlig aufzulösen. 100 Stück solcher Tabletten kosten 1,35 M.

3. B. berichtet über zwei neue Antisyphilitika, Hageen und Merkalator. Ueber das erstere und seine guten Erfolge habe ich schon an dieser Stelle referiert; ich begnüge mich deshalb mit dem Hinweis auf dieses neue Präparat, das vor dem Unguentum cinereum den nicht zu unterschätzenden Vorteil besitzt, daß es an die Wäsche keine Farbe abgibt, vorausgesetzt, daß die Einreibung nach Vorschrift vollendet wurde, d. h. die Haut sich nicht mehr klebrig, sondern nur noch feucht anfühlt. Unter dem Namen Merkalator ist eine neue Maske in den Handel gebracht worden, die zur Quecksilberinhalationskur dienen soll. Sie wird von der bekannten Firma Beiersdorf-Hamburg nach Angaben von Prof. Kromayer hergestellt. Wenn die Inunktion wirklich weiter nichts bedeutet, als die Vorbereitung zur Inhalation des Quecksilbers durch Mund und Nase, so ist es naheliegend, das Quecksilber in einfacher Weise an die Atmungsorgane zu bringen, und durch die Kromayersche Methode wird die Quecksilberkur sehr vereinfacht, wird diskret, sauber und billig in die Wege geleitet. Der Merkalator hat die Form einer Drahtglocke von etwa Faustgröße, die durch Biegen jeder Gesichtsform angepaßt werden kann und Mund und Nase völlig bedecken soll. In dieser Lage wird sie nach Art einer Schnurrbartbinde durch zwei Bänder fixiert. Das Drahtgestell ist mit einer doppelten Gewebsschicht bespannt, die imprägniert, 8 g metallisches Quecksilber in feinster Verteilung enthält. Nach zehntägiger Benutzung ist die Wirkung der Maske, die natürlich nur nachts getragen werden kann, erschöpft. Zu einer Vollkur sind drei bis vier Masken notwendig. Professor Kromayer hat bei etwa 160 Fällen die Merkalatormaske angewendet. Nach seinen Beobachtungen tritt die Quecksilberwirkung rascher ein als bei der Schmierkur und ist ebenso sicher und erfolgreich. Der Preis einer Maske beträgt 2 M.

4. Ueber ein anderes Quecksilberpräparat berichtet K., das er mit gutem Erfolge in mehreren Fällen angewendet hat. Es ist das eine neue Alkoholquecksilbersalbe namens Alcuentum. K. hebt als Vorteil gegenüber der grauen Salbe hervor, daß er nach Anwendung des neuen Präparats nie Reizerscheinungen, Pusteln oder Ekzeme bemerkte. Er schiebt dies auf den Alkoholgehalt der Salbe und darauf, daß das Alcuentum Hydrargyri in drei bis fünf Minuten völlig und feinstens in die Haut verrieben ist. Die Salbe soll auch die Leibwäsche nicht beschmutzen. Ob die Abkürzung der Einreibungsprozedur, wie K. meint, wirklich ein Vorteil ist, möge dahingestellt sein. Denn gerade in der intensiven Inunktion in Verbindung mit Inhalation sehen die Autoren die vortreffliche Wirkung der grauen Salbe. Immerhin mag die 33¹/₃% Hg enthaltende Salbe Alcuentum Hydrargyri zu weiteren Versuchen als Ersatz der schmierigen Hg-Fettsalbe empfohlen werden.

5. Um die Verdauungsstörungen, die häufig durch Eisenpräparate hervorgerufen werden, zu vermeiden, wurde Nukleogen, das bekannte arsen- und phosphorhaltige Eisenpräparat, von dem chemischen Laboratorium Rosenberg-Berlin steril in zugeschmolzenen Phiolen in den Handel gebracht. Bei 76 Fällen hat Sch. damit intramuskuläre Injektionen gemacht und äußert sich über den Erfolg sehr befriedigt. Der Inhalt einer Phiole reicht für eine einmalige Injektion bei Erwachsenen; Kindern injiziert man die Hälfte jeden zweiten Tag. Sch. verwendete das Präparat bei Personen von 4 bis 50 Jahren, und zwar bei Chlorose, Anämie, Skrofulose, Tuberkulose, allgemeinen Ernährungsstörungen sowie neurasthenischen Beschwerden und Chorea. Die Einspritzungen

wurden jeden zweiten Tag mit einer 2 g fassenden Rekordspritze gemacht. Die erste Injektion war stets sehr schmerzhaft, rief auch lokale und Allgemeinerscheinungen (Temperaturanstiege, Abgeschlagenheit, Schwindel) hervor. Sie wurden am besten überwunden, wenn man die Einspritzungen auf Rücken oder Gesäß vornahm. Jede weitere Injektion soll in nächster Nähe der vorhergehenden, höchstens drei Querfinger breit von ihr gemacht werden. Bei zu erheblicher Schmerzhaftigkeit soll man drei Tage warten. Es wurden durchschnittlich 30 Einspritzungen gemacht. Der Erfolg zeigte sich in Steigerung des Hämoglobingehalts, Zunahme des Körpergewichts und des allgemeinen Wohlbefindens. Trotz einiger Unbequemlichkeiten hält Sch. doch die Vorteile dieser Behandlung mit Nukleogen für so groß, daß er sie sehr empfiehlt.

6. Auch für ärztliche Kreise dürften die Versuche interessant sein, welche die chemische Fabrik von Bonz & Sohn (Böblingen) über die Wirkung des Wismutsubnitrat angestellt hat. Daraus geht hervor, daß geringe Mengen von Wismutsubnitrat (2 ‰) die Milchsäurebildun gaus Kohlehydraten (Milchzucker) in neutralen oder mit sehr wenig Salzsäure (0,075 ‰) versetzten Lösungen völlig verhinderten, bei Zusatz von wenig mehr Salzsäure (0,15 ‰) aber nicht mehr sehr merklich beeinträchtigten. Eiweißlösungen, verdünnt mit gleichem Volumen Wasser, gingen nicht in Fäulnis über — bei wochenlangem Erwärmen auf 40° —, wenn 3,3 ‰ Wismutsubnitrat hinzugesetzt war. Wurden solche Eiweißlösungen schwach angesäuert, so wirkte Wismutsubnitrat auf die Milchsäurebildung zwar nicht hemmend ein; die später auftretende Fäulnis wurde aber durch jenes völlig verhindert. Den Umstand, daß Wismutsubnitrat in Fällen, wo es an Salzsäure fehlt, die Milchsäurebildung völlig verhindert, halten die Verfasser für bedeutungsvoll in therapeutischer Beziehung. Sie weisen darauf hin, daß Falkenstein (Wien. klin.-therap. Wochenschr., 1904) die Gichtanfälle von Dyspepsien eingeleitet annimmt, die durch Mangel an Salzsäure entstehen, und daß ferner Cohn (Hammarsten, Lehrb. d. phys. Chemie, S. 372) sagt, daß bei Anwesenheit von mehr als 0,7 ‰ Salzsäure bei der Verdauung keine Milchsäurebildung mehr stattfinden könne. Wenn man dazu in Betracht zieht, daß Wiener die Möglichkeit der Harnsäurebildung im Körper mittels Milchsäure bewiesen hat und Burian die Mitwirkung dieser Säure bei Entstehung der Harnsäure zugibt, so dürfte bei Neigung zu gichtischen Anfällen infolge mangelnder Salzsäurebildung die prophylaktische Wirkung von Wismutsubnitratgaben nicht als absurd zu bezeichnen sein. Da die Gegenwart von Wismutsubnitrat in größerer Menge die Lösung von geronnenem Eiweiß durch Pepsin und Salzsäure beeinträchtigt, ist es angebracht, besonders bei fortgesetzten Gaben des Präparats, dasselbe nur in kleinen Mengen zu verabreichen.

Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer Instrumententisch mit trapezförmiger Platte.

Oberstabsarzt Dr. Geißler in Neu-Ruppin hat einen neuen Instrumententisch angegeben, welcher von der Firma Georg Haertel in Breslau angefertigt wird. Der Tisch zeichnet sich dadurch vor den bisher üblichen Tischen aus, daß er eine trapezförmige Platte besitzt. Der Autor hatte es bei gynäkologischen Operationen besonders lästig empfunden, namentlich bei Beckenhochlagerung, daß man den Instrumententisch nicht bis an das Operationsfeld heranschieben kann, um auf denselben die Instrumente legen zu können. Es wurden die bald wieder zu brauchenden Instrumente in der Eile oft auf die mit sterilen Tüchern bedeckten Schenkel der Patienten gelegt. Allein dies hat seine großen Nachteile, und die Asepsis kann nur zu leicht arg gefährdet werden. Man hat nun bisher Instrumententische mit rechteckiger Platte, welche man über den Kranken hinweg schieben kann, allein wenn diese rechteckige Platte über die Brust des Kranken und auch wenn sie von den Beinen her in die Nähe des Operationsfeldes geschoben wird, so stört sie den Operateur oder Assistenten ganz bedeutend. Die Tafel des neuen Tisches ist trapezförmig und mit der breiteren Seite am Ständer festgemacht, während die schmalere Seite entgegengesetzt zu liegen kommt. Man kann also den Tisch von den Beinen her bequem zwischen die Schenkel schieben und dadurch bis in die nächste Nähe des Operationsfeldes gelangen. Die Tafel hat die Größe von 40 cm und 28 cm, während die vordere Seite des Trapezes etwas abgerundet ist. Die Höhe des Trapezes ist 40 cm. Die Ränder sind 1 cm nach oben aufgebogen. Als Untergestell ist das vom Kocherschen Verbandtisch her bekannte dreifüßige verwendet, dessen langer dritter Fuß unter jeden Operationstisch geschoben werden kann, ohne hinderlich zu sein. Durch das Einschieben der Tischplatte zwischen die Beine wird dem Operateur wie den Assistenten eine sehr gute Gelegenheit gegeben, die Tupfer und Instrumente rasch einmal beiseite legen zu können und dabei doch eine einwandfreie sterile Unterlage für dieselben zu haben. Man bedeckt die Tischplatte natürlich mit einem sterilen Tuche, auf welches erst die Instrumente zu liegen kommen. Dieser überaus praktische Tisch kann event. eine Instrumentenschwester gut ersetzen. Man legt sich vor Beginn der Operation alle zu verwendenden Instrumente auf dem Tische zurecht und muß während der Operation nur immer peinlich darauf achten, daß man die einmal gebrauchten Instrumente immer wieder an den bestimmten Platz auf der Tischplatte zurücklegt. Man findet sie dann immer rasch wieder und kann eine zureichende Person entbehren. Deshalb hat Verf. diesem Tische den Namen „stumme Schwester“ gegeben. Die Tischplatte kann natürlich hoch und niedrig verstellt werden, und man kann den Tisch auch zu anderen Zwecken im Sprechzimmer, z. B. zum Daraufstellen der Lampe bei Spiegeluntersuchungen verwenden. So ist dieser Tisch ein recht brauchbares Instrument für den Arzt geworden, das wohl verdient, allgemein beachtet zu werden.

W. B. Müller, Berlin.

Selbsttätgier Zimmerluftbefeuchter „Sanitas“.

Es ist eine häufige Klage namentlich solcher Personen, welche asthmatische Anfälle oder sonstwie schwache oder erkrankte Atmungsorgane haben, daß die Luft in den Wohnräumen oder Arbeitsstätten zu trocken sei. Dieser Umstand, daß durch Heizanlagen erwärmte Luft einen sehr geringen Feuchtigkeitsgehalt aufweist, ist eine lästige Beigabe zu den meisten modernen Heizungsanlagen. Leider muß man konstatieren, daß ein sehr großer Teil aller Menschen an einer Affektion der Lungen, Bronchien, des Kehlkopfes oder der Nase und der Rachenorgane leidet, und diese Personen können ganz trockene Luft absolut nicht vertragen. Ein großer Teil der Menschen ist auch bloß an feuchte Luft gewöhnt und fühlt sich nicht so wohl, wenn er nicht in der gewöhnten, einen bestimmten Feuchtigkeitsgehalt aufweisenden Luft leben kann. So ist man gezwungen, die Luft namentlich in Arbeitsräumen, in Schlaf-, Wohn- und Krankenzimmern immer auf einem bestimmten Feuchtigkeitsgehalt zu erhalten. Die Heizungsanlagen, welche die direkte Verbrennung im Zimmer vermeiden, also durch geschlossene Anlagen Wärme zuführen, haben entgegen den alten Kaminen den Nachteil, daß sie erstens nicht ventilieren, zweitens der Luft keine Feuchtigkeit in Gestalt von Wasserdampf zuführen, sondern den normalerweise in der Luft befindlichen Wassergehalt noch vermindern, die Luft trocknen. So muß man in allen Räumen, wo Dampfheizung oder gewisse Oefen vorhanden sind, noch dafür sorgen, daß der Luft ein bestimmter Feuchtigkeitsgehalt zugeführt wird. Dies kann man erreichen, indem man in einem Gefäß Wasser kocht oder verdunsten läßt. Das ist aber eine unpraktische und mit vielen Mängeln behaftete Methode. Von Conrad Krell in Wiesbaden ist ein Zimmerluftbefeuchter angegeben worden, welcher leicht dem Uebelstande zu trockener Luft abhilft. Dieser Apparat heißt „Sanitas“ und kostet 7 bis 15 Mark, je nach Größe und Ausstattung. Er ist folgendermaßen gebaut. Er besteht aus einem runden oder langgestreckten Gefäß, in welches Wasser gegossen wird, und an dessen Rand eine Anzahl von sogen. Saugzellen angebracht ist, welche in das

Wasser mit einem Ende tauchen. Diese Saugzellen sind scheibenförmige, ovale Gebilde mit einem hakenförmig gebogenen Schnabel an einer Seite, mit welchem sie in das Wasser tauchen und am Rand des Gefäßes aufgehängt sind. Stellt man den Apparat auf einen Heizkörper, Gas- oder sonstigen Ofen und streicht die warme Luft durch die Saugzellen, so verdunstet das Wasser in den Saugzellen fortgesetzt, und es wird immer wieder Wasser aus dem Bassin in die Saugzellen nachgesaugt. Hierbei kommt hauptsächlich in Betracht, daß die Befeuchtung der Saugzellen von oben nach unten erfolgt, da das Wasser durch seine eigene Schwere naturgemäß nach unten fällt und hierdurch eine heberartige Zirkulation hervorruft, durch welche eine ununterbrochene, selbsttätige Befeuchtung der Zellen stattfindet. So versorgt der Apparat die Luft gut mit Wasserdämpfen und ist für viele Räume, wie Post-, Gerichts-, Bank-, Militär- und Verwaltungsgebäude besonders geeignet, ebenso auch unentbehrlich für Sanatorien, Krankenhäuser, Lazarette und Schulen. Dazu ist er ein Apparat, welcher wenig Raum wegnimmt, leicht zu bedienen ist und nicht häßlich aussieht.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. Von Craemer. Heft 2: Die Einwirkung der Genußmittel auf den menschlichen Organismus, speziell auf die Verdauungsorgane. München 1907. Lehmann.

Verf. hat im Verdauungsschrank und am Menschen eine große Reihe von Versuchen über die im Titel angedeuteten Themata gemacht und ist zu dem Ergebnis gekommen, daß das Nikotin ein völlig überflüssiges Genußmittel ist — Ref. möchte daraus schließen, daß der Verf. als Nichtraucher die Lichtseiten des Tabaks nicht kennen gelernt oder aus eigener Intoleranz zu diesem Verdammungsurteil gekommen ist —; er ist der Meinung, daß „die Aerzte“ die Nikotinschäden nicht genau genug kennen, allerdings ohne den Beweis hierfür zu bringen. Zustimmen wird jeder Praktiker dem Satz, daß der Mißbrauch von Nikotin, Tee und Kaffee die Magen-Darmfunktionen schwer schädigt; ja, aber eben wirklich nur der Mißbrauch. Ref., der ebenfalls naturgemäß als Spezialist auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten diesen Dingen eine dauernde Aufmerksamkeit schenken muß, ist der Meinung, daß mäßiges Rauchen an sich noch keinen Menschen verdauungskrank gemacht hat, daß es andererseits aber sicher Menschen gibt, die eine gewisse Intoleranz gegen Nikotin haben, daß diese aber ebensogut unter Verdauungsgesunden wie -kranken zu finden sind; er ist der theoretischen und aus der Theorie in die Praxis mit Erfolg umgesetzten Meinung, daß es keine einzige Magen- oder Darmkrankheit gibt, welche veranlaßt, dem Patienten das Rauchen funditus zu verbieten; die meisten werden es ja von selbst lassen, weil ihre Geschmacksorgane — sagen wir mal: parästhetisch sind. Negiert man so absolut, wird man übrigens oft hintergangen; Anempfehlung der Mäßigkeit führt hier wie auf dem Gebiet des usus und abusus des Alkohols praktisch viel weiter.

Der Satz, „eine der Hauptursachen der Arteriosklerose scheint übermäßiges Rauchen zu sein“, ist doch zu wenig gestützt, um erfolgreich als Waffe gebraucht werden zu können. Pickardt.

Ueber klinische Prognose. Auf Grundlage der Antrittsvorlesung usw. für den praktischen Arzt bearbeitet von Prof. Dr. Norbert Ortner. Wien und Leipzig 1908. Wilhelm Braumuller. Groß 8⁰. 101 S.

Eine richtige Prognose zu stellen, ist eine der schwierigsten, wenn nicht die schwierigste Aufgabe der praktischen Medizin, deren annähernd richtige Lösung ebenso reiche theoretische Kenntnisse wie praktische Erfahrung voraussetzt. Ueber beide verfügt der Autor in seltenem Maße, und man muß ihm Dank wissen, daß er sein Können und Wissen zu einer Uebersicht über den jetzigen Stand der Prognostik zusammengetragen hat. Das „Ignoramus“ ist freilich nur zu oft in die Zeilen verwoben! — Bei der Prognostik der Pneumonie ist mir aufgefallen, daß des Schweißes in den Achselhöhlen, auf der Stirn, der freilich oft wenig bemerkbar ist, nicht gedacht ist; fühlt man ihn, so kann man die Krisis ohne Thermometer diagnostizieren, was für die Prognose natürlich wesentlich ist. Namentlich bei Kindern ist dieser leichte Schweiß ein durchaus sicheres Zeichen. — Dem Praktiker gibt das Buch reichlich Anregung, seine Erfahrungen zu rekapitulieren, zu rubrizieren, zu ergänzen und auszubauen. Lungwitz-Berlin.

ALLGEMEINES.

Nordseebad Borkum. Illustrierter Führer mit Ortsplan und Inselkarte. Jahrgang 1908. Alljährlich gibt die Borkumer Badedirektion den vorliegenden, handlichen Führer, der von ihr kostenlos verabfolgt wird, neu heraus; der diesjährige ist soeben erschienen. Er enthält in gedrängter und übersichtlicher Form alles Wissenswerte über das Bad und die Insel, wie auch Ratschläge für die Reise und kann allen, die zum Zweck der Orientierung über eins unserer bedeutendsten Nordseebäder das Wesentlichste erfahren wollen, bestens empfohlen werden. Das reich illustrierte und elegant ausgestattete 56 Seiten starke Heft erhebt sich weit über die landläufigen Badeprospekte; unter anderm wird in dem sehr lesenswerten Kapitel „Seeluft und Seebad“ die Bedeutung der Nordseebäder als klimatische Kurorte und Badeorte auf wissenschaftlicher Basis eingehend begründet und sowohl die Seeluft wie auch das Seebad als hervorragende Kurmittel nachgewiesen, die entweder einzeln für sich oder beide vereint zur Anwendung zu bringen sind. Interessant ist die Bemerkung, daß Borkum mit zu den sonnenscheinreichsten Gebieten Deutschlands gehört, wie sich aus mehrjährigen Aufzeichnungen mittels eines Heliographen ergeben hat. Im Vorwort wird darauf aufmerksam gemacht, daß der Anfang der Saison, speziell der Monat Juni, sich in hervorragendem Maße zu einem Aufenthalt an der Nordsee eignet; ähnliches gilt für die Herbstmonate. Unter den zahlreichen Illustrationen findet sich neben den Darstellungen über das Bad und seine Einrichtungen mancherlei, was Anspruch auf allgemeines Interesse hat, z. B. die lebendigen Bildchen über das Rettungswesen zur See, die hochinteressante Vogelkolonie, Leuchttürme, Seehundsjagd, ferner See- und Strandbilder. Ein 84 Seiten starker Anhang, unter anderem enthaltend Einwohnerverzeichnis, Literatur über das Bad und die Insel, Reisewege, gibt vielerlei praktisch verwendbare Winke und Auskünfte. Die Bedeutung des seit mehr als 50 Jahren bestehenden Bades geht aus der hohen Besucherzahl hervor, nämlich über 20000 in den letzten Jahren; eine statistische Uebersicht der Frequenz zeigt ein Wachstum in den verflossenen drei Jahrzehnten auf mehr als das achtzehnfache. Der textlich wie illustrativ interessante Führer dürfte bei Erörterung der Reisepläne für den Sommer mit Gewinn zu Rate zu ziehen sein.

Bad Pyrmont. Die Zahl der Kurgäste betrug am 16. Mai 1908 863 Personen.

Hamburg. Das Medizinalkollegium des hamburgischen Staates hat unter dem 21. März eine Warnung vor dem Augenheilmittel „Augenwol“ der Augenwolgesellschaft in Berlin erlassen. Es heißt darin: „In einer Apotheke zubereitet, würde das Fläschchen ‚Augenwol‘ mit 50 ccm Inhalt nach der Arzneitaxe etwa 1 M. bis 1,25 M. kosten, während der Preis bei der ‚Firma‘ 3 M. beträgt. Die dem Mittel und seiner Einreibung prahlerischerweise beigelegten Wirkungen kann es keinesfalls besitzen.“

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 14. Juni 1908. Nr. 24.

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Ist die individuelle Lebensgrenze nach oben hin künstlich verrückbar?

Vorschläge zur experimentellen Inangriffnahme der Lösung dieser Frage.

Von Dr. **Tranjen**, Divisionsarzt in Plewna (Bulgarien).

(Schluß.)

Gehen wir nun zur Betrachtung der Erscheinungen der letzten Lebensphase über — der Phase des Ablebens. der Phase des Altwerdens, des natürlichen Sterbens.

Da sehen wir, was aus Geschöpfen werden kann, wenn sie für die Natur nicht mehr von Interesse sind! Hier zeigt sich uns die Natur unverhüllt in ihrer vollen Grausamkeit, in der vollen Mißachtung des einzelnen: „Das Individuum hat die Erhaltung der Art besorgt; das Individuum kann gehen." Wie es gehen, wie es von der Lebensbühne verschwinden, wie es seinen Rückzug vom Schlachtfelde des „Kampfes ums Dasein" bewerkstelligen soll, diese Fragen gehen die Natur gar nichts an.

Schrecklich sind die Verheerungen, die diese Phase im Körper und in dem Geiste des Individuums anrichtet. Jeder Tag bringt neue Leiden! Schleichend beginnt die ärgerliche Presbyopie und Schwerhörigkeit. In immer rascher werdendem Tempo stellt sich allgemeines Schwächegefühl, das nach Ruhe verlangt, ohne restaurierenden gesunden Schlaf ein; Atonie, alle möglichen Arten von Atrophie, die zu den häßlichen Deformitäten führen, und zur Abwechslung noch unangenehmere Hypertrophien. Eine Schar von Krankheiten, für die das höhere Alter besonders disponiert, kommen herangestürmt: die Gicht, die verschiedensten Katarrhe der Schleimhäute und die deprimierende Impotenz. Dann die grausamen, schmerzvollen, bösartigen Neoplasmen und die alle Lebenslust raubende atheromatöse Gefäßdegeneration mit dem blauen Asthma und blasser Angina usw. bis ins Unendliche! Alle diese Leiden führen das Individuum endlich dahin. daß es anfängt, sich nach dem Tode zu sehnen, seine völlige Auflösung als eine Erlösung begrüßend. Die conditio sine qua non des Lebens, der Erhaltungstrieb, den die Natur allen ihren Lebewesen so sorglich anzüchtete, kann in dieser Lebensphase sich in das Gegenteil, in die Lebensvernichtung umkehren. Und ein solcher Zustand dauert Jahrzehnte, kann sich aber auch über ein Jahrhundert hinziehen! Wo ist nun die Logik in dieser Lebensphase? Was und wem nützen diese unzähligen Leiden des Individuums? Um darauf zu antworten. müssen wir etwas näher das Evolutionslaboratorium der Natur. wenn ich mich so ausdrücken darf, in Augenschein nehmen. Da werden wir die Instrumente, die Technik der Evolution, soweit uns dies zugänglich ist, kennen lernen, um dann auch die Erscheinungen des Alterns, des natürlichen Todes uns erklären zu können. Wie oben gesagt, ist der Tod des mehrzelligen Individuums nicht als Folge der Unmöglichkeit. mit den vorhandenen Mitteln potentiell unsterbliche Tiere zu schaffen, sondern als für die Vorwärtsbewegung der Evolution unumgängliche Bedingung zu betrachten. Hierauf möchte ich etwas näher eingehen.

Die Entwicklungsgeschichte belehrt uns. daß dank der unzähligen Vielheit in den Lebensbedingungen in der Natur ein ewiger Variierungstrieb überall tätig ist. so daß nicht zwei Staubkörnchen von absoluter Gleichheit aufzufinden sind.

Wenn nun ein Lebewesen mit irgendwelcher es anpassungsfähiger machenden Variation erscheint, so überlebt es zuchtwählerisch die anderen Individuen und überträgt bei seiner Vermehrung diese seine Eigentümlichkeit auf die Nachkommen: es vererbt. In einer gewissen Reihe von Generationen werden nun solche vervollkommneten Individuen zum feststehenden Typus. So geht es weiter und immer weiter bis ins Grenzenlose. Mit dem Begriffe der Evolution sind Sprünge unvereinbar. Die Entwicklung geht allmählich. Schritt für Schritt. ohne zu springen. vor sich. Bei einer blinden Tierart kann sich plötzlich kein Exemplar mit einem hochkompliziert organisierten Auge als Variation einstellen. Das Auge entwickelte sich ganz allmählich. von Stufe zu Stufe. bis zu seiner Vollkommenheit, wie es Ernst Haeckel so geistreich beschrieben hat. Der Anfang unseres so hoch entwickelten Sehapparates war eine zufällig dunkler gefärbte, lichtempfindlichere Stelle an der Körperoberfläche der Urtiere, die im Laufe von Generationen immer dunkler, immer geschützter wurde vor äußeren Schädlichkeiten, immer weiter sich komplizierte und differenzierte, bis endlich dieser Fleck zum Auge sich ausgebildet hat. Ebenso erging es dem Gehörapparate: ein zufällig in den Körper des Urlebewesens gelangtes Sandkörnchen. ein Steinchen genügte dem Moner, um ihn für die Luft- und Wassererschütterungen empfindlicher als seine Verwandten zu machen und zuchtwählerisch das Ueberlebende zu werden. Jede der unzähligen seichten Stufen. die zwischen dem dunklen Fleckchen, dem Sandkörnchen und dem vollentwickelten Auge resp. Ohre liegen. muß also erst durch Variierung auftreten. zweitens müssen die Lebensbedingungen so beschaffen sein, daß diese Variation sich auch betätigen, sich auch bewähren kann, um ihre Nützlichkeit im Kampf ums Dasein hervortreten zu lassen, da sonst die Zuchtwahl nicht getroffen werden kann; denn wenn das dunkle Fleckchen bei einem Tiere erscheint, das sein Leben in einer lichtlosen Höhle fristet, so kann es unmöglich seine Ueberlegenheit dem Ungefleckten gegenüber zeigen und mithin auch nicht zuchtwählerisch bevorzugt werden; drittens, damit eine Variation durch Vererbung fixiert werden kann, muß bei geschlechtlich sich vermehrenden Tieren diese Variation immer vor dem Abschluß der Fortpflanzungsperiode am Individuum auftreten. Denn das, was vom Individuum nach dieser Periode in der Phase des Ablebens erworben wird, kann doch unmöglich sich vererben. Wenn wir z. B. eine einjährige Pflanze irgendwie umzüchten wollen, so müssen wir deshalb selbstverständlich vor dem Zeitpunkte ihrer Blüte es vornehmen, denn was mit dieser Pflanze nach der Samenreifung gemacht wird, ist für die nächste Generation ganz gleichgültig. Wenn wilde Menschenstämme ihre altersschwachen Eltern auf einen Baum klettern lassen, um sie dann von dort aus durch Schütteln als reife Früchte herunterfallen zu lassen und zu verzehren, so schadet diese barbarische Behandlung des Alters dem physischen Gedeihen dieser Stämme nicht im mindesten. Dagegen muß jede systematische Mißhandlung von Kindern und Erwachsenen diesseits der Fortpflanzungsphase unfehlbar zum Ruin und zum schließlichen Untergang der betreffenden Völker und Rassen führen. Genau dasselbe läßt sich von der Behandlung sagen, die die Natur auf ihrem Evolutionsweg den Lebewesen in ihrer Allgemeinheit zuteil werden läßt. Waren nun einmal die Verhältnisse auf unserem Planeten so geartet, daß das Leben in ihren höheren Formen seine Kontinuität und Vervollkommnung nur oder am leichtesten durch die geschlechtliche Vermehrung und Vererbung erreichen konnte, so war damit das Los des Individuums von selbst entschieden: seine Interessen wurden denjenigen der Arterhaltung geopfert, und was im Individuum von keiner Bedeutung für die Art ist, wurde von der Evolutionsbewegung ganz beiseite gelassen. Die Entwicklungsphase, die voll von Gefahren für das schwächliche Individuum ist, mußte so kurz wie möglich dauern. Der lange phylogenetische Rekapitulationskursus beim Menschen ist auf 14 bis 15 Jahre zusammengedrängt. Die Fortpflanzungsphase dagegen muß möglichst lange währen, um so viele Nachkommen zu schaffen, als für die Arterhaltung notwendig ist. Für das Weib waren nun etwa 30 Fruchtbarkeitsjahre nötig, um 20- bis 30mal gebären zu können, während der befruchtende Mann, dessen Funktionen für seinen eigenen Körper viel weniger eingreifend sind, seiner Arterhaltungspflicht viel öfter und längere Zeit hindurch Genüge tut.

Mit dem Ende dieser Phase hört nun aber das aktive Auftreten des Evolutionsmechanismus für das Individuum ganz auf. Was mit ihm bei seinem Ableben, beim Sichabwickeln geschieht, liegt außerhalb der Evolutionsebene und spielt sich nach ganz anderen Gesetzen ab. „Um das Schicksal des Großpapas und der Schwiegermutter kümmert sich die Evolution nicht!“ könnte man scherzhaft sagen, wenn das nicht für uns Menschen im Grunde genommen so traurig wäre! In der Phase des Ablebens darf man keine Evolutionslogik, keine Scheinteleologie suchen. Die Fragen „Warum und wozu sind die Altersleiden und Todesqualen da“, die man der Evolution des Lebens stellen wollte, sind ebenso unberechtigt, wie wenn man den Architekten für das Schicksal der restierenden Ziegelsteine und Baugerüste verantwortlich machen wollte. Das Individuum in der Ablebungsphase ist sozusagen die Art-Plazenta, die für die Evolution denselben Wert hat, wie der Mutterkuchen für die Hebamme: den einer quantité négligeable! Und wie das Schicksal der Nachgeburt für den Neugeborenen absolut bedeutungslos ist, so können auch die Vorgänge der Ablebensphase unmöglich irgendwie die Artentwicklung beeinflussen. Wenn also nun zufällig beim Individuum in dieser späten Lebensperiode irgendwelche noch so nützliche und vererbungswürdige Eigenschaften sich einstellen, so verschwinden sie spurlos mit dessen Tod, da sie sich nicht vererben, nicht fixiert werden können. Stellen wir uns beispielsweise einen Menschen vor, der im hohen Alter eine Krebskrankheit mit spontaner Heilung durchgemacht hat und dadurch gegen weitere derartige Erkrankungen Immunität erlangt hätte. Diese Immunität wäre nun eine solche, die sich durch den Samen oder durch das Ei weiter vererben ließe. Was könnte es nützen, wenn der betreffende immune Mensch nicht mehr zeugungsfähig ist? Die Eigenschaften der Krebsimmunität würden dann gleichzeitig mit seinem Träger verschwinden.

Wenn wir nun das Gesagte zusammenfassend kurz rekapitulieren, würde es folgendermaßen lauten: 1. Das Leben des Individuums ist ausschließlich für die Artinteressen angepaßt. 2. Von den drei Phasen des individuellen Lebens (die Rede ist, wie oben gesagt, vom Menschen) haben die zwei ersten — von der Geburt bis zur Geschlechtsreife und die Periode des Fortpflanzungsgeschäfts — gemeinsame Interessen mit der Arterhaltung. Dieselben Evolutionskräfte, die für das letztere sorgen, sind gezwungen, auch gleichzeitig für die Erhaltung und progressive Entwicklung zu sorgen, um alle von ihm erworbenen nützlichen Variationen durch Vererbung fixieren zu können: die Natur zeigt sich hier individuophil. 3. Nach der Fortpflanzungsperiode, die genügend lange gedauert hat, um die Erhaltung der Art zu sichern, werden die Interessen des Individuums und diejenigen der Art diametral entgegengesetzt, und das Individuum muß dann unterliegen. Die progressive Entwicklung hört auf, und das Individuum, von der Evolution ignoriert, tritt den regressiven Weg an, lebt ab und kehrt zu der Urquelle seiner Elemente, zu der anorganischen Welt zurück, es stirbt. In dieser Phase wird die Natur individuophob. 4. Die individuophilen Eigenschaften werden evolutionistisch aktiv gezüchtet, indem die auftretenden nützlichen Variationen durch Vererbung fixiert werden. 5. Die individuophoben Eigenschaften dagegen entstehen durch die passive Tätigkeit der Evolution, durch das Unterlassen der Fixierung der in der Ablebungsphase eventuell auftretenden nützlichen Variation, weil eben dieselben nicht vererbt werden können.

Dieser Unterschied der aktiven und passiven Züchtung scheint mir von großer Wichtigkeit zu sein, da wir daraus ersehen können, daß es keine angezüchtete individuellen, individuophoben Eigenschaften gibt, sondern daß sie nur deshalb auftreten, weil ihre Antagonisten, die individuophilen Eigenschaften, angezüchtet bleiben. Die Wichtigkeit dieses Unterschieds wird uns aber erst recht einleuchten, wenn wir uns anschicken wollen, gegen die individuophoben Eigenschaften in der Ablebungsphase ins Feld zu ziehen. Denn es ist doch wohl ohne weiteres klar, daß eine fest angezüchtete Eigenschaft sehr schwer, wenn nicht unmöglich, zu ändern ist, während der Kampf mit einer unangezüchteten Eigenschaft mehr Aussicht auf Erfolg haben dürfte. Als Konsequenz dieses Gedankens bezeichne ich diejenigen Einrichtungen im lebenden Körper, die zuchtwählerisch ihm angezüchtet worden sind, als aktive. Dagegen dürften diejenigen Lebensfunktionen, die nur deshalb in Erscheinung treten, weil die entgegengesetzten, sozusagen ihre Antagonisten, aus irgendwelchem Grunde ungezüchtet geblieben sind, als passive Eigenschaften des Organismus charakterisiert werden.

Die physiologischen Vorgänge im Organismus, die darin bestehen, daß auf jeden Reiz, der den Körper trifft, eine ganz bestimmte zweckmäßige Reaktion folgt, die ihn ausgleicht und selbst zum Nutzen des Organismus verarbeitet, sind Produkte der aktiven Evolutionstätigkeit, die die nützlichen Reaktionsweisen im Körper gezüchtet hat. Pathologische Veränderungen des Körpers, Krankheiten desselben dagegen sind Folgen der passiven Evolutionstätigkeit. Denn pathologisch nennen wir den Zustand des Körpers, der sich als Folge, als eine Reaktion desselben auf einen Reiz, der sich quantitativ oder qualitativ von den physiologischen Reizen unterscheidet, einstellt. Man betrachtet auch deshalb die Krankheit als einen Kampf mit der krankmachenden Ursache. Da nun aber dieser Zustand den Organismus tötet oder im besten Falle seine Existenz gefährdet, so können unmöglich diese Reaktionsweisen dem Organismus angezüchtet sein. Der krankhafte Zustand stellt sich nun deshalb ein, weil die Schutzvorrichtungen gegen die Verursacher der Krankheit nicht wirksam genug ankämpfen. Folglich sind die Reaktionen, die zu Krankheiten führen, passive Eigenschaften des Körpers. Im Lichte der Evolutionslehre be-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

trachtet, erscheinen uns also die physiologischen Vorgänge als aktive, die pathologischen als passive Eigenschaften des Organismus.

Die physiologische aktive Tätigkeit des Organismus ist nun, wie gesagt, dadurch charakterisiert, daß durch eine zweckmäßige Reaktionsweise die Folge des eingewirkten Reizes so ausgeglichen wird, daß der Körper in keiner Weise irgendwelchen Schaden davonträgt. In der Biologie nennen wir nun solche Vorgänge Immunitätserscheinungen. Wenn z. B. unser Körper seine normale Temperatur von 37° bei Außentemperaturen von — 50° bis + 50° beibehält, so bedeutet es nicht mehr und nicht weniger, als daß der Körper gegen die Einwirkung dieses Reizes immun ist. Andererseits können die pathologischen Vorgänge, bei welchen die Reaktionen des Körpers auf einen gewissen Reiz zur Vernichtung oder Gefährdung des Bestandes führen, als Folge der Empfänglichkeit des Körpers für diese Reize betrachtet werden. Erniedrigt oder erhöht sich die Körpertemperatur unter dem Einfluß der Außentemperatur, so müßte man biologisch denkend sagen: der Körper hat sich als empfänglich für diese Reize gezeigt. Die Begriffe physiologisch, pathologisch decken sich hier, wie man sieht, mit den Begriffen Immunität — Empfänglichkeit. Die Erscheinung in den letzten Phasen des individuellen Lebens, die Phase des Alterns, des natürlichen Todes gehören insgesamt zu den pathologischen, also evolutionistisch zu den passiven — und biologisch zu den des Nicht-Immunseins. Die Lehrbücher der Physiologie geben uns keine Aufklärung über die Erscheinungen des Alterns und des Todes, sie verweisen uns auf die Pathologie, da die Veränderungen des Organismus beim Altern in das Gebiet des Krankhaften gehören. Tatsächlich sind ja alle uns bekannten Veränderungen in diesem Lebensabschnitt rein pathologischer Natur. Alle Zeichen des Alterns, die verschiedensten Atrophien, Hypertrophien, Ergrauen und Ausfall der Haare, das Ueberhandnehmen der unedlen Gewebe auf Kosten der edlen (Sklerose, Gefäßwandverkalkung usw.) finden wir einzeln bei den verschiedenartigsten Erkrankungen auch in den ersten Lebensphasen, ja, selbst künstlich, experimentell können viele von den aufgezählten Alterserscheinungen hervorgebracht werden. Mithin haben also die Alterserscheinungen nichts prinzipiell Neues an sich, nur das Zusammentreffen dieser Erscheinungen beim Altern ist der Phase des Ablebens eigentümlich und charakteristisch. Woher dieses Zusammentreffen, woher diese Allgemeinheit bei allen mehrzelligen Organismen? Offenbar sind es tief im Wesen des Lebens und seinen eigensten Bedingungen gelegene Ursachen. Das rätselhafte Zusammentreffen dieser Erscheinungen beim Altern und die ausnahmslose Allgemeinheit desselben lassen sich dadurch erklären und am besten unseren heutigen pathologischen Begriffen anpassen, wenn wir das ganze Bild des Alterns als eine chronische, schleichende Autointoxikation uns vorstellen wollen, als eine Autointoxikation, die durch die Lebensprozesse selbst hervorgerufen wird, und gegen die die Evolution nur so viel und so lange den Organismus Antitoxine bilden läßt, als es für die Artinteressen notwendig ist. Darüber hinaus überläßt sie den Organismus sich selber, der nun nach kürzerer oder längerer Zeit dieser Vergiftung erliegt. Die populäre Erklärung des Alterns, die man auch vielfach in gelehrten fachwissenschaftlichen Büchern findet, nämlich, daß der Organismus im Laufe der Zeit sich abnutze, hält meiner Meinung nach der Kritik nicht stand. Der Begriff der Abnutzung ist ja von der mechanischen anorganischen Welt genommen, wo er seine volle Berechtigung hat, denn jede Maschine muß beim Funktionieren durch Reibung, Erschütterung, Erwärmung usw. früher oder später sich abnutzen, ihre Teile müssen mit der Zeit die genaue gegenseitige Lage, die einzelnen Mechanismen ihr exaktes Ineinandergreifen einbüßen, und die ganze Maschine muß dann endlich stillstehen. Man denke sich daher eine Maschine von einem genialen Techniker so gebaut, daß man ihr außer den zum Funktionieren nötigen Spannkräften in Form des Heizmaterials auch solche Stoffe zuführen kann, die geeignet sind, die durch das Funktionieren schadhaft und untauglich gewordenen Teilchen und Teile der Maschine zu ersetzen. Mittels wunderbarer Mechanismen werden diese Stoffe automatisch verteilt, um jeden Schaden im Momente seines Entstehens vollkommen auszugleichen. Könnte denn eine solche Maschine sich abnutzen, alt und untauglich werden? Ganz gewiß nicht. Dieses wäre schlechterdings undenkbar. Der mehrzellige lebendige Organismus ist nun nach dem Plane einer solchen Maschine konstruiert: mit seiner Nahrung nimmt er zugleich mit dem Heizmaterial auch solche Stoffe auf, die, assimiliert, alle verloren oder untauglich gewordenen Teilchen und Teile vollkommen zu ersetzen imstande sind, und zwar automatisch durch die im Organismus vorhandenen komplizierten Mechanismen. Wie kann man also hier von Abnutzung sprechen, solange die Mechanismen präzise arbeiten? Warum sollte eine neue Zelle von heute weniger Lebensenergie besitzen als die alte gestrige! Das Schadhaft- und Untauglichwerden einer solchen Maschine, wie es der lebendige, mehrzellige Organismus ist, kann man sich, will man das Kausalitätsbedürfnis befriedigen, nur dadurch erklären, daß die gesagten komplizierten Mechanismen nicht fehlerfrei arbeiten, so daß sich im Organismus Verhältnisse ausbilden, die das Verlorene und untauglich Gewordene nicht vollkommen ersetzen; die neugebildeten Teile erscheinen dann immer schwächer und schwächer bis zur Funktionseinstellung, bis sie endlich sterben. Diese Bedingungen eben sind es, die ich Gifte nenne, und da dieselben sich im Organismus selber bei der Ausübung seiner Funktionen bilden, so sind wir gezwungen, den ganzen Vorgang als eine Autointoxikation zu bezeichnen.

Gesetzt den Fall, diese Definition des Alterns als eine Autointoxikationskrankheit wäre die richtige, so fragt es sich, vom praktischen Standpunkte gesehen, weiter: können wir etwas unternehmen, um den Versuch zu machen, gegen diese mörderischste und grausamste aller Krankheiten anzukämpfen? Die ersten zwei Lebensphasen — die Phase bis zur Reife und die Fortpflanzungsphase — sind, wie wir wissen, durch rein äußere Einflüsse veränderbar. So wird die erste Lebensphase, was ihren zeitlichen Ablauf betrifft, von vielen rein äußerlichen Verhältnissen beeinflußt, da ihre Dauer von der Rasse, vom Klima, vom Berufe, von der geistigen Entwicklung, vom Aufenthaltsort (Stadt oder Land), vom Wohlstande etc. abhängt. In den Tropen z. B. werden Mädchen schon im zehnten Lebensjahre geschlechtsreif, so daß wir dort 20jährige Weiber, die Großmütter sind, finden. Auch die zweite Lebensperiode, die Fortpflanzungsphase, läßt sich von ähnlichen Bedingungen beeinflussen. Es wäre also gar nicht einzusehen, warum die dritte Lebensphase, die, wie wir oben gezeigt haben, viel weniger fest von der Evolution geprägt ist, äußeren oder inneren Einwirkungen so unzugänglich wäre. Eine solche Frage wie die Möglichkeit der Beeinflussung einer biologischen Lebensäußerung wäre vor der bakteriologischen Aera in der Medizin als eine müßige, gegenstandslose betrachtet worden, da wir ja da keine Idee davon hatten, wie man gegen einen unsichtbaren Feind, gegen unbekannte Gifte und ihre Wirkungsart ins Feld ziehen könne. Wir hatten ebenso keine Ahnung davon, daß man dem Körper künstlich eine neue Funktionsrichtung in einigen Tagen anzüchten kann, daß man also in das intimste Wirken des Organismus willkürlich eingreifen kann. Heutzutage jedoch, nach den wunderbaren Entdeckungen, die zum Aufbau der modernen Immunitätslehre geführt haben, scheint mir die Möglichkeit gegeben, dieser Frage etwas näher zu treten. Die Natur dieser Entdeckungen ist so eigenartig, so verblüffend neu und ungeahnt, daß sie es verdienen, daß man ihretwegen die dogmatischen Begriffe in der Physiologie und Biologie revidiere, in ihrem Lichte nochmals die scheinbar unveränderbaren Erscheinungen des Lebens auf ihre Unbeeinflußbarkeit prüfe, ganz so, wie die Entdeckung des Radiums uns gezwungen hat, den Eckstein unseres Wissens, das Gesetz von der Erhaltung der Kraft, nochmals auf seine Unfehlbarkeit zu untersuchen. Wir wollen nun auch hier sehen, ob das Dogma von dem obligaten Tod der mehrzelligen Organismen wirklich trotz der neuen Erkenntnisse noch zu Recht besteht. Die neueren Erfahrungen in der Biologie und speziell in der Lehre von der Immunität haben uns zur Genüge gezeigt, daß das, was uns bis dahin als gleichwertig, identisch schien, in der Tat als sehr differente Dinge anzusehen seien, die man recht scharf voneinander zu trennen imstande ist. Mit unseren älteren Reaktionen waren die Zellen, die Gewebssäfte und ihr Hauptbestandteil, die Albumine eines Individuums einer Tierspezies von den entsprechenden Stoffen eines Individuums ganz anderer Art mit Sicherheit ihrem innersten Wesen nach nicht zu unterscheiden. Die Reaktionen beruhen meistenteils auf ganz nebensächlichen, sozusagen zufälligen Eigenschaften der Objekte, wie der Morphologie, dem Geschmack und Geruch derselben. Würden sie aber formlos gemacht, ihr Geschmack und Geruch verdeckt, so würde es uns unmöglich gemacht, sie voneinander zu unterscheiden, da das Mikroskop und das Reagenzglas uns dabei einfach im Stiche ließen. Was nun die gleichnamigen Teile verschiedener Individuen einer Tierart anbetrifft, so waren sie für uns vollkommen identischer Natur, geschweige denn die Bestandteile verschiedener Organe eines und desselben Organismus. Wer hätte es sich träumen lassen, daß z. B. das Bluteiweiß eines Huhnes sich von dem Eiweiß seiner Eier unterscheiden läßt!

Ueberblicken wir aber die Phänomene, die uns die Immunitätsforschung zu ergründen gelehrt hat, so sehen wir, daß wir in einem großen Irrtume waren: wir wissen jetzt — um nur das aufzuzählen, was für unsere Frage von Bedeutung ist — daß man beinahe beliebige Zytotoxine erzeugen kann. Wenn man also Zellenelemente eines Organs irgendeines Tieres in den Körper eines andern Tieres einführt, wirkt das Serum des behandelten Tieres nun spezifisch auf dasjenige Organ derjenigen Tierart, dessen Zellenelemente ihm einverleibt worden sind, giftig. Wird z. B. einem Hunde verriebenes Gänsehirn eingespritzt, so erhält das Serum dieses Hundes die Eigenschaft, auf Gänsehirn, und nur auf solches, toxisch zu wirken. Spritzt man nämlich vom Serum eines solchen Hundes eine gewisse Quantität einer Gans ein, so geht sie unter zerebralen Erscheinungen ein. Auf diese Art kann man alle möglichen Zytotoxine erzeugen, Nieren-, Herz-, Leber- etc. Gifte, die immer spezifisch, d. h. nur auf ein bestimmtes Organ einer bestimmten Tierart eine toxische Wirkung ausüben. Noch viel auffallender sind die sogenannten Isotoxine, die spezifisch toxisch auf die Organe anderer Individuen seiner eigenen Spezies wirken, d. h. auf die Organe, deren Teile die Isotoxinbildung verursacht haben. Es kommen dann die Präzipitine und Eiweiß-Präzipitine, mittels welcher es gelingt, nicht nur Bestandteile von Organismen verschiedener Arten, sondern durch die sogen. „kreuzweise Immunisierung“ und durch die „Komplement-Bindungsmethode“ die Bestandteile eines Individuums von denen eines anderen Individuums derselben Art zu unterscheiden. Durch scharfsinnige Versuche gelingt es auch, die Verwandtschaftsgrade der verschiedensten Tierarten, den hauptsächlichsten Inhalt der Deszendenzlehre, mit dem Reagenzglase in der Hand zu beweisen. Es kommen dann noch die Antitoxine, Lysine und überhaupt die Erscheinungen der Allergie-Reaktion. Alle diese Tatsachen beweisen uns also unzweideutig, daß das, was uns vorher als gleich erschien, mittels der neueren Untersuchungsmethoden als deutlich heterogen sich herausstellt. Nicht nur die Gewebe und Organe von Individuen heterogener Spezies, nicht nur Bestandteile verschiedener Individuen derselben Tierart, nicht nur verschiedene Organe desselben Individuums untereinander lassen sich biochemisch voneinander unterscheiden, sondern selbst ein und dasselbe Organ desselben Organismus verändert sich nach gewissen Eingriffen. Das Blutserum eines Menschen nach überstandener Cholera, Typhus, bei tuberkulöser und luetischer Erkrankung ist in biologisch-chemischer Beziehung verändert, ohne daß wir durch andere ältere Reaktionen irgendwelchen Unterschied herausfinden.

Es erscheint mir deshalb auch unwahrscheinlich, daß die Organe und Gewebe eines Individuums in den verschiedenen Lebensphasen immer in biologisch-chemischer Beziehung sich gleich blieben, daß die Zelle, der Gewebssaft eines Organs in der Entwicklungsphase seines Organismus der Zelle des reifen und des alternden Körpers identisch wäre, trotzdem ihre Funktionen sich offensichtlich qualitativ und quantitativ verändert haben. Es wäre nicht recht verständlich, wie Zustände des Körpers, die bei manchen Krankheiten nur Tage, ja nur Stunden dauern, ihn auf lange Zeit hinaus allergisch machen können, während Jahrzehnte dauernde Zustände der Lebensphasen in dieser Beziehung ihn unbeeinflußt ließen. Als Folge dieser Ueberlegungen schlage ich daher vor, bei den verschiedensten Experimenten der Immunisierung, die gemacht werden, auch auf das Alter der in Betracht kommenden Tiere zu achten. Wir immunisieren beispielsweise ein Kaninchen mit dem Blute eines einen Monat alten Hundes, wir müßten dann in einem solchen Falle versuchen, ob die im Serum des Kaninchens entstandenen Hämolysine resp. Präzipitine auch genau so auf das Blut und das Serum greiser Hunde wie auf dasjenige junger wirkt. Soviel mir bekannt ist, sind derartige Versuche noch nicht gemacht, mindestens nicht veröffentlicht worden. Es will mir scheinen, daß es der Mühe wert wäre, wenigstens nebenbei bei den Immunisierungsversuchen darauf zu achten. Es ist ohne weiteres klar, daß man, um zu einem negativen Schlusse zu gelangen, außerordentlich viele, zum Teil recht kostspielige Versuche anzustellen hat, weshalb die Erforschung dieser Verhältnisse nicht als die Aufgabe eines einzelnen angesehen werden darf. Es wäre der Sache mithin nur dienlich, wollten sich recht viele Immunitätsforscher dazu bequemen, bei allen ihren Versuchen dieser Seite der Sache ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. Im Falle aber eines positiven Ausfalls dieser Versuche, was gleichbedeutend wäre mit der Konstatierung einer gewissen Fremdartigkeit der Bestandteile des greisen Tieres dem Körper des jungen gegenüber, könnte man ja konsequenterweise dem Experimente zu entscheiden überlassen, ob man durch Behandlung junger Tiere mit dem Serum oder Gewebssäften greiser Individuen bei den ersteren einen gewissen Widerstand gegen das Auftreten der Alterserscheinungen züchten kann! In einem solchen Falle würden wir imstande sein, eine experimentelle Antwort auf meine eingangs gestellte Frage: „Ist die Grenze des individuellen Lebens nach oben hin verrückbar?“ geben zu können.

Wenn ich nun die Priorität für die Anregung des Gedankens einer aktiven Altersimmunität für mich in Anspruch nehmen muß, so gebe ich gleichzeitig gerne zu, daß die Idee einer passiven Altersimmunität lange, sehr lange, bevor die Begriffe von der aktiven und passiven Immunität präzisiert worden sind, die Menschheit beschäftigt hatte. Aus den Ueberlieferungen des Alten Testaments wissen wir, daß, als König David sehr alt und gebrechlich wurde, die Weisen des Volkes ihm den Rat gaben, seine Atmungsluft mit dem Dufte eines lebensfrischen, jungen Mädchens zu würzen, in der Erwartung, daß sich seine Lebenskräfte auf den greisen König übertragen würden. In der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, gelegentlich der Untersuchungen über Bluttransfusion, tauchten ernste Hoffnungen auf, daß das Blut junger, gesunder Individuen Greisen und Schwachen transfundiert, den letzteren nützlich sein könnte. (Nach unseren heutigen Begriffen könnte man natürlich in einem solchen Falle nur das erwarten, daß man dadurch bei den Greisen Isotoxine oder Isolysine hervorrufen würde.)

Ich schließe nun mit der Bitte an die mit der Serologie sich beschäftigenden Forscher, bei ihren Arbeiten auf die hier vorgebrachten Anregungen Rücksicht zu nehmen und die Resultate der medizinischen Welt bekannt zu geben.

Praktische Erfahrungen mit Jodglidine.

Von Dr. med. **A. Scharff** in Calbe a. S.

Jodglidine ist ein neues Jodpräparat und zwar eine Verbindung von Jod mit dem Pflanzeneiweiß Glidine. Es wird hergestellt von Dr. Volkmar Klopfer in Leubnitz bei Dresden und kommt in den Handel in Form von Pastillen zu je 0,5 g, deren jede 0,05 g Jod enthält. Jodglidine ist ein gelbbraunes, geruch- und fast geschmackloses Pulver, das sich in Form der Tabletten oder auch in warmer Milch gelöst sehr gut einnehmen läßt. Boruttau hat „über das Verhalten des Jodglidines im menschlichen und Tierkörper“ Versuche an sich selbst, an einigen Kranken und an Kaninchen und Hunden angestellt. Es ergab sich dabei folgendes: „Die Jodausscheidung beginnt in geringem Grade bald nach der Einverleibung und erreicht ihr Maximum erst gegen Ende der ersten 24 Stunden, während beim Jodkali das Maximum bereits nach zwei Stunden erreicht wurde. Sie dauert während der zweiten 24 Stunden an und hört erst im Laufe des dritten Tages auf.

24 Stunden nach der letzten Darreichung war wie beim Jodkali die Ausscheidung beendet. Im Harn wurden 80 bis 100 % des Jods ausgeschieden (in einem Falle von gereichten 900 mg 855,11 mg), der Rest mit den Fäzes ausgeführt resp. in geringer Menge im Körper zurückgehalten. Dabei wurde zugleich eine Steigerung der Stickstoffausscheidung (bei sonst gleichbleibender Ernährung) beobachtet."

Nach diesen Untersuchungen Boruttaus ließ sich von vornherein erwarten, daß Jodglidine nicht nur vor den Jodalkalien, durch die der Körper schnell mit großen Mengen von Jod überschwemmt wird und die leicht Vergiftungserscheinungen hervorrufen, große Vorzüge hat, sondern auch vor Jodverbindungen der Fette oder organischer Säuren, bei denen es leicht zur Aufspeicherung größerer Jodmengen im Körper und damit zu Jodismus kommen kann. Diese Erwartungen sind bestätigt durch eine ganze Reihe von Beobachtungen von Klinikern und praktischen Aerzten. So hat u. a. Bickel Jodglidine bei Arteriosklerose, Leyden ebenfalls bei Arteriosklerose und Asthma bronchiale angewendet, Kaufmann-Karlsbad bei Gelenkaffektionen und Arteriosklerose, Steinsberg-Franzensbad bei Arteriosklerose, Asthma kardiale, Angina pektoris, Lähmungen, Tabes und Struma, ebenso Hirsch-Kudowa. Neuerdings berichtet Luda-Berlin über seine Erfahrungen mit Jodglidine, das er besonders bei tertiärer und hereditärer Lues verordnet hat. Alle Beobachter rühmen die günstigen Heilerfolge bei gleichzeitigem Mangel aller unangenehmen Nebenerscheinungen.

Meine eigenen Beobachtungen bestätigen nur, was schon vorher Günstiges vom Jodglidine berichtet war. Ich habe Jodglidine bei den verschiedensten Erkrankungen verordnet, sowohl bei Männern im besten Lebensalter wie Kindern und Greisen, und habe ausnahmslos gesehen, daß es gern genommen wurde und selbst bei längerer Darreichung niemals unangenehme Begleiterscheinungen hervorrief. Viele von den Patienten hatten früher bereits andere Jodpräparate, besonders Jodkali, Jodnatrium und Jodvasogen, genommen und rühmten, wie viel angenehmer Jodglidine zu nehmen sei. Dabei war die Wirkung zum mindesten die gleiche wie die des Jodkali, ja, in einigen Fällen unzweifelhaft eine bessere.

Ich lasse nun die Krankengeschichten folgen, die ich nach den Krankheiten zusammengestellt habe.

1. Herr A. K., 70 Jahre alt, früher Kaufmann, jetzt Privatmann, leidet seit über 10 Jahren an Anfällen von Bewußtseinsstörungen, die zum Teil mit Muskelzuckungen, besonders im Gesicht, verbunden sind. Die Erkrankung ist früher für Alkohol- und Nikotinvergiftung erklärt worden, später stellte ein Nervenarzt die Diagnose „Epilepsia tarda". Arteriosklerose leicht nachzuweisen, besonders Sklerose der Koronararterien. Vor 2 Jahren schwere Anfälle von Angina pektoris. Früher behandelt mit Brom, seit $2^{1}/_{2}$ Jahren mit Jod, besonders Jodkali und Jodvasogen, auch mit Antisklerosin. Im Dezember 1907 Anfälle besonders häufig, dabei sehr trübe Stimmung. Pat. fängt bei der geringsten Veranlassung an zu weinen. Unruhiger Schlaf. Herzbeklemmungen. Vom 1. I. 08 an bekommt Pat. Jodglidine und zwar bis 20. I. 08 3mal tgl. 1 Tablette. Das Mittel wird sehr gut vertragen, macht keinerlei Erscheinungen von Jodismus, die Krankheitserscheinungen gehen zurück. — Aus äußeren Gründen wird vom 20. I. 08 bis 6. II. 08 kein Jodglidine gegeben, doch verschlechterte sich während dieser Zeit der Zustand, was sich darin äußerte, daß die Anfälle häufiger wurden und der Schlaf unruhig war, auch wieder weinerliche Stimmung vorherrschte. — Vom 7. II. 08 an wieder Jodglidine und zwar 2mal tgl. 1 Tablette.

18. II. Befinden gut. Anfälle häufig, aber nur von sehr kurzer Dauer. Stimmung heiterer, Schlaf besser; kein Jodismus. Vom 20. II. an 1 Tablette täglich.

14. III. Befinden sehr gut, Gemütsstimmung heiter, Verstand klarer wie sonst, Anfälle seltener und nur wenige Sekunden dauernd, Pat fühlt sich so wohl wie seit Jahren nicht, auch seine Angehörigen finden ihn bedeutend besser. Er macht täglich allein Spaziergänge, auch weite Wege, schläft gut und hat guten Appetit. Er hat seit Neujahr 120 Tabletten Jodglidine genommen und niemals auch nur geringe Spuren von Jodismus gezeigt. Er konnte das Jodglidine sehr gut einnehmen, hat keine strenge Diät dabei gehalten und rühmt die günstige Einwirkung auf den Stuhlgang.

2. R. R., 56 J., Kaufmann, bekam vor $1^{1}/_{2}$ Jahren, nachdem er schon einige Zeit vorher über Schwindel, Kopfschmerzen und Blutandrang nach dem Kopf geklagt hatte, plötzlich halbseitige Muskelzuckungen. Diagnose: Arteriosklerose. Mußte damals bei strenger Diät Jodkur (mit Jodvasogen) machen, später bekam er Antisklerosin. Nachdem danach wesentliche Besserung eingetreten war, einige Monate Wohlbefinden. Anfang Januar wieder Schwindel und Blutandrang. Pat. hat in der letzten Zeit wieder viel Bier getrunken.

Es wird zunächst bei strenger Diät und Entziehung von Alkohol Jodvasogen innerlich verordnet. Dies wird aber wegen des schlechten Geschmackes ungern genommen, auch stellen sich am 20. I. 08 Erscheinungen von Jodismus (Schnupfen, Appetitmangel) ein. Daher wird das Jodvasogen ausgesetzt und vom 24. I. 08 ab Jodglidine genommen und zwar zunächst 2mal tgl. 1 Tablette. — 18. II. 08. Allgemeinbefinden sehr gut, weder Schwindel, noch Blutandrang, kein Kopfschmerz, keine Zuckungen, Appetit gut, ebenso Stuhl, kein Schnupfen. Vom 21. II. 08 an täglich 1 Tablette.

15. III. 08. Pat. hat jetzt 80 Tabletten Jodglidine genommen, fühlt sich vollkommen gesund und hat keine Erscheinungen von Jodismus bekommen. Auch dieser Pat. hat in den letzten Wochen keine strenge Diät befolgt, rühmt, wie angenehm sich Jodglidine nehmen läßt, und glaubt eine Steigerung des Appetits sowie leichten, regelmäßigen Stuhlgang auf Jodglidine zurückführen zu müssen.

3. D. B., 80 J. alt, Privatmann, früher Landwirt, leidet seit mehreren Jahren an Arteriosklerose, hat bereits einmal einen leichten Schlaganfall gehabt und hat vor 1 Jahre mit gutem Erfolg Antisklerosin gebraucht. Anfang Januar 1908 wieder schwere Störungen, die auf arteriosklerotische Veränderungen im Gehirn und am Herzen zurückzuführen sind, unregelmäßiger, aussetzender Puls, Kopfschmerzen, belegte Zunge, Stuhlverstopfung, Appetitmangel, Unruhe, Irrereden usw. Am 24. I. 08 Jodglidine 2mal tgl. 1 Tablette.

31. I. 08. Pat. ist wieder ganz klar, redet nicht mehr irre, klagt nicht mehr über Schwindel und Kopfschmerzen, Zunge nicht mehr so stark belegt, Appetit besser, subjektives Wohlbefinden, Puls langsam, regelmäßig, nicht mehr aussetzend. Pat. beginnt aufzustehen und bekommt von nun an noch 1mal tgl. 1 Tablette. 15. II. 08. Pat. fühlt sich völlig gesund, hat guten Appetit, regelmäßigen Stuhlgang, hat keinen Schwindel und Kopfschmerz mehr. Unruhe und Irrereden verschwunden. Pat. hilft wieder in der Landwirtschaft mit. Er hat bis jetzt kein Zeichen von Jodismus gehabt.

4. A. K., 61 J., Maurermeister. Arteriosklerose, vor 1 Jahre mit Jodvasogen und Antisklerosin behandelt, seitdem Wohlbefinden. Mitte Februar 08 wieder Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Beklemmungen.

22. II. Jodglidine, 2mal tgl. 1 Tablette.

2. III. Zustand hat sich gebessert, weiter Jodglidine, 2mal tgl.

19. III. Gar keine Beschwerden mehr, Pat. fühlt sich ganz wohl. Irgendwelche Zeichen von Jodismus werden nicht bemerkt. Pat. nimmt noch weiter Jodglidine.

25. III. Jodglidinekur beendet. Keine Beschwerden mehr. Jodglidine wurde sehr gut vertragen. Appetit war gut. Magenstörungen sind nicht aufgetreten, trotzdem Pat. keine besonderen Diätvorschriften bekommen hatte. Es ist dies hier besonders hervorzuheben, weil Pat. früher wiederholt, zum letzten Mal vor $1^{1}/_{2}$ Jahren, magenkrank war.

5. A. Sch., 35 J., Lackierer, bereits früher wegen Bleikolik behandelt, vor 3 Jahren Neuritis optika, mit konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung infolge von Bleivergiftung.

15. I. 08. Rechtsseitige Fazialislähmung, gleichzeitig deutlicher Bleisaum, Kopfschmerzen, Leibschmerzen, daher wird die Lähmung als Folge der Bleivergiftung angesehen.

Täglich Faradisieren, 2mal wöchentlich ein Dampfbad, Jodkali. Am 20. I. 08 Jodismus (Schnupfen, entzündete Augen, Husten, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit), deshalb wird das Jodkali ausgesetzt. Die Lähmung hat sich noch nicht gebessert. — Vom 24. I. 08 ab 2mal tgl. 1 Tablette Jodglidine. 1. II. 08. Fazialislähmung hat sich bedeutend gebessert, keine Kopf- und Leibschmerzen mehr. Pat. fühlt sich wohl, hat guten Appetit, wird noch jeden 2. Tag faradisiert und nimmt noch weiter 2mal tgl. Jodglidine. Wieder arbeitsfähig. 8. II. 08. Völlig geheilt. Es sind keine Spuren von Jodismus aufgetreten.

6. Frau R., 56 J., Witwe. Vor 25 Jahren vom Ehemann luetisch infiziert. Seit 4 Jahren Tabes dorsalis, früher behandelt mit Inunktionskuren (Sapolent. hydrargyr. Goerner), Kal. jod. und Natr. jod. Zweimal mit sehr gutem Erfolg in Bad Nenndorf gewesen. Letzte Kur vor $^{3}/_{4}$ Jahren; im Februar Inunktionskur. — Klagt danach über heftige Kopfschmerzen, die besonders nachts auftreten.

4. III. Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette.

20. III. Pat. fühlt sich besser, Kopfschmerzen haben nachgelassen. Jodglidine wird gut vertragen, nur einige Tage ist eine leichte Entzündung der Augen eingetreten, die vielleicht auf Jod zurückzuführen ist. Kein Schnupfen, kein Husten. Appetit und Stuhlgang gut. Pat. nimmt weiter Jodglidine.

7. Frau K., 72 J. alt, Witwe, seit 6 Jahren krank, starke Pupillendifferenz, Patellarreflexe erloschen, Störung der Sensibilität, Ataxie. — Tabes, außerdem finden sich auch Zeichen von Arteriosklerose. Pat. bekam früher Kal. jod., zum letzten Mal vor 1 Jahr.

Anfangs Februar 1908 fühlt sich Pat. wieder sehr schlecht, klagt vor allem über Kopfschmerzen und Schwindel.

15. II. Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette.

28. II. Pat. fühlt sich besser, verträgt das Mittel sehr gut und nimmt es gern, weiter Jodglidine.

20. III. Pat. hat Jodglidine gut vertragen und fühlt sich besser, hat gar keine Kopfschmerzen. Der Schwindel hat nachgelassen, Pat. konnte sogar gestern einen kurzen Weg über die Straße allein gehen, was in den

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

letzten Monaten nicht möglich war. Appetit sehr gut. Stuhlgang regelmäßig.

8. Frau H., 56 J. alt, Witwe, luetische Infektion negiert, doch erscheint aus der Anamnese hervorzugehen, daß sie vor 20 Jahren Lues akquiriert hat, denn nachdem sie zuerst 3 gesunde Kinder gehabt hat, kamen nacheinander 3 Fehl- bezw. Frühgeburten, danach wurde ein sehr schwächliches Kind geboren, das eine (angeblich angeborene) halbseitige Lähmung hat. Pat. erkrankte vor 1$^1/_2$ Jahren mit heftigen lanzinierenden Schmerzen, später kamen gastrische Krisen, seit Mitte September ist sie fast dauernd an das Bett gefesselt. Pupillendifferenz, Patellarreflex erloschen, Sensibilitätsstörungen, hochgradige Ataxie. Diagnose: Tabes dorsalis. Früher behandelt mit Schmierkuren, Kal. jod. und Natr. jod. Massage und Elektrizität. Vom 25. I. 08 an Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette.

Von Mitte Februar an häufige Anfälle von lanzinierenden Schmerzen, gegen die Morphium gegeben werden mußte. Pat. hat deshalb von Mitte Februar an kein Jodglidine mehr genommen. Jodismus ist nicht eingetreten, während früher bei Gebrauch von Jodkali und Jodnatrium Schnupfen, Kopfschmerzen und Appetitmangel beobachtet wurden. Vom 18. III. 08 an nimmt Pat. wieder regelmäßig 3 mal tgl. 1 Tablette Jodglidine.

26. III. 08. Die Schmerzen haben seit 2 Tagen aufgehört. Pat. fühlt sich wieder besser. Außer mäßigem Schnupfen und Husten sind keine Erscheinungen von Jodismus aufgetreten. Appetit und Stuhlgang gut. Die Ataxie hat sich nicht gebessert, Pat. liegt noch zu Bett.

9. Frau A. B., 30 J., früher behandelt wegen Blutarmut, Gelenkrheumatismus, Lungenspitzenkatarrh. Bei erneuter Untersuchung am 24. I. 08 wird Struma gefunden. Umfang des Halses: 34 cm. Vom 24. I. ab Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette.

7. II. Struma hat sich etwas verkleinert, Umfang des Halses: 33,5 cm. Das Mittel wird gern genommen und gut vertragen. Von nun ab weiter täglich 1 Tablette.

6. III. Weitere Verkleinerung der Struma, Umfang des Halses: 33 cm. Subjektives Wohlbefinden, weiter Jodglidine.

24 III. Pat. hat seit 14 Tagen kein Jodglidine mehr genommen. Umfang des Halses: 32,5 cm. Irgendwelche Zeichen von Jodismus sind nicht eingetreten. Der Appetit war gut. Hervorzuheben ist, daß seit 3 Wochen auch keine Gelenkschmerzen mehr verspürt wurden, während Pat. im Februar öfter über Gelenkschmerzen klagte.

10. E. K., 13 Jahre alt, Struma, Umfang des Halses: 28,5 cm, bekommt Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette vom 28. I. an.

12. II. 08. Die Behandlung mußte für ca. 8 Tage unterbrochen werden, weil Pat. an Influenza erkrankte. Nach der Influenza wurde Jodglidine weiter genommen.

21. II. 08. Struma hat sich etwas verkleinert, Umfang des Halses: 28 cm. Subjektives Wohlbefinden, weiter Jodglidine.

25. 3. 08. Pat. hat seit 14 Tagen kein Jodglidine mehr genommen. Umfang des Halses: 27,5 cm. Pat. hat Jodglidine gut vertragen. Appetit gut, kein Jodismus.

11. Frau M. C., 32 J. alt, früher behandelt wegen Pharyngitis chron. Anämie mit häufigen Herzbeschwerden. Puls meist beschleunigt, 90—100 Schläge, öfter Ohnmachten. Struma, Umfang des Halses: 34 cm.

12. II. 08. Jodglidine, 2 mal tgl. 1 Tablette.

20. II. 08. Struma hat sich verkleinert, Umfang des Halses: 33 cm. Jodglidine bekommt sehr gut, keine Magen- oder Darmstörungen, kein Schnupfen, keine Erkrankung der Haut, was hier besonders hervorzuheben ist, da Pat. eine sehr reizbare Haut besitzt und mehrmals nach Medikamenten (u. a. Antipyrin) Urtikaria bekommen hat.

18. III. 08. Weitere Verkleinerung der Struma, Umfang des Halses: 32 cm. Pat. hat noch keine Ohnmachtsfälle wieder gehabt, der Puls ist etwas kräftiger und langsamer geworden (84 Schläge in der Minute). Der Appetit ist gut, Pat. hat seit Mitte Februar 1,5 kg zugenommen und fühlt sich kräftiger. Keine Spur von Jodismus. Pat. nimmt auch jetzt noch weiter Jodglidine.

12. E. N., 29 Jahre alt, Vorarbeiter, leidet seit 1 Jahre an Psoriaris am l. Bein und hat bis jetzt verschiedene Salben gebraucht, ohne völlige Heilung zu erreichen.

18. II. Chrysarobinsalbe äußerlich, Jodglidine innerlich, 2 mal tgl. 1 Tablette.

1. III. Zustand hat sich erheblich gebessert. Die starke Schwellung des Beines ist zurückgegangen, die Schuppen haben sich abgestoßen, die Haut ist noch etwas rot und wird noch mit indifferenten Salben behandelt. Pat. kann wieder ohne Schmerzen gehen und hat keine Symptome von Jodismus bekommen.

13. Frau R., 72 J., seit fünf Jahren in meiner Behandlung wegen Lungenemphysems und chronischen Bronchialkatarrhs. In der letzten Zeit hat sich der Zustand verschlimmert, es sind jetzt öfter Anfälle von Asthma Bronchiale aufgetreten. Pat. klagt besonders darüber, daß sie wegen der Atemnot nachts nicht schlafen könne.

Vom 27. II. 08 an bekommt Pat. 2mal tgl. eine Tablette Jodglidine. 1. III. Pat. hat besser geschlafen und weniger Atemnot gehabt. 11. III. Pat. fühlt sich bedeutend besser, kann jetzt immer gut schlafen und hat noch keinen Asthmaanfall wieder gehabt. Appetit und Stuhlgang gut. Keine Zeichen von Jodismus. 18. III. Pat. hat seit einigen Tagen keine Tabletten mehr bekommen, bittet aber um nochmalige Verordnung von Jodglidine, da sie sich wohler gefühlt habe und besser habe atmen können, solange sie Jodglidine nahm.

25. III. Pat. nimmt seit einigen Tagen wieder Jodglidine und fühlt sich sehr wohl. Atemnot geringer, Schlaf ruhig. Keine Asthmaanfälle, kein Jodismus. Appetit gut, ebenso Stuhlgang, ohne daß jetzt Abführmittel gebraucht werden, die früher nötig waren.

14. St. F., 57 J., Arbeiter, leidet seit mehreren Jahren an chronischem Bronchialkatarrh und Lungenemphysem; typische Asthmaanfälle fehlen; Herztätigkeit unregelmäßig, schwach.

Vom 29. II. 08 an Jodglidine 3mal tgl. eine Tablette.

10. III. Pat. fühlt sich besser, Husten und Auswurf haben nachgelassen, Atemnot geringer, Appetit und Stuhlgang gut. Weiter Jodglidine 2mal tgl. eine Tablette.

24. III. Pat. ist außer Bett, fühlt sich etwas besser. Jodglidine wird gern genommen und gut vertragen. Es sind keine Zeichen von Jodismus aufgetreten. Appetit gut.

15. H. Gr., 38 J., akquirierte vor 14 Jahren Lues, damals nur kurze Zeit behandelt bis zum Verschwinden der Sekundärerscheinungen. Dann keine spezifische Behandlung bis Frühjahr 1905, wo bei seiner Frau (von ihm infiziert) infolge eines Gummas an der Basis des Gehirns Trigeminusneuralgie und rechtsseitige Fazialislähmung auftraten. Darauf bei beiden Eheleuten Inunktionskur, später Kal. jod. Seitdem hat sich der Mann noch nicht wieder behandeln lassen.

1. III. Pat. kommt wieder zur Untersuchung, er klagt über Kopfschmerzen, die besonders nachts auftreten, Appetitmangel, Diarrhöe und Halsschmerzen. Ord.: Jodglidine 3mal tgl. eine Tablette.

18. III. Pat. fühlt sich bedeutend wohler, die Kopfschmerzen haben nachgelassen, Appetit ist gut, Stuhlgang normal, regelmäßig 1mal täglich, die anfangs trübe Gemütsstimmung ist heiter geworden. Kein Jodismus. Pat. nimmt noch weiter Jodglidine.

16. M. Z., 61 J., Kaufmann, vor mehr wie 30 Jahren Lues akquiriert, seit 20 Jahren „nervenleidend“, früher chronische Naseneiterung, längere Zeit in Nervenheilanstalt gewesen, seit etwa 20 Jahren „epileptische“ (?) Krämpfe, die mit Jodkali und Bromsalzen behandelt wurden. Mitte Januar wieder mehrere schwere Krampfanfälle.

Vom 25. I. 08 an wird Jodglidine gegeben, 3mal tgl. eine Tablette.

Diagnose: Lues cerebri.

18. II. Bisher noch kein Anfall wieder, Allgemeinbefinden sehr gut, keine Nebenerscheinungen; Pat. bekommt nun noch 2mal tgl. eine Tablette Jodglidine.

1. III. Allgemeinbefinden, besonders Appetit gut; Anfälle noch nicht wieder eingetreten. Kein Jodismus.

17. L. B., 50 J., Beamter, seit etwa 1$^1/_2$ Jahren „Schnupfen“, der von Influenza zurückgeblieben sein soll. Vor $^1/_2$ Jahr fing der Ausfluß an, übelriechend und eitrig zu werden, zugleich wurde die äußere Haut an der Nasenspitze rot. Pat. ließ sich homöopathisch behandeln, das Leiden wurde für Lupus erythematodes erklärt. Besserung nicht erzielt.

17. II. Die Nase ist mit Krusten und Borken angefüllt und verbreitet einen furchtbar üblen Geruch. Das Septum weist einen großen Defekt auf und zwar im knorpeligen sowohl wie im knöchernen Teil, Schleimhaut mit Borken besetzt. Die Sonde stößt auf rauhen Knochen. Die äußere Haut an der Nasenspitze geschwollen und gerötet, ebenso die Oberlippe. Knötchen nicht vorhanden.

Diagnose: Ozaena luetika.

Ordin.: 2mal tgl. eine Tablette Jodglidine (außerdem Nasenspülungen mit Borwasser).

28. II. Die Krustenbildung hat nachgelassen, die Sekretion ist geringer geworden, der üble Geruch ist nicht mehr so stark.

11. III. Bedeutende Besserung; es finden sich keine Borken und Krusten mehr in der Nasenhöhle, die Sekretion hat weiter nachgelassen, der üble Geruch ist fast völlig verschwunden. Allgemeinbefinden gut.

25. III. Uebler Geruch völlig verschwunden, Sekretion minimal. Nasenhöhle läßt sich jetzt gut übersehen, das Septum ist zum größten Teil zerstört, ebenso ein Teil des Siebbeins. Kein Jodismus. Weiter Jodglidine.

Auf Grund obiger Beobachtungen komme ich zu folgenden Ergebnissen:

1. Jodglidine läßt sich sehr gut einnehmen und wird auch dann gut vertragen, wenn es längere Zeit hindurch in größeren Mengen gegeben wird.

2. Jodglidine wirkt ebenso schnell und sicher wie Jodkali und Jodnatrium, die Wirkung tritt aber schon nach kleineren Dosen von Jod ein wie bei den Jodalkalien.

3. In der Mehrzahl der Fälle wurde nach dem Gebrauch von Jodglidine eine Zunahme des Appetits und des Körpergewichts beobachtet, das Allgemeinbefinden, auch die Gemütsstimmung wurden besser.

Ich halte daher das Jodglidine für eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes und kann seine Verordnung nur empfehlen.

Zum Schluß möchte ich noch kurz die Indikationen für Verordnung von Jodglidine besprechen. Es ist zu verwenden bei allen Krankheiten, bei denen früher die Jodalkalien gegeben wurden und zwar besonders in den Fällen, wo es darauf ankommt, längere Zeit hindurch und in größeren Mengen Jod zu gebrauchen, wo also bei Verordnung von Jodalkalien Jodismus zu befürchten ist, ferner bei Patienten mit schwachem Magen, bei denen die Jodalkalien leicht Verdauungsstörungen hervorrufen, während Jodglidine stets günstig auf Appetit und Stuhlgang einwirkt, dann auch bei den Kranken, die die Jodalkalien wegen ihres schlechten Geschmackes nicht nehmen mögen. Ich selbst habe, wie aus obigen Krankengeschichten hervorgeht, Jodglidine verwendet in vier Fällen von Arteriosklerose, je drei Fällen von tertiärer Syphilis, Tabes dorsalis und Struma und je einem Fall von Bleilähmung, Psoriasis, Asthma bronchiale und Emphysema pulmon. mit chron. Bronchialkatarrh. Ich habe inzwischen noch einige andere Kranke mit Jodglidine behandelt, kann aber noch nicht darüber berichten, weil die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. Jedenfalls kann ich nochmals hervorheben, daß ich mit den Erfolgen sehr zufrieden bin und — meine Patienten sind es ebenfalls, und darum empfehle ich den Herren Kollegen, es gleichfalls zu verordnen.

REFERATE.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Ueber die klimatische Behandlung der Lungentuberkulose.** Von Hermann Senator. Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurorthygiene, 1908, Nr. 2.

2. **Ueber die Verwendbarkeit der Komplementbindungsmethode zur Diagnose tuberkulöser Exsudate.** Von Kurt Meyer. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 20, S. 868.

3. **Die Lungenspitzentuberkulose im Röntgenbild.** Von Albers-Schönberg. Ibidem, S. 864.

4. **Welche Krankheiten sind im pneumatischen Kabinette zu behandeln?** Von E. Aron. Therapie d. Gegenwart, 1908, S. 195.

5. **IX. Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg, Oberamt Neuenbürg, nebst Mitteilungen über die Verwendung von Luftbädern in der Phthisiotherapie.** Von G. Schröder und K. Kaufmann. Württemb. med. Korrespondenzbl., 1908.

1. Senator macht darauf aufmerksam, daß schon die alten Aerzte den Einfluß klimatischer Kuren gekannt hätten, daß aber in den letzten Jahren, in der Zeit der Heilstättenbewegung, mit Unrecht eine gewisse Geringschätzung bezw. geringere Bewertung der Klimakuren bei der Tuberkulosebehandlung stattgehabt habe. Er hebt die Vorzüge der verschiedenen Klimata im allgemeinen hervor. Das Hochgebirgsklima in Höhen von 800 bis 2000 m bezeichnet er wegen der starken Anregung aller körperlichen Funktionen als kräftigend, erfrischend und abhärtend. Es findet Vermehrung der Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes statt. Vorgeschrittene Stadien der Lungentuberkulose sind eine Kontraindikation für Aufenthalt im Hochgebirge. Sehr geeignet ist dagegen das Hochgebirge für inzipiente und der Tuberkulose verdächtige Fälle. Eine Kontraindikation geben auch Komplikationen mit Kehlkopf-, Herz-, Gefäß- und Nierenleiden, sowie starke Neigung zu Blutungen, ebenso Diarrhöen.

Das subalpine Klima (300 bis 900 m), das in seiner Wirkung dem Hochgebirgsklima nahe kommt, aber nicht so erregend wirkt, eignet sich auch für Kranke, die über die ersten Anfänge der Tuberkulose hinaus, aber noch nicht im Kolliquativstadium sind.

Im scharfen Gegensatz zum Hochgebirgsklima steht das beruhigende, erschlaffend wirkende, feuchtwarme Tal- oder Kesselklima, welches für schwächliche Patienten, die zu Blutungen neigen oder Kehlkopfkomplikationen haben, am meisten geeignet ist. — Das trockenkühle Seeklima ist dem Hochgebirgsklima gleich zu erachten und verdient nur bei Skrofulose den Vorzug vor diesem. Wie beim Hochgebirgsklima kommen auch bei trockenkühlem Seeklima zunächst Sommerkuren und erst, wenn der Patient eine genügende Widerstandsfähigkeit erreicht hat, Winterkuren in Betracht, die am besten in Anstalten stattzufinden haben. — Entgegengesetzt wirkt das feuchtwarme Seeklima, das dem Kesselklima ähnlich ist, aber noch immer etwas anregt. Für nicht zu schwer Kranke sind die Vorteile des Seeklimas durch langdauernde Seereisen am besten zu erreichen. — Schließlich kommt zum Winteraufenthalt Tuberkulöser noch das Wüsten- und Steppenklima in Betracht, das sich durch seine Wärme, den geringen Feuchtigkeitsgehalt, Klarheit der Luft und die starke Besonnung auszeichnet; es eignet sich wohl am meisten für Kranke, denen vorher das subalpine Klima empfohlen wurde. Bei allen Patienten ist jedoch die Klimakur am besten in Sanatorien vorzunehmen, und so fordert Senator, daß alle die Fälle, welche bisher in den Volksheilstätten des Flachlandes behandelt wurden, in Sanatorien im Gebirge oder an der See behandelt werden möchten, und daß man die Flachlandsanatorien für progresse Fälle benutzen solle.

2. Bruck gelang es vor einiger Zeit, bei einer Miliartuberkulose im Blutserum Tuberkelbazillensubstanzen und beim Fortschreiten der Infektion Antituberkulin nachzuweisen; weiter vermochte er auch in pleuritischen Exsudaten den Nachweis gelöster Tuberkelbazillenstoffe zu erbringen. Meyer untersuchte deswegen Exsudatflüssigkeit aus mehreren stark tuberkulösen Leichen, sowie auch einige durch Punktion vom Lebenden gewonnene Pleuritisflüssigkeiten. Es gelang ihm in keinem der acht Fälle, mit der Komplementbindungsmethode Tuberkelbazillenstoffe (Antigen) nachzuweisen. Er weist nach, daß rein rechnerisch der Antigennachweis in Körperflüssigkeiten nur selten gelingen kann, und hält weitere Untersuchungen über den Antikörpergehalt tuberkulöser Exsudate für wünschenswert.

3. Für die Diagnose der Lungenkrankheiten hat sich die Röntgenuntersuchung als ein wichtiger Faktor erwiesen. Während die Röntgendurchleuchtung nur für vereinzelte Fälle ein abschließendes Resultat gibt, ist sie als Hilfsuntersuchung zur Kontrolle der Hilusdrüsen und des Williamschen Symptoms wichtig. — Die Aufnahme auf der photographischen Platte hält Verfasser den physikalischen Untersuchungen für ebenbürtig, wenn nicht gar überlegen. Es gelingt beim Vorhandensein kleiner Infiltrate oft, die beginnende Lungenspitzentuberkulose durch die Röntgenplatte zu diagnostizieren. Auch Kavernen und Kalkherde in den Lungen sind sehr deutlich zu erkennen, auch aus den Trübungen einer Lungenspitze lassen sich oft Schlüsse ziehen, die für die Frühdiagnose der Lungenspitzentuberkulose verwertbar sind. Selbstverständlich müssen alle Fehlerquellen berücksichtigt werden und sind nur technisch vollendet gute Röntgenogramme diagnostisch brauchbar.

4. Man ist der Ansicht, daß die pneumatische Therapie in den letzten Jahren mit Unrecht sehr vernachlässigt sei. Natürlich dürfe man nicht in dieser Therapie eine Panazee suchen, sondern müsse von vornherein ungeeignete Fälle von derselben ausschließen. In längerer Auseinandersetzung bespricht Verfasser die Tierversuche und theoretischen Betrachtungen anderer Autoren und kommt dann zum Schlusse auf die Anwendung der pneumatischen Kammer in der Praxis zu sprechen. Er empfiehlt sie vor allen Dingen bei dem chronischen Bronchialkatarrh, dem catarrhe sec, während er die Fälle mit abundanter Sekretion für weniger geeignet für diese Therapie hält. Gute Erfolge sah er auch bei der Nachbehandlung der Pleuritis, wo die Therapie erst nach Ablauf des entzündlichen Stadiums einzusetzen hat. Er beseitigt hiermit einerseits die Verklebungen und Adhäsionen und wirkt anderseits auf die in der Lunge etwa entstandenen atelektatischen Stellen. Auch die Resorption etwa noch vorhandener Exsudatreste wird durch den stärkeren negativen Druck direkt begünstigt. Auch bei Lungenemphysem und Asthma bronchiale soll die pneumatische Kammer mit gutem Erfolg angewendet werden. Während einige Autoren teilweise bei tuberkulösen Katarrhen von der Anwendung der pneumatischen Kammer absehen, glauben andere und mit ihnen auch Aron dieselbe wohl empfehlen zu dürfen. Aron hält dieselbe nur bei Fieber und Neigung zu Hämoptöe für kontraindiziert. Bei Kurzatmigkeit und Bronchokatarrhen infolge von Herzfehlern hält Verfasser die pneumatische Kur für nicht am Platze. Auch für die Behandlung der Anämie und Chlorose hat man die pneumatische Kammer empfohlen. — Verfasser bemerkt ausdrücklich, daß man aber während der Anwendung der pneumatischen Kammer niemals die anderen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel der medikamentösen Therapie, Hydrotherapie, Klimatotherapie etc. vernachlässigen dürfe.

5. Nach einigen allgemeinen Angaben über den Betrieb in der Anstalt betonen die Verfasser, daß sie die Prognose bei Larynxtuberkulose nicht für schlecht halten, sondern daß sie bei

vielen Fällen nach operativer Behandlung völlige Heilung sahen. Sodann erwähnen die Verfasser, daß sie im letzten Jahre Luftbäder im Freien mit gutem Erfolge angewandt hätten. Besonders günstig waren die Luftbäder für die zur Neurasthenie neigenden Kranken. Das Luftbad wurde nur solchen Patienten verordnet, bei welchen keine frischen oder progresse Prozesse vorhanden waren. Auch bei Patienten mit Herzschwäche, fieberhaften Temperaturen, frischen Rippenfellveränderungen wurden Luftbäder vermieden. Jedem Patienten wurde genau vorgeschrieben, welche Uebungen er im Luftbade vornehmen sollte, wobei stets nach der Leistungsfähigkeit des einzelnen genau individualisiert wurde. Besonders wichtig war den Verfassern ein Trockenfrottieren vor und nach dem Bade. Die Dauer der Bäder betrug 5 bis höchstens 20 Minuten. Einige Patienten setzten die Bäder bis gegen Weihnachten fort, sonst wurden im Winter nur Zimmerluftbäder angewendet. Während die Verfasser die Luftbäder für sehr gut für Lungenkranke halten, sind sie für die Sonnenbäder weniger eingenommen. Sie halten sie direkt kontraindiziert für Kranke mit noch aktiven Herden wegen der zu starken Wirkung auf die Haut und den Gesamtorganismus. Ebenso halten sie dieselben für schädlich für fette Lungentuberkulöse, für welche die Prognose überhaupt meist eine schlechte sei.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg-Berlin.

1. **Die Entstehung des Dekubitusgeschwürs am prolabierten Uterus.** Von Kermauner-Heidelberg. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb., 1908, Mai.

2. **Die Appendizitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane.** Von Pankow-Freiburg. Hegars Beiträge, 13, I.

3. **Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Sekakornins.** Von Thomson. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22.

4. **Diabetes mellitus als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft.** Von Schottelius-Leipzig. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 18.

5. **Ueber Nabelversorgung.** Von Feitler-Wien (Klinik Schauta). Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 18.

6. **Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers.** Von Müller-Magdeburg. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

1. Das Dekubitusgeschwür am prolabierten Uterus, dessen Entstehung auf Reibung an Kleidern und Oberschenkel mit nachfolgender Nekrose der epithelberaubten Stellen zurückgeführt wird, entsteht nach Kermauner durch Rißverletzungen der oberflächlichen Schleimhautschichten. Die Schleimhaut reicht für den vergrößerten Vorfall nicht aus, ist nicht genug dehnungsfähig und birst infolgedessen.

2. Zur Klärung der Frage nach der Häufigkeit der Blinddarmentzündung bei der Frau und der pathogenetischen Bedeutung hat Pankow 150 bei gynäkologischen Laparotomien mit entfernte Wurmfortsätze untersucht.

Für abgelaufene Entzündungen, die sich nicht durch Obliteration oder ausgedehnte Schleimhautzerstörung dokumentieren, wird auf die Veränderungen der Serosa und vornehmlich der Muskularis hingewiesen; bei der Rückbildung der akuten Entzündung kommt es in der Muskularis des Prozessus zu einer Vermehrung des intermuskulären Bindegewebes; die normale Muskulatur sieht infolgedessen wie aufgesplittert aus. Muskelnarben sind als sicherer Beweis einer vorausgegangenen Entzündung aufzufassen, die zur Perforation geführt hatte. Die Serosa ist nach der Ausheilung bindegewebig verdickt.

An den 150 Appendizes ließen sich in 56% sichere Zeichen einer überstandenen Entzündung nachweisen; eine weitere Anzahl wiesen einen fraglichen Befund auf, so daß P. zu dem Schluß kommt, daß etwa 60% aller Frauen in der Blüte der Geschlechtsreife eine Blinddarmentzündung durchgemacht hatten. (Aus diesen 150 wegen Unterleibsbeschwerden operierten Fällen eine für die Gesamtheit der Frauenwelt gültige Prozentzahl abzuleiten, erscheint Ref. etwas sehr gewagt.)

Im einzelnen bespricht Pankow die Appendizitis und die entzündlichen Adnexerkrankungen.

Er hebt die Wichtigkeit der Appendizitis für die Entstehung der pelviperitonitischen Adhäsionen mit ihren Folgeerscheinungen hervor und zeigt an einigen Fällen, wie Verwachsungen der Uterusanhänge auf vorausgegangene Appendizitis zurückzuführen seien. Auch das umgekehrte, der Uebergang der Adnexentzündung auf die Appendix kommt vor.

Die klinische Deutung der Krankheitsbilder kann durch gleichzeitiges Bestehen von Appendizitis und Adnexerkrankung sehr erschwert sein.

Die makroskopische Untersuchung der Appendix genügt nicht, erst die mikroskopische läßt oft die Ursache für sonst unklare Beckenbauchfellveränderungen erkennen.

Auch bei der Sterilität spielen pelviperitonitische Adhäsionen infolge Appendizitis in Fällen, in denen Tuberkulose und Gonorrhöe auszuschließen sind, oft eine wichtige Rolle. Verwachsungen um das Tubenrohr können sich bilden, die trotz offener und freiliegender Tubenostien durch Abschnürung und Abknickung dem Ei den Durchtritt hindern, es kann durch perisalpingitische Adhäsionen das Tubenostium verlegt werden, während dahinter der Pavillon selbst offen bleibt, und es kann schließlich eine Verklebung der Fimbrienenden und dadurch Verlegung des Tubenlumens eintreten. P. sah derartige Fälle fünfmal. Prognostisch sind sie günstiger zu beurteilen als die gonorrhoischen Veränderungen, bei welch letzteren immer endosalpingitische Veränderungen eine Rolle spielen.

P. hebt ferner hervor, wie die klinischen Symptome einer „chronischen Appendizitis“ denen der Retroflexio uteri mobilis, der chronischen Oophoritis, des Ren mobilis dexter gleichen und es oft schwer ist, die Ursachen der Beschwerden im Einzelfalle festzustellen.

Physiologische und Situsveränderungen an der Appendix sind ebenfalls als Ursache klinischer Beschwerden von Hochenegg hervorgehoben worden. Füllungszustand, Länge des Mesenteriolums kommen in Betracht. Kotsteine spielen nach Aschoffs Ansicht nicht die ihnen zugeschriebene Rolle bei der Entstehung des akuten Anfalls.

Große Schwierigkeiten kann die Differentialdiagnose gegen Hysteroneurasthenie bewirken. P. zeigt dies an Fällen, die nach Entfernung eines normalen Prozessus geheilt wurden, an solchen, die trotz Entfernung eines erkrankten Prozessus über die alten Beschwerden weiter klagten.

Er kommt schließlich für gynäkologische Operationen zu der Forderung, daß die Appendektomie in allen Fällen, in denen das Abdomen eröffnet wird — auch prophylaktisch —, gemacht werden soll.

Diese Forderung stützt er dann noch durch die Möglichkeit einer späteren Kombination von Schwangerschaft und Blinddarmentzündung. Die Appendizitis hat in graviditate eine so hohe Mortalität (über 50%), daß schon geraten wurde, bei jeder an Appendizitis erkrankten Frau, die noch schwanger werden kann, den Wurmfortsatz fortzunehmen.

Die Therapie der Appendizitis in graviditate im akuten Anfall hat in jedem Falle in sofortiger Appendektomie zu bestehen. (Bisweilen wird der Gynäkologe aufgefordert, in solchen Fällen den Abort einzuleiten, ein Verfahren, das als Kunstfehler zu bezeichnen ist und leicht für die Patientin verhängnisvoll werden kann. Ref.)

Verwechslungen mit Pyelitis, Gallenstein sind natürlich auch hier möglich.

Im Intermediärstadium neigt Pankow in graviditate mehr dem operativen Verfahren zu, nur bei leichter Erkrankung und wenn Abszedierung nicht nachzuweisen ist, wird abgewartet, falls die Frau nicht nahe dem Ende der Schwangerschaft ist; klinische Behandlung ist dabei absolut nötig, um bei den ersten Anzeichen eines Einsetzens der Frühgeburt sofort operativ eingreifen zu können. Wehentätigkeit und Verkleinerung des Uterus erhöht durch Sprengung von Adhäsionen die Gefahr.

Die Therapie beim Douglasabszeß nach Appendizitis in graviditate ist eine operative; derselbe kommt meist nur bis zum vierten Monat vor, doch beobachtete P. einen solchen im achten Monat; der Abszeß wurde von der Vagina aus eröffnet, ohne daß bei der Geburt später eine Infektion aus der noch offenen Fistel erfolgte.

In einem anderen Falle von appendizitischem Abszeß auf der Darmbeinschaufel in graviditate wurde Laparotomie mit vaginalem Kaiserschnitt kombiniert.

Aus der Aufstellung des Satzes, bei allen gynäkologischen Laparotomien den Prozessus zu entfernen, folgt schließlich, daß der Laparotomie gegenüber den vaginalen Methoden wieder ein breiterer Platz eingeräumt werden muß.

3. Thomson empfiehlt die Anwendung des Sekakornin-Roche

a) in der Nachgeburtsperiode und nach Abort, um Blutungen vorzubeugen, bei Atonia uteri, zur Beschleunigung der Involution und nach Ausschabung der Gebärmutter zur besseren Kontraktion derselben,

b) bei Menorrhagien und Metrorrhagien und Fehlen deutlich nachweisbarer Veränderungen in den Genitalien, bei Metritis, Myomen mit Ausschluß der submukösen und polypösen Geschwülste, und im Klimakterium,

c) bei akuteren entzündlichen Erscheinungen in der Geschlechtssphäre mit Vorsicht, da Schmerzen bezw. Exazerbation der Entzündung hervorgerufen werden können.

4. Die Prognose des Diabetes mellitus in graviditate ist für Kind und Mutter sehr ungünstig, ein Drittel bis die Hälfte der Kinder werden dabei verloren, von den Müttern erliegen viele dem Koma bald post partum. Schottelius bespricht unter Anführung eines Falles, der im Koma eingeliefert, eine halbe Stunde nach forcierter Entbindung starb, die Frage, ob es bei der schlechten Prognose der Komplikation von Schwangerschaft und Diabetes nicht ratsam erscheint, die Gravidität zu unterbrechen, und kommt zu dem Ergebnis, daß, wenn innere Medikation den Diabetes nicht beeinflußt, nach dem Rate von Hofmeier, Fellner, Born die Unterbrechung der Gravidität empfehlenswert sei.

5. An der Schautaschen Klinik werden neuerdings Versuche angestellt, durch Omphalotripsie die Nabelversorgung einfacher und besser zu gestalten. Die Technik ist folgende: Die Nabelschnur wird in gebräuchlicher Weise ca. 6 cm vom Nabel entfernt abgebunden. Nach dem Bade wird die Nabelgegend sorgfältig gereinigt und eine ausgekochte, in Alkohol bereitliegende Pince knapp über dem Hautrande — mit Vermeidung des rötlichen Saumes von Kapillaren — angelegt, der Nabelschnurrest mittels eines Skalpells oder Knopfmessers unmittelbar über dem Instrumente abgeschnitten. Die Pince bleibt mindestens zehn Minuten liegen, nach Abnahme derselben präsentiert sich die abgeklemmte Partie der Nabelschnur als eine fast papierdünne Membran. Der Nabelverband besteht aus steriler hydrophiler Gaze und einer 5 cm breiten Kalikotbinde. Das Kind wird während seines Aufenthaltes in der Klinik nicht gebadet, der Nabelverband täglich gewechselt. Bei 600 Fällen, die so behandelt wurden, fanden sich in 52 Fällen Nachblutungen, in den meisten Fällen kam es zum Austritte von wenigen Tropfen dickflüssigen, bald gerinnenden Blutes aus einem vielleicht nicht genügend komprimierten Blutgefäß, besonders bei sulzreichen Nabelschnuren, nur zweimal eine profuse Blutung nach mehreren Stunden. Die Blutungen wurden durch abermaliges Anlegen einer Pince durch eine halbe bis drei Stunden gestillt. Bei den schweren Blutungen betraf eine ein vielleicht hämophiles Kind, Blutung stand erst auf Kompressionsverband, die andere betraf ein asphyktisch geborenes Kind; Blutung stand nach zehnstündigem Liegenlassen der Pince.

Anomalien in der Heilung fanden sich in sieben Fällen.

In 31% Abfall des Restes bis zum fünften Tag, in 64% bis zum zehnten Tage.

Das Baden der Kinder, das bei den ersten 600 Fällen fortgelassen wurde, scheint doch einen günstigen Einfluß auf die Kinder zu haben und wurde bei weiteren 60 Fällen, die mit Pinces behandelt waren, ohne Schaden der Nabelheilung ausgeführt.

Ob man die Methode außerhalb der Klinik den Hebammen allein überlassen soll, das muß nach Ref. Ansicht doch sehr erwogen werden, denn wenn in 8,67% sich, wenn auch unbedeutende Nachblutungen einstellten, so wird der Vorteil der Asepsis, den die Klemmethode haben mag, sicher durch polypragmatische Maßnahmen, die die Hebammen bei Nachblutung in der Angst vornehmen werden, aufgehoben werden.

6. Müller hat in fünf Fällen schwerer puerperaler Allgemeininfektion nach Injektion großer Dosen (20 bis 30 ccm täglich mehrere Tage hintereinander) Menzerschen Streptokokkenserums in vier Fällen Heilung, in einem ad exitum gekommenen Falle auf Injektion Temperaturabfall beobachtet, von den geheilten Fällen waren in zweien Streptokokken im Blute nachzuweisen. Er hat die Ueberzeugung aus den Fällen gewonnen, daß das Serum eine unverkennbar günstige Wirkung auf gewisse Fälle ausübt und eine wertvolle Bereicherung der therapeutischen Mittel gegen Puerperalfieber darstellt. Bei allen Prozessen, die mit Eiterbildung einhergehen, ist das Serum kontraindiziert.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, früher Oberarzt am Königl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Die Fulgurationsbehandlung der Krebse nach Keating-Hart.** Von E. Rosenkranz. Berl. klin. Wochschr., 1908, 18. Mai.

2. **Die Behandlung der Lues mittels Elektrizität.** Von F. Schramm. Allgem. Wiener med. Zeitg., 1908, 12. Mai.

3. **Therapeutische Wirkung der Hochfrequenzströme.** Von E. Bonnefoy. Zeitschr. f. neuere physikal. Therap., 1908, Nr. 10.

1. Bericht (Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft) über die Methode und die Erfolge der von Keating-Hart angegebenen Fulguration der Krebse. Im allgemeinen wird so vorgegangen, daß die maligne Neubildung (event. nach Freilegung) fulguriert, dann ausgelöffelt und der Grund darauf nochmals fulguriert wird. Das langdauernde und sehr schmerzhafte Verfahren kann nur in tiefer Narkose ausgeführt werden, ist also kein gleichgültiger Eingriff, der nach Ansicht des Referenten vorläufig nur bei wirklichen Karzinomen ausgeführt werden sollte. Bei den gutartigen Kankroiden der Haut leistet meist die Röntgenbehandlung so Ausgezeichnetes bezüglich des kosmetischen und des Dauerresultates, und zwar ohne Schmerzen und ohne Narkose, daß es ein Unfug wäre, hier zu fulgurieren. Nur in den seltenen Fällen, wo die Röntgenbehandlung versagt, mag die Fulguration an ihre Stelle treten.

Die Erfolge der letzteren sind als recht günstige, z. T. als verblüffende zu bezeichnen. Abbildungen eines Falles von Karzinom der rechten Orbita und eines Falles von Karzinom des linken Augenwinkels und der linken Wange veranschaulichen das gute kosmetische Resultat. Von Dauerheilungen kann bisher nicht gesprochen werden, da die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. In der Diskussion wird von allen Rednern anerkannt, daß die bisher erzielten Erfolge jedenfalls zur weiteren Nachprüfung ermuntern, gleichzeitig aber betont, daß man ein definitives Urteil über die Bedeutung des Verfahrens für die Krebsbehandlung zurzeit noch nicht fällen kann. Fulguration und Röntgentherapie sind keine Konkurrenzmethoden, bei ersterer handelt es sich um grobe mechanische Wirkungen, bei letzterer um tiefgreifende biologische Einflüsse.

2. Der Verfasser hat im Sommer 1905 zwei syphilitische Primäraffekte an der Glans penis „fulguriert" und in wenigen Sitzungen zur Heilung gebracht. Bis heute sind keine sekundären Erscheinungen aufgetreten. Auch bei Masern will der Verfasser durch entsprechende Behandlung der Nasen- und Rachenschleimhaut im initialen Inkubationsstadium den Ausbruch des Exanthems völlig verhindert oder den ganzen Verlauf wenigstens milder gestaltet haben. Ueber das Instrumentarium und die Art der Anwendung fehlt jede Angabe.

3. Bericht über günstige Erfolge bei Arteriosklerose und Raynaudscher Krankheit durch Behandlung mit Hochfrequenzströmen (allgemeine d'Arsonvalisation, Autokonduktion).

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Beitrag zur bildlichen Darstellung von Lungenbefunden.** Von Trunk. Zeitschr. f. Tuberk., Bd. XI, H. 2.

2. **Neue Stadieneinteilung der Lungentuberkulose.** Erlaß des preuß. Kultusminist. Med. Ref., 1908, Nr. 14, vergl. auch Therap. Rundsch., S. 311.

Public

3. **Ueber Krankheitsdisposition.** Von Doz. Dr. E. Wieland-Basel. Beiheft zur Med. Klinik, 1908, Nr. 4. Berlin. Urban & Schwarzenberg. 26 S. Preis 1 M.

4. **Die gemeinsame Grundlage von Schwindsucht und Krebs.** Von Fr. v. d. Velden-Frankfurt. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 20.

Artikel 1 und 2 seien hier kurz referiert als Beispiele einer Auffassung, zu der die biologische Krankheits- und Heillehre in einen gewissen Gegensatz getreten ist.

1. Trunk hat die von Schaefer, Besold, Elkan, Sahli, Turban vorgeschlagene Zeichensprache zur graphischen Darstellung von Lungenbefunden seinerseits bearbeitet und zu vervollständigen gesucht. Welch hohen Grad von Exaktheit er erreicht hat, das geht u. a. daraus hervor, daß er bei der Atmung zwischen „leise verschärft“ und „gering verschärft“ zu unterscheiden vermag, und daß er bei den Nebengeräuschen nicht nur für Schnurren, Pfeifen und Giemen, sondern auch für Knurren, Brummen, Murren, Knattern, Stöhnen, Piepsen, Schnarchen und Juchzen je ein eigenes Zeichen anwendet, das zudem verschieden ist, je nachdem das Geräusch beim In- oder Exspirium entsteht.

2. Das Kultusministerium hat durch Erlaß vom 9. Januar dieses Jahres die von der 4. internationalen Tuberkulosekonferenz angenommene Stadieneinteilung der Lungentuberkulose für alle statistischen Erhebungen, insbesondere die Versicherungsanstalten und Heilstätten verbindlich gemacht.

Beim ersten Stadium dürfen die Erscheinungen nicht über Klavikula und Spina skapulae bezw. zweite Rippe hinausgehen, das zweite Stadium erstreckt sich auf einen halben bezw. einen ganzen Lungenlappen; das dritte umgreift die darüber hinausgehenden Erkrankungen.

Als leichte Erkrankungen werden disseminierte Herde mit leichter Dämpfung, als schwere Affektionen Infiltrationen mit starker Dämpfung angesehen, beide mit den entsprechenden Veränderungen des Atmens.

Zu den schweren Erkrankungen zählt natürlich auch die Höhlenbildung.

Von letzterer etwa abgesehen, dürfte der positive Wert derartiger Unterscheidungen und Einteilungen wohl nicht allzu hoch anzuschlagen sein. Man kann die Schwere der Erkrankung nicht mit dem Zentimetermaß berechnen, sondern muß sich nach dem Allgemeinzustand, der Konstitution, dem Reaktionsvermögen etc. richten.

„Auch bei Abwesenheit nachweisbarer morphologischer Veränderungen kann das Zellenleben stark beeinträchtigt sein“, und umgekehrt braucht selbst einem relativ sehr schweren Lokalbefunde nicht immer eine schwere Allgemeinerkrankung zu entsprechen. Vor allem haben die obenerwähnten, z. T. überexakten Austüftelungen feinster und kleinster Unterschiede im Lokalbefund für diejenige Tätigkeit, die für den Arzt die wichtigste sein sollte, nämlich für die Behandlung gar keine Bedeutung, denn diese richtet sich (mit Ausnahme gewisser selten vorkommender technischer Maßnahmen) nach den erwähnten Beobachtungen und Erfahrungen allgemeiner Natur.

Aehnlich denkt auch Meißen (Einige Bemerk. z. Wiener Stadieneinteilung, Ztschr. f. Tbk., 1908, H. 4), indem er beklagt, daß die Stadieneinteilung und diejenige in leichte und schwere Fälle fast nur nach quantitativen, viel zu wenig aber nach qualitativen Eigenschaften erfolge, auf die es doch hauptsächlich ankomme.

Er schlägt deshalb vor, wenigstens die Unterscheidung in leichte und schwere Fälle, bei der es nicht allein auf den physikalischen Befund, sondern vielmehr auf die klinische Beurteilung ankomme, fallen zu lassen und statt ihrer lieber durch die Zusätze G bezw. O hinter die Stadienzahl anzudeuten, ob es sich um einen Fall mit oder ohne Absonderung (offene oder geschlossene Tbk.) handle. Ein beigefügtes F könne außerdem noch die event. Fieberhaftigkeit anzeigen. Auf diese Weise werde man wenigstens einige Mängel der Einteilung beseitigen und müsse sich im übrigen mit dem Gedanken trösten, daß eine minderwertige Einteilung immer noch besser sei als gar keine.

3. Die alltägliche Beobachtung mußte, wie Wieland ausführt, mit Notwendigkeit dazu führen, von jeher zwei Faktoren für das Eintreten und die Verlaufsweise einer Krankheit verantwortlich zu machen: Erstens die Einwirkung einer bestimmten inneren oder äußeren Schädlichkeit oder Krankheitsursache, zweitens das Vorhandensein einer empfänglichen, zur Erkrankung geneigten und für deren Verlauf ausschlaggebenden Körperbeschaffenheit, der Krankheitsanlage oder Disposition. Letztere kann sowohl ererbt als erworben sein.

Schon bei Virchow findet sich die Vorstellung einer vermehrten Reizbarkeit gewisser Gewebe oder Zellen, die wohl als Grundlage für die krankhafte Anlage angesprochen werden könnte. Bei der damaligen mangelhaften Kenntnis der Krankheitsursachen war aber eine klarere Vorstellung von dem Wesen dieser abnormen Reizbarkeit und damit ein Einblick in die wahre Natur der Disposition sowie die Beziehungen zwischen Krankheitsanlage und -ursache nicht zu erwarten.

Als nun die Bakteriologie nachwies, daß die Ursache der meisten (? Ref.) Krankheiten, speziell aller Infektionskrankheiten, außerhalb des Körpers in kleinsten Lebewesen gesucht werden müsse, da war zwar über den einen der beiden Erkrankungsfaktoren größere Klarheit geschaffen — leider wurde aber nun infolge der bakteriologischen Entdeckungen die Bedeutung, die dem lebenden Körper den Krankheitserregern gegenüber zukommt, außer acht gelassen und der Dispositionsbegriff als „veraltet“ und „abgetan“ bezeichnet (so z. B. in den achtziger Jahren von Cohnheim, Baumgarten etc.). Statt seiner wurde z. T. Virulenzsteigerung der Bakterien, größere Exposition oder Infektionsgelegenheit ins Feld geführt, letztere namentlich im Hinblick auf die Erfolge der Desinfektion und Isolierung.

Seit den neunziger Jahren sollte aber der Dispositionsbegriff wieder zu Ehren gelangen. Hierzu trug vor allem bei die Entdeckung der gesunden Bazillenträger, ferner der Befund latenter Tuberkulose, die im Leben keinerlei Symptome gemacht hatte, bei 90% sämtlicher Sezierten, endlich in den letzten Jahren das Studium der Lebensäußerungen des Organismus unter dem Einflusse einer Infektion und der Ausbau der Lehre von der sogen. Immunität.

Man entdeckte die dem Organismus innewohnende Fähigkeit ganz allgemeiner Natur: gegen aphysiologische, d. h. fremde schädigende Stoffe oder Reize durch Gegenreize und Gegenstoffe, durch Bildung von Gegengiften zu reagieren. Diese Reaktion*) der betreffenden und geschädigten Körperzellen nennen wir Krankheit, sie ist ein sekundärer Vorgang. Den primären Faktor aber, die notwendige Voraussetzung ihres Eintretens, nämlich das Vorhandensein reizempfänglicher Körperzellen nennen wir Disposition oder Krankheitsanlage. Ohne den spezifisch vorbereiteten reaktionsfähigen Boden unserer Körperzellen ist das Zustandekommen von Krankheit ebenso wenig denkbar wie das Eintreten von Genesung oder von vermehrter Resistenz (Immunität) als Folge der ausgelösten Abwehrreaktionen.

Die genannten Körperzellen stehen unter dem allgemeinen, für jede lebende, d. h. reizempfängliche Zelle geltenden biologischen Gesetz, demzufolge bestimmte Zellen auf jeden differenten Reiz jedesmal durch einen genau entsprechenden spezifischen Gegenreiz mit spezifischem Abwehrprodukt antworten. An der Zusammensetzung desselben sind spezifische Stoffe mitbeteiligt, die in der Zelle selbst bereits vorgebildet waren. Der (Gegenreiz oder) Gegenkörper besteht also aus disponiertem Zellmaterial.

„Disposition ist also nicht Fehlen von Immunität, von Widerstandskraft, sie ist kein negativer Begriff. Disposition als funktionelle, wahrscheinlich spezifische Eigenschaft der Körperzellen ist vielmehr etwas Positives, Greifbares, in Bau und Funktion bestimmter Zellen begründet Liegendes, ein Zustand, dessen Vorhandensein sich zwar einstweilen nicht durch das Mikroskop, oft aber durch das Eintreten der biologischen Abwehrreaktionen mit Sicherheit beweisen läßt.“

Die Disposition ist ferner, obgleich in ihrer Intensität stark wechselnd, ihrem eigentlichen Wesen nach immer etwas Bleibendes im Gegensatz zur Immunität, die wohl immer etwas Vorübergehendes und der Disposition Untergeordnetes ist.

---

*) Man würde vielleicht besser sagen: die abnormen Erscheinungen, unter denen diese Reaktion vor sich geht, weil es auch eine „besonders kräftige und rasche Mobilisierung der Verteidigungsmittel des Organismus“ (s. u.) ohne Krankheitserscheinung gibt: Reaktion „der Immunen“. Ref.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Für die Tatsache der natürlichen, angeborenen Immunität einzelner Individuen gegenüber den verbreitetsten menschlichen Infektionskrankheiten ist die Deutung noch fraglich. Ehrlich nimmt angeborenes Fehlen einer Disposition, reizempfänglicher Zellen an, Metschnikoff, Kißkalt etc. supponieren eine besonders kräftige und rasche Mobilisierung der Verteidigungsmittel des Organismus, auch könnte es sich um allmähliche Giftgewöhnung handeln (Wassermann und Citron), Sauerbeck nimmt neben der bakteriolytischen und phagozytären noch eine besondere antitoxische histogene Immunität an.

Von bestimmendem Einfluß auf die Disposition, die Reizempfänglichkeit der Körperzellen sind Heredität (Familiendispositionen), Zeit, Ort, Lebensalter, die von äußeren Einflüssen abhängigen, ungleichen Lebens- und Existenzbedingungen, außerdem die wechselnde Stärke der Krankheitsreize, insbesondere die Virulenz der Krankheitserreger, alle „prädisponierenden“ oder krankheitsbefördernden Momente (wie z. B. Ueberanstrengung, Hunger, Erkältung, fehlerhafte Ernährung, durchgemachte Krankheiten, Schwangerschaft etc.).

Die Lokaldisposition bestimmter Organe (locus minoris resistentiae) kann durch Veränderungen anatomischer, mechanischer etc. Art bedingt sein, es gibt aber auch eine physiologische Organdisposition (z. B. Lungentuberkulose des Erwachsenen, Drüsentuberkulose des Kindes, Diphtherie in Nase, Rachen, Kehlkopf, Typhus etc. auf der Darmschleimhaut), obschon hier auch noch andere Momente in Betracht kommen.

Jedenfalls scheint Hueppe recht zu haben, wenn er betont, daß die Spezifität der Reaktion, die Eigenart der Krankheit, nicht sowohl abhänge vom spezifischen Reiz als von der spezifisch gebauten empfänglichen Körperzelle.

Den Schluß der dankenswerten zusammenfassenden Arbeit bildet ein Hinweis auf die Wichtigkeit der Krankheitsverhütung durch Erhöhung der Widerstandskraft. Da nämlich die Möglichkeit, krank zu werden, von dem Vorhandensein von Angriffspunkten der Krankheitsreize, d. h. von schwachen Stellen oder Krankheitsanlagen abhängt, so ist deren Beseitigung viel wichtiger als die Vernichtung und Ausschaltung der Krankheitserreger.

4. Früher bestand unbestritten die Ansicht, so führt Verf. aus, daß zum Entstehen der Schwindsucht meist eine ererbte Konstitutionsanomalie nötig sei und daß auf zahlreiche Fälle, in denen man ihren Ausbruch auf die Beschaffenheit der Eltern und Großeltern zurückführen kann, erst einer kommt, den man als akquirierte Schwindsucht, Schwindsucht nach mechanischer Lungenverletzung, erschöpfenden Krankheiten, bei Potatorium, Syphilis oder allgemeinem Elend bezeichnen kann.

Diese alte Ansicht kommt jetzt wieder zu Ehren, nachdem besonders Riffel*) hier vorgearbeitet hat. Gleichzeitig hat der genannte Autor aber durch seine fleißigen, auf mehrere Generationen einer Ortschaft ausgedehnten Untersuchungen nachgewiesen, daß in ca. 50% der Schwindsuchtsfamilien auch Krebs vorkommt, daß also beide Krankheiten, äußerlich einander so unähnlich, doch auf demselben Boden gedeihen und näher verwandt sind, als gewöhnlich angenommen wird.

Konstitutionsverbesserung ist also das hauptsächlichste prophylaktische und therapeutische Mittel für beide Krankheiten und wichtiger als die Bazillenjagd. Esch.

---

*) Riffel: Weitere pathogenet. Studien über Schwindsucht, Krebs etc. Frankfurt 1901. Alt.

Varia.

1. Ueber das elektrische Enteroklysma bei Darmverschluß.

Von Prof. Dr. August von Luzenberger, Elektrotherapeut und Nervenarzt in Rom. Zeitschr. f. med. Elektrologie u. Röntgenkunde, 1908, März.

Der wohlbekannte und hochgeschätzte Elektrotherapeut und Nervenarzt Prof. Dr. von Luzenberger in Rom bringt an obiger Stelle einen bedeutsamen Aufsatz über das elektrische Enteroklysma bei Darmverschluß, welche Therapie mir sehr der Beachtung und Anwendung in weiteren Kollegenkreisen wert erscheint. Ich bringe deshalb an dieser Stelle eine möglichst eingehende Beschreibung der v. Luzenbergerschen Maßnahmen, da ich glaube, daß mancher Kollege der Sache Interesse entgegenbringen wird und über seine Erfolge zum allgemeinen Besten hier berichten kann.

. . . . . Ein mittelstarker metallischer Katheter wird in der Krümmung etwas gerade gestreckt und über ihn ein Nélatonkatheter gezogen, wobei zu beachten ist, daß die Fenster der beiden übereinander zu stehen kommen, was oft die Notwendigkeit mit sich bringt, im Nélaton ein zweites Fenster mit der Schere auszuschneiden. Da an den gewöhnlichen Kathetern keine Klammern für die Leitungsschnüre angebracht sind, muß man an einer Oese des Katheters die Leitungsschnur befestigen und kann nun mit dieser improvisierten Elektrode den Darm mit Enteroklysma und Elektrizität gleichzeitig angreifen.

Der Patient liegt mit angezogenen Beinen in Seitenlage. Die innere Katheter-Elektrode ist die Anode, während die Kathode in Gestalt einer möglichst überhandgroßen äußeren Elektrodenplatte in der Ileozökalgegend gut angefeuchtet mit Bändern befestigt wird. Nunmehr wird die innere Elektrode mit dem Gummischlauche eines Irrigators verbunden, so daß man mittels eines Drehhahnes eine lauwarme Salzwasserlösung in den Darm fließen lassen kann, wobei die eingefettete Darmsonden-Elektrode möglichst weit hinaufgeführt und das Wasser langsam eingelassen wird. Sobald ein halber Liter im Darme ist, wird mit dem Einschleichen des galvanischen Stromes begonnen. Selbstredend ist ein gutes Galvanometer unerläßlich. Nach Einlauf eines Liters wird der Wasserzufluß abgestellt, und man darf alsdann die Stärke des Stromes bis 50 Milliampère ansteigen lassen, ohne lokalen Schaden anzurichten.

Diesen Strom von 50 M.-A. läßt unser Gewährsmann fünf Minuten lang ruhig hindurchgehen, hierauf reduziert er ihn auf 5 bis 10 M.-A. und versucht in dieser Stärke voltaische Alternativen mit dem Stromwender auszuführen. Der Kranke soll dabei heftige Kontraktionen in der Bauchmuskulatur empfinden, was bei 10 oder auch noch mehr M.-A. der Fall ist. Nachdem die richtige Stärke für diese Kontrakturen gefunden ist, macht man dann 50 nacheinander rhythmisch.

Alsdann bleibt man mit der Anode wieder an der Darmsonde und steigt mit der Stromintensität bis auf 50 M.-A., um das Spiel der voltaischen Alternativen, nach Reduktion des Stromes wie oben, nochmals in der gleichen Weise zu wiederholen.

Schließlich wird der Strom ganz ausgeschaltet und die Darmsonde vom Enteroklysmaschlauche provisorisch gelöst, wobei erstere im After stecken bleiben soll, damit aus dem Katheter so viel Wasser wie möglich in eine Bettschüssel laufen kann, welches je nach Färbung, Geruch und Menge wichtige Fingerzeige für die gelungene oder mißlungene Operation abgibt. Nunmehr wird der Irrigator mit frischem Salzwasser von 35 bis 40° C gefüllt und für den Fall, daß dieser ganze Liter ohne Schwierigkeit eingeführt werden kann, von weiteren elektrischen Maßnahmen abgesehen. Die Sonde wird alsdann herausgezogen, und der Patient geht auf den Leibstuhl, da die sitzende Stellung eine stärkere Bauchpresse ermöglicht. Sollte das Wasser hingegen schlecht einlaufen, so wird es wieder, wie oben geschildert, vom elektrischen Strome begleitet.

„Im Falle, daß die Wirkung nicht sofort eintritt — schreibt von Luzenberger zum Schlusse weiter —, pflegt sie in den ersten Stunden Platz zu greifen. Wenn aber auch dann nur reines Wasser abläuft und noch keine Winde abgehen, dann führe ich nach drei Stunden dieselbe Prozedur wieder aus, um sie nötigenfalls noch ein drittes Mal zu wiederholen. — Nach Angabe anderer Autoren soll die Methode wenigstens in 70% der Fälle gelingen. Mir ist sie in allen Fällen lebensrettend gewesen. Jedenfalls soll sie von nun an bei allen Kranken, bevor die Laparotomie ausgeführt werde, versucht werden.“

Hünerfauth-Homburg v. d. Höhe.

2. Ist die Naturheilkunde eine berechtigte Volksbewegung oder nicht?

Hierauf antwortet Dr. Rösler-Reichenberg („Neues Leben“, 1908, Nr. 4) folgendermaßen: „Die Antwort auf diese Frage hängt davon ab, was man unter Naturheilbewegung versteht.

Jeder einzelne ist berechtigt, je nach seinem Wissen und Können Maßnahmen zu treffen, um gesund zu bleiben oder es zu

Public Domain, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-google

werden. Und die einzelnen können sich organisieren, um gemeinsam ihr Wissen und Können zu fördern und zunächst ohne die Fachleute für ihre Gesundheit zu sorgen. Der Staat aber hat das Recht und die Pflicht, seine Bürger vor Schaden auf diesem Gebiete zu bewahren, Fachleute damit zu betrauen und der Selbstbetätigung der einzelnen gewisse Grenzen zu setzen. . . . .

Das Volk soll an seinen Beratern auf allen Gebieten Kritik üben und, wo der Beweis der Rückständigkeit erbracht ist, auf Fortschritt dringen. Wir müssen z. B. fordern, daß die Lehrer unsere Kinder nach dem neuesten Stande pädagogischer Wissenschaft unterrichten und erziehen, daß die Richter nach moderner Rechtswissenschaft ihre Urteile fällen usw.

Aber aus der Tatsache, daß es viele untaugliche Lehrer gibt und daß hier und da ein pädagogisches Genie außerhalb der Lehrerschaft bessere Erziehungsergebnisse hat, als das Gros der Lehrer, aus dieser unbestrittenen Tatsache leiten wir noch lange nicht die Konsequenz ab, die Erziehung unserer Kinder einem Menschen anzuvertrauen, der in sechs Wochen für 30 M. bei einem „Natur“pädagogen unterrichten und erziehen gelernt hat. . . .

Und darum, weg mit der Kurierfreiheit! Und noch strengere Prüfungen, noch mehr Wissen und Können ist zu verlangen. . . . .“

Möchten doch diese, in ihrer Einfachheit das „Siegel der Wahrheit“ tragenden Ueberlegungen bei der bevorstehenden Beratung des Kurpfuschereigesetzes gebührende Würdigung finden!

Esch.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referenten: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg, und Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn a. Rh.

1. **Ueber Energy.** Von Prof. Matthes. Pharmaz. Zeitg. 1908, Nr. 38.

2. **Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß nebst Beitrag zur Würdigung des „Fleischsaftes“ Puro.** Von Dr. Landmann. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

3. **Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe des Mannes.** Von Dr. Bottstein Ibidem.

4. **Arhovin, ein internes Antigonorrhoikum bei der Gonorrhöe des Mannes.** Von Dr. M. Dreysel, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Leipzig. Fortschr. d. Medizin, 1908, Nr. 4.

5. **Die Moorbäder Driburgs.** Von Lünnemann. Therap. Monatshefte, 1908, Mai.

6. **Ueber Agar-Agar bei habitueller Stuhlverstopfung.** Von Mangelsdorf. Therap. Monatshefte, 1908, Mai.

7. **Zur Methodik der Verwendung von Heidelbeerextrakt bei Darmaffektionen.** Von A. Lauler. Therap. Monatshefte, 1908, Mai.

1. In der Pharmaz. Zeitg. veröffentlicht Prof. Matthes einen Artikel über ein von ihm untersuchtes, von der Firma A. Winter & Co. in Lörrach (Baden) unter dem Namen „Energy“ in den Handel gebrachtes neues Präparat.

„Das einzig natürliche und vollkommen physiologische Gesundheitsgetrank, hergestellt nach ärztlicher Vorschrift aus konzentrierten Fruchtsäften, Orangenblütenbienenhonig, Azid. formizik. und pflanzensauren Alkalien. Zur Reinigung des Blutes, Neutralisierung der Säfte, Lösung der Harnsäure und aller anderen giftigen Stoffwechselprodukte. Für Säuglinge, Kinder und Erwachsene ein sicheres und unschädliches Schutzmittel gegen alle Infektionskrankheiten. Für die ärztliche Praxis besonders als Getränk bei Fieber usw. unersetzlich. In der Kinderpraxis unentbehrlich. Normaldosis: einen gehäuften Teelöffel voll in $^1/_4$ l heißem Wasser zu lösen, im Winter warm und im Sommer kühl genau und nach besonderer Verordnung des Arztes zu trinken.“

Energy stellt eine dickflüssige Masse von der Konsistenz des Honigs dar. Der Geschmack ist zunächst süß, dann kommt der säuerliche Geschmack durch.

Im Wasser löst sich „Energy“ fast klar, nach längerem Stehen scheidet sich ein rotbrauner Niederschlag, von Eisen herrührend, ab.

2. L. berichtet von einem seltenen Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß: Ein sonst gesunder Herr erkrankt bei Genuß kleinster Mengen von Hühnereiweiß an außerordentlich heftigen Vergiftungserscheinungen; auf die äußere Haut gebracht, ruft das Eiweiß nach etwa 10 Minuten ausgeprägte urtikariaähnliche Erscheinungen hervor. Mit diesem Herrn, der geradezu einen Indikator auf Hühnereiweiß abgab, machte L. einen Versuch mit Puro, das der Betreffende früher, vor 1900, genommen und anstandslos vertragen hatte. Er verrieb aus einer Probeflasche, wie sie Aerzten zur Verfügung gestellt wird, etwa das Quantum einer Erbse auf die Zungenspitze. Die Masse wurde auf der Zunge verteilt und dann langsam im Munde wie bei einer Geschmacksprüfung verarbeitet. Autosuggestion muß um so eher ausgeschlossen werden, als ja der Herr früher Puro gut vertragen hatte. Aber schon nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Minute bemerkte er ein eigentümliches Brennen und rief sofort: „Hier ist Hühnereiweiß“. Nach kurzer Zeit war die Zungenspitze gerötet, geschwollen, himbeerartig. Später hatte eine glasige, ödematöse Schwellung die ganze Zunge, Gaumen und Rachenwand ergriffen. Es trat vermehrte Speichelabsonderung, Tränen der Augen auf; das Gesicht hatte ein ausgesprochen krankhaftes Aussehen. Nunmehr Würgen und Erbrechen; nach einer Viertelstunde der erste Durchfall. 10 Tr. Opiumtinktur vermochten die Durchfälle nicht zu sistieren, die vielmehr eine besorgniserregende Ausdehnung annahmen (innerhalb von 7 Stunden 12 Stühle). Nach Tannismut mit Rotwein trat 8 Stunden nach Genuß des Puro Stillstand der Erkrankung ein, und zwar so plötzlich, daß wiederum eine Stunde später der betr. Herr ein Beefsteak mit einem Glase frischen, dunklen Bieres genießen konnte. Am anderen Tage ging er völlig gesund seinen Geschäften nach. — Der Fall ist wegen seiner Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß nicht minder eigenartig als wegen der Wirkungen, die der „Fleischsaft“ Puro ausübte.

3. Zu der auch an dieser Stelle referierten Arbeit von Dr. Knauth über interne Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe des Mannes macht B. einige Bemerkungen, aus denen besonders hervorzuheben ist, daß auch bei den Urologen noch heute der alte Satz gilt, daß es ein internes Mittel zur Heilung der Gonorrhöe nicht gibt, daß alle nur ein Adjuvans zur lokalen Therapie sind.

4. Bei Arhovin ist der bisher übliche Weg, ein inneres Antigonorrhoikum zu schaffen, ganz verlassen worden. Arhovin ist kein Balsamikum, hat mit den Balsamizis überhaupt nichts zu tun; es ist ein Additionsprodukt des Diphenylamins und der esterifizierten Thymylbenzoesäure.

D. erprobte Arhovin bei 47 akuten, 8 subakuten und 3 chronischen — sämtlich ambulanten — Fällen. Er beurteilt den Wert des Arhovins nach rein praktischen Gesichtspunkten wie folgt:

a) An Verträglichkeit und Reizlosigkeit ist das Arhovin wohl jedem anderen inneren Antigonorrhoikum überlegen, vom Magen wird es vorzüglich vertragen, auch bei 12 Kapseln pro Tag 6 Wochen lang. Niemals wurde, wie mitunter durch die Balsamika, eine Reizung der Blase oder Niere verursacht, auch bei stark entzündeter, sehr empfindlicher Blase konnte Arhovin stets anstandslos genommen werden.

b) Die subjektiven Beschwerden in der Pars anterior, also das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen, wurden im allgemeinen durch Arhovin recht günstig beeinflußt. Bei ausschließlich innerer Behandlung (17 akute unkomplizierte Gonorrhöen) nahmen Menge und Eitergehalt des Sekrets allmählich ab, dagegen wurde eine Heilung nicht erzielt, ebensowenig wie mit irgendeinem anderen inneren Antigonorrhoikum allein. Man muß also unbedingt neben Arhovin möglichst frühzeitig mit einer lokalen Behandlung einsetzen.

c) Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre resp. Blase — 26 akute, 8 subakute, 3 chronische Fälle — wurden die subjektiven Beschwerden noch günstiger beeinflußt als bei der Gonorrhöe der Anterior allein. Brennen, Harndrang, Schmerzen in der

Blasengegend ließen meist innerhalb weniger Tage nach, nur ausnahmsweise blieben sie zwei bis drei Wochen bestehen.

Die Azidität des Urins wird durch Arhovin entschieden verstärkt. Die Trübung wurde auch meist in recht günstiger Weise beeinflußt, in wenigen Fällen trat auch bei starker Trübung und schweren Entzündungserscheinungen überraschend schnell völlige Klärung ein. Je weniger die Prostata am Entzündungsprozeß beteiligt war, um so eher läßt sich auf Klärung des Urins rechnen.

d) Zur Erprobung der prophylaktischen Wirksamkeit des Arhovins standen 23 Fälle von akuter unkomplizierter Gonorrhöe der Anterior zur Verfügung. Bei 6 von diesen trat eine Beteiligung der Posterior zum Teil in sehr geringem Grade ein. Während D. sonst bei seinem Material 80 bis 90% Komplikationen aufzuweisen hat, hat er demnach bei Arhovin nur 26%. (Ein Kranker, der drei Wochen unter Arhovingebrauch frei von Komplikationen geblieben war und dann eigenmächtig Arhovin weggelassen hatte, bekam kurze Zeit später eine Urethritis posterior und daran anschließend eine Epididymitis.) Diese bedeutende prophylaktische Wirksamkeit ist es vor allem, die das Arhovin wertvoll macht. Zusammenfassend sagt D.: „Arhovin ist ein sehr gutes Adjuvans in der Gonorrhöetherapie, das, neben der Lokalbehandlung möglichst frühzeitig angewandt, die Beschwerden lindert, das Auftreten von Komplikationen erschwert, das bei Erkrankung der hinteren Harnwege vielfach Heilung herbeiführt, und zwar um so sicherer, je frischer, je weniger intensiv die Entzündung und je weniger eine Beteiligung der Prostata vorhanden ist.

5. Das Driburger oder Saatzer Moor enthält an schwefelsauren Alkalien in 1000 Teilen 2,19, an schwefelsauren Erden 21,62, an freiem Schwefel 26,12, an Humussäuren 344,0 und an humussauren Erden 77,93. Eisenoxydul ist nur in Spuren vorhanden. Das Saatzer Moor gehört also zu den reinen Schwefelmooren. Ein Moorbad wird bereitet durch Hinzufügen von Mineralwasser zur Moorerde und Erhitzen (ca. 40°) des Breies. Außer einem gesteigerten Wärmegefühl zeigen sich oft im Anfang Blutandrang zum Kopf, Atembeklemmung, Herzklopfen und großes Schwächegefühl. Körpertemperatur und Hauttranspiration sind häufig stundenlang gesteigert. Hauptsächlich wirken im Moorbade die Schwefelsäure und die Humussäuren antimykotisch, daneben läßt sich eine adstringierende Wirkung leicht an der Vagina feststellen. Die Säuren werden vom Moorbrei festgehalten und üben so keine ätzende Wirkung aus. Je dichter das Moorbad, desto leichter wird eine höhere Temperatur ertragen. Während die Haut durch Blutüberfüllung der Kapillaren lange gerötet bleibt, sind die inneren Organe blutleer.

Die Hauptanwendung des Driburger Moors erstreckt sich auf die Behandlung weiblicher Sexualleiden. Menorrhagische Beschwerden und einfacher Zervikalkatarrh sind dankbare Objekte der Moorbehandlung. Die Dauer einer solchen Kur, bei welcher oft mit Stahlbädern abgewechselt wird, beträgt meist sechs bis acht Wochen. Außer Erkrankungen der Tuben, Ovarien und Parametrien wirken die Moorbäder resorptionsbefördernd bei chronischem Gelenkrheumatismus, Muskelrheumatismus, Gicht, Ischias usw. Kontraindikationen bilden Vitium kordis, Arteriosklerose und andere ernstere innere Organerkrankungen. Auch Hysterie und Neurasthenie werden vorteilhaft einer Moorbehandlung unterzogen; für diese Erkrankungen passen Temperaturen von 35 bis 38° besser. Die Folgeerscheinungen der Appendizitis sowie Hämorrhoiden werden ebenfalls durch die Moorbäder infolge Verbesserung der Zirkulation günstig beeinflußt. Bachem-Bonn.

6. Weil nach Ansicht des Verfassers im Regulin die Sagradawirkung zu sehr in den Vordergrund tritt, suchte er reines Agar-Agar anzuwenden. Da wo bei atonischen Zuständen des Darmes das Regulin versagte, wirkte chemisch reines Agar besser. Verfasser bespricht den günstigen Einfluß des Präparates an der Hand von vier Fällen. Es gelang auch, den Korper in wohlschmeckender Form herzustellen, und es wird ein Agarpräparat unter dem Namen Agaroma (mit Himbeer- oder Orangegeschmack) von der Ludwigsapotheke in Kissingen in den Handel gebracht.

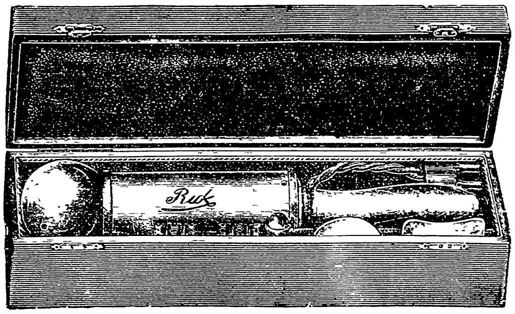
Bachem-Bonn.

7. Verfasser empfiehlt an Stelle von Tanninspülungen den von Strauß eingeführten Heidelbeerextrakt. Das von Merck dargestellte Präparat ist das durch Kalk neutralisierte Extrakt der Heidelbeere, dessen Zucker durch Vergärung entfernt wurde und das einen Zusatz von Menthol enthält. Der Kalk wirkt ohnehin schon antikatarrhalisch, das Menthol antiseptisch. Der eigentlichen medikamentösen Spülung geht eine Kalkwasserspülung voraus. Man nimmt ein bis zwei Eßlöffel des Extraktes auf 1 l heißes (42 bis 45° C) Wasser und macht den Einlauf zweckmäßig mit dem Straußschen Tamponschlauch. Die Wirkung erwies sich als sehr befriedigend bei Proktitis, Sigmoiditis und Kolitis. Auch bei akuten Darmkatarrhen zeigte sich Heidelbeerextrakt, in der geschilderten Weise angewandt, nützlich. Reizerscheinungen waren nicht wahrzunehmen. Bachem-Bonn.

Technische Neuerscheinungen.

Handvibrationsmassageapparat „Ruk“.

Von der Firma Reiß & Klemm, Berlin, ist ein Handmassageapparat konstruiert worden, welcher, wie aus beistehender Abbildung ersichtlich, durch Elektrizität getrieben wird. Der Apparat ist einfach, klein und handlich und zur Selbstmassage sehr brauchbar und praktisch. Verschiedene Ansätze machen denselben für die einzelnen Körperregionen angepaßt. Man kann den Apparat durch eine Leitungsschnur an jede Stechdose anschließen, nur muß bei der Bestellung angegeben werden, wieviel Volt Spannung vorhanden sind in der betr. Leitung. Ist keine elektrische Anlage vorhanden, so kann der Apparat durch einen Akkumulator getrieben werden. Die geringe Größe des ganzen Apparates, der in einem kleinen Kästchen untergebracht ist, ermöglicht leicht den Transport und der Arzt kann denselben mit in die Privatwohnung oder Patienten nehmen, ohne durch den Ballast, wie ihn andere derartige Apparate für die Vibrationsmassage repräsentieren, belästigt zu werden. Der Stromverbrauch ist ein sehr geringer, also die Betriebsunkosten sind minimal. Auch der Preis für den ganzen Apparat ist ein mäßiger: ein Apparat Ruk mit Ansätzen kostet 80 M. Außer den fertigen Ansätzen lassen sich leicht noch andere Ansätze zu spezialistischer Massage anbringen, wie für Uterus-, Prostata-, Rektum-Massage etc. Der Motor des Apparates ist in dem Zylinder untergebracht und so klein gearbeitet, daß er absolut nicht stört. An dem Zylinder ist eine Nabe angebracht, welche man drehen kann, wodurch die Entfernung der beiden Gewichte, welche die Erschütterungen erzeugen, verändert wird, was die Intensität der Massage reguliert. So kann man stark und leise massieren, ohne eine Veränderung des Apparates vornehmen zu müssen. Wenn man keine Stechdose zur Verfügung hat, so kann man den Apparat durch ein Zwischenstück an jede beliebige elektrische Lampe anschließen. Dies ist besonders praktisch für den Arzt, der Patienten in deren Wohnung massiert. Da dieselben selten Stechdosen im Zimmer oder in der Nähe des Bettes haben, so ist es sehr ratsam, wenn sich der Arzt ein Zwischenstück zum Ansatz an elektrische Lampen besorgt; dieses Zwischenstück ist klein und billig. Es ist dieser neue Apparat ein recht brauchbares Instrument. W. B. Müller, Berlin.



Bücherbesprechungen.

Eine Reform unserer Ernährung. Von M. Hindhede, Arzt in Skanderborg. Uebers. von G. Bargum. Verlag von Tillge-Kopenhagen. Preis 3,75 M., geb. 5,25 M.

Seit vielen Jahren bin ich überzeugt gewesen, daß die herrschende Ernährungslehre falsch sei. Namentlich habe ich an die Notwendigkeit des Genusses der großen Mengen von Eiweißstoffen, die man, auf Voits Untersuchungen fußend, für erforderlich erklärte, nie recht glauben können. Meine Kindheit verlebte ich in einer Gegend auf dem Lande, wo die arbeitende Bevölkerung wenig Fleisch genoß; die Nahrung bestand hauptsächlich aus Grobbrot, Mehlklößen, Kartoffeln und Speck, in zweiter Linie erst kamen Milch, Quark und einige Gemüsearten in Betracht. Und doch gab es dort viele riesenstarke Männer von enormer Arbeitsfähigkeit und Ausdauer. Diese Erfahrung machte mich bereits während meiner Universitätsjahre zum Zweifler an der Lehre, daß ein mittelschwer arbeitender Mann täglich 118 g Eiweiß genießen müsse. In meiner langjährigen ärztlichen Praxis bin ich dann zu der Ueberzeugung gekommen, daß viel mehr Menschen durch Uebererernährung an ihrer Gesundheit geschädigt werden als durch die so gefürchtete Unterernährung.

In meinen Ansichten wurde ich später wesentlich bestärkt durch das, was ich über die Ernährung der Japaner erfuhr. Die Berichte des Prof. Bälz, der Jahrzehnte hindurch in Tokio gelebt und geforscht hat, waren für mich eine sehr erfreuliche Bestätigung meiner Anschauungen über Ernährung. Dann kamen die eingehenden Untersuchungen Professor Chittendens zu meiner Kenntnis. Nun hielt ich es für angebracht, meine Ansichten und ihre Begründung den Kollegen zu unterbreiten; das ist geschehen in einem Aufsatz, der zu Anfang dieses Jahres in der „Aerztl. Rundschau“ veröffentlicht worden ist. Er ist jetzt als Broschüre erschienen*).

Kürzlich ist nun von einem dänischen Arzte, Hindhede in Skanderborg, ein Werk herausgegeben, das betitelt ist: Eine Reform unserer Ernährung. In diesem Buche scheint mir der Beweis geführt zu sein, daß in der Tat unsere deutsche Wissenschaft in der Ernährungslehre auf einem Irrwege gewesen ist.

Zunächst wird ein kurzer Ueberblick gegeben, wie man in Deutschland zu der Ueberschätzung des Eiweißes gekommen ist. Liebig war es, der die Ansicht aussprach: durch die Muskelarbeit werde das Eiweiß zersetzt, und das Nahrungseiweiß habe die Aufgabe, es zu ersetzen; das Eiweiß sei das einzige Gewebe bildende (plastische) Material, und das Zersetzungsprodukt des Eiweißes (der Harnstoff) sei deshalb das Maß des Stoffwechsels. Kohlehydrate und Fette bilden Wärme, sie seien nur „Respirationsmittel“ (Brennmaterial). Nach dieser Liebigschen Ansicht mußte sich also die Zersetzung des Eiweißes nach der Muskelarbeit richten. Aber durch physiologische Untersuchungen fand man bald, daß die Eiweißzersetzung im Ruhestande und während der Arbeit genau dieselbe ist. Daraufhin modifizierten Liebig und seine Schüler die Lehre dahin, daß die wirklich notwendige Eiweißzersetzung immer im Verhältnis zur Muskelarbeit stehe; werde aber ein Ueberschuß von Eiweiß zugeführt, so verbrenne dieser ähnlich wie Fett und Kohlehydrate; es finde eine „Luxuskonsumption“ statt.

Voit bestritt, daß es eine Luxuskonsumption gebe; wenn eine solche existierte, so müßte die Eiweißzersetzung im Hungerzustande das Maß für die notwendige Eiweißmenge sein. Er glaubte jedoch nachgewiesen zu haben, daß, wenigstens beim Hunde, die zur Erhaltung notwendige Eiweißmenge mindestens $2\frac{1}{2}$ mal so groß sei wie der Hungerverbrauch. Man sollte meinen, Voits eigene Entdeckung, nämlich daß die Muskelarbeit die Eiweißzersetzung nicht steigert, müsse diese Ansicht widerlegen. Aber er sagt: „Der Umsatz der Zelle erfolgt zwar in gleicher Weise, mag das Individuum in Arbeit sein oder nicht. Eine reichliche Eiweißzufuhr ist nur dafür Bedingung, daß reichliche Arbeit ausgeführt werden kann. Starke Arbeit erfordert kräftige und wohlentwickelte Muskulatur, mit anderen Worten, hohen Eiweißstand. Deshalb (und nicht etwa weil das Eiweiß in besonderem Grade bei der Arbeit zersetzt würde) ist reichliche Eiweißzufuhr bei andauernder strenger Arbeit notwendig.“

Man faßt sich an den Kopf: wie ist es möglich, daß ein Gelehrter von Voits Range so etwas ausgesprochen hat? Er setzt: Hohe Eiweißzufuhr = hohem Eiweißstand = kräftige Muskulatur. Die Richtigkeit dieser Gleichung müßte doch erst bewiesen werden. Aber darauf läßt Voit sich nicht ein; was bewiesen werden muß, wird einfach als Tatsache hingestellt.

Wie kam nun Voit zu seiner Normalzahl von 120 (oder 118) g Eiweiß? Er experimentierte an einem Manne, der in seiner Nahrung gewohnheitsmäßig etwa 120 g Eiweiß (19,5 g Stickstoff) zu sich nahm; der schied das gleiche Quantum Stickstoff in Harn und Exkrementen aus. Ferner bestimmte Voit bei einer Anzahl von verschiedenen Berufsklassen angehörenden Personen (Arbeiter, Tischler, Arzt usw.) die genossenen Eiweißmengen; endlich benutzte er von verschiedenen Forschern gefundene Eiweißmengen in der Nahrung von Personen in verschiedenen Lebensstellungen. Danach kam er für einen mittleren Arbeiter zu folgender Norm „als dem Mittelwert einer größeren Anzahl von Beobachtungen“: 118 g Eiweiß, 56 g Fett und 500 g Kohlehydrate.

Die Sache ist eigentlich kaum glaublich. Daraus, daß solche Mengen tatsächlich konsumiert werden, folgt doch nicht, daß das notwendig oder auch nur wünschenswert ist. Wie war es nur möglich, daß die wissenschaftliche medizinische Welt so schwach oder vielmehr so gut wie gar nicht begründete Zahlen als unumstößlich ansah? Diese Zahlen standen im Glauben der deutschen Aerztewelt so fest, wie in den Kreisen gläubiger Christen nur irgendein kirchliches Dogma stehen kann. Die Kostsätze in Kasernen, Gefängnissen, Internaten wurden danach festgesetzt; ja europäische Gelehrte haben sogar den japanischen Soldaten eine so eiweißreiche Kost zuwenden wollen, damit sie leistungsfähiger würden. Nun, die japanischen Soldaten haben seitdem der überraschten europäischen Welt gezeigt, daß sie bei ihrer eiweißarmen — wie man also bei uns glaubte, minderwertigen — Kost sämtliche europäische Truppen an Marschleistungen und im Ertragen von Strapazen übertreffen.

Hindhede gibt nun Beweise, daß die Voitschen Zahlen nicht zutreffen; er bespricht eine Anzahl von Versuchen, die von verschiedenen Forschern (Hirschfeld, Klemperer, Atwater und anderen) gemacht worden sind, in denen die betr. Personen (Männer und Frauen) mit durchschnittlich 37 g Eiweiß ausgekommen sind. Dann geht er auf die überaus wichtigen und eingehenden Untersuchungen des Prof. Chittenden ein, über die vom Ref. mehrfach berichtet worden ist (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, Nr. 19 vom 1. Oktober 1906, und in der oben erwähnten Schrift „Zur Ernährungslehre“). Diese Untersuchungen sind in der Tat so beweisend, daß jeder, der nicht etwa die ungeheuerliche Annahme macht, Prof. Chittenden habe Unwahres berichtet, zugestehen muß, daß die bisherige Lehre, soweit sie das Erfordernis an Eiweiß zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Kraft betrifft, falsch gewesen ist.

Unser Autor geht noch weiter; er spricht aus, daß viel Eiweiß geradezu die Muskelkraft zu schwächen scheint. Er führt verschiedene Tatsachen an, die dafür sprechen; die beweisendsten sind: die unglaubliche Ausdauer und Leistungsfähigkeit der Japaner (wir setzen hinzu: die Erfahrungen, die Bälz mit seinen Wagenziehern machte, die nach Fleischgenuß weniger leistungsfähig wurden; s. „Zur Ernährungslehre“, S. 17); die große Zunahme der Körperkraft bei den zwölf Soldaten und sieben athletischen Studenten Chittendens, als der Eiweißgenuß auf $\frac{1}{2}$ bis $\frac{1}{3}$ des Normalstandards eingeschränkt wurde; sodann die allgemeine Erfahrung, daß man nach einer starken Fleischmahlzeit müde und unlustig zu körperlicher (wie auch geistiger) Anstrengung ist. — Die Ansicht, daß der Genuß von viel Eiweiß die Ursache mancher Erkrankungen ist, werden wohl die meisten Aerzte teilen; es würde hier zu weit führen, auf Näheres einzugehen.

Es wird sodann nachzuweisen versucht, daß vegetabilische Nahrungsmittel nicht, wie ihnen von den Befürwortern reichlichen Fleischgenusses vorgeworfen wird, schwer verdaulich sind. Man muß gestehen, daß die Art und Weise, wie Rubner die Schwerverdaulichkeit der Kartoffeln zu beweisen versucht hat, als beweiskräftig nicht anerkannt werden kann. Dieser Forscher ließ seine Versuchsperson, einen Soldaten, drei Tage lang pro Tag 3 kg (!) Kartoffeln und 144 g Fett genießen. Dabei stellte sich heraus, daß von dem eingeführten Eiweiß 32% nicht verdaut waren. Das ist wirklich nicht zu verwundern, denn der menschliche Magen ist doch wohl nicht darauf eingerichtet, ein beliebiges Quantum irgendeiner Substanz zu verdauen; bei diesem „Freßversuch" kündigten Magen und Darm den Gehorsam und ließen einen Teil der eingenommenen Kartoffeln unverdaut passieren. Hindhede sagt scharf (aber hat er Unrecht?): Weil ein deutscher Soldat sich einmal in Kartoffeln überfüttert hat, darum sind Kartoffeln schwer verdaulich.

---

*) Zur Ernährungslehre. München. Verlag von O. Gmelin. Preis 0,75 M.

Die wichtige Frage, wie billig man leben kann, beantwortet der dänische Arzt in einem ausführlichen Kapitel. Er hat lange Zeit hindurch an sich selbst experimentiert, um diese Frage beantworten zu können. Sieht man seine Speisezettel an, so findet man, daß er z. B. während einer Versuchszeit von acht Wochen eine völlig fleischlose Kost genoß und dabei durchschnittlich täglich 57 g Eiweiß und 2236 Kalorien einführte, was einen Kostenaufwand von 26,1 Oere verursachte (etwas mehr als 29 Pfennige. In Deutschland würde dieselbe Kost etwas mehr, vielleicht 34 bis 35 Pfennige, gekostet haben, da die Lebensmittel hier durchweg teurer sind als in Dänemark). Dabei verlor er in acht Wochen zwei Pfund an Körpergewicht. Er sagt über sein damaliges Befinden: „Obwohl ich viele Jahre annähernd so, wie angegeben, gelebt habe, bin ich doch nie (einzelne kurze Perioden ausgenommen) in Einfachheit so weit gegangen, und niemals habe ich mich besser befunden. Ich hatte ein bestimmtes Gefühl von Vermehrung der Körperkraft. Ich bin langjähriger Radfahrer. Wir haben hier in der Gegend von Skanderborg ein sehr hügeliges Terrain. Ich kenne im ganzen Lande (und ich bin mit vielen Landstraßen vertraut) keine schlimmeren Anhöhen als hier. Es gibt Steigungen, die hinaufzufahren ich mich viele Jahre gescheut habe, diesen Sommer aber mit größerer Leichtigkeit als zuvor hinauffuhr." In dieser Zeit machte er, um seine Kräfte zu prüfen, mehrere Radtouren. An einem der heißesten Tage des Jahres machte er (ein Mann von 45 Jahren) 142 km, davon die letzten 71 in 4¼ Stunden. Am nächsten Morgen fuhr er um 3 Uhr ab und hatte um 10¾ Uhr die 106 km nach seinem Heimatsorte zurückgelegt. „Ich war nur sehr wenig trainiert, und ehe ich nach Skanderborg kam — Gegenwind, Sonne gerade ins Gesicht, Temperatur 21° R im Schatten —, war ich müde in den Beinen, Herz und Lungen aber waren völlig unberührt. Es ist übrigens bei mir eine stets wiederkehrende Erfahrung, daß das Herz länger aushält als die Körpermuskeln. Ich komme nicht leicht ins Pusten. Ich nehme an, daß das mit meiner beinahe „giftfreien" Lebensweise zusammenhängt." Während dieses Ausfluges bestand die Kost aus Roggenbrot, Schwarzbrot, Margarine, ein wenig Käse und einer Portion Rhabarbergrütze (sehr beliebtes dänisches Gericht). „Auf meinen Reisen lebe ich in der Hauptsache nur von solcher Kost. Diese Restaurantbeefsteaks sind ja ganz sinnlos. Man hat hierauf sehr nötig, eine gute Stunde lang zu „verdauen", während ich mich nach dem Essen eines mitgebrachten Stückes Butterbrot (tüchtig trocken infolge der Wärme) mit einem Glase frischen Brunnenwassers dazu augenblicklich in vorzüglicher Verfassung fühle, um weiter zu fahren. . . . Welch einen großen Vorteil bietet meine Lebensweise nicht auch dadurch, daß einen fast nie dürstet; selbst in der Hitze kann man 50 bis 75 km fahren, ohne zu trinken. Fleisch, Bier, starker Kaffee usw., die machen Durst. Hier ist etwas für Soldaten auf dem Marsch zu lernen."

Mit Recht sagt der Verfasser: „Was die Kost der Gutsituierten (und der Arbeiter, wenigstens in Deutschland, erlaubt sich Ref. hinzuzufügen) hauptsächlich so teuer macht, sind Fleisch, Kaffee und geistige Getränke. Was geben denn diese drei guten, teuren Freunde fürs Geld? Antwort: Kranke Nieren, Leber und Herz; Gicht und allerlei üble Laune."

Sehr bemerkenswert sind die Berichte Hindhedes über zwei junge Männer, einen Studenten und einen Gärtnergehilfen, welche bei einer Kost kräftig blieben, die man bei uns für unerträgliche Unterernährung halten würde. Der letztere genoß vom 3. November bis zum 12. Dez. 1906 durchschnittlich täglich 62 g Eiweiß, 20 g Fett, 1970 Kalorien. Dabei war er in vorzüglichem Kräftezustand. „Am 22. Dezember hatte ich Gelegenheit, Nr. 56 (eben der Gärtnergehilfe, der damals Soldat war und es erreicht hatte, daß man ihm Kostgeld zahlte und er nun sich selbst beköstigte) einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen. Sein Gesundheitszustand war vorzüglich, und jedem, der ihn sieht, wird sein gesundes, rotbäckiges Aussehen und sein kräftiger Körperbau auffallen. Seine Maße und sein Gewicht waren: Höhe 170 cm, Brustweite während des Einatmens 104, während des Ausatmens 91 cm; Magenmaß 76 cm, rings um den Oberarm 31 cm, um die Wade 38 cm; Gewicht nackend 71 kg."

Auf die Frage der Soldatenverpflegung können wir nicht näher eingehen; wir verweisen unsere Leser auf die Lektüre des Buches.

Vorzüglich ist der kurze Abschnitt über „Lebensgenuß". Der gewöhnliche Einwand von Leuten, die die Gründe, die für eine überaus einfache Ernährung sprechen, nicht zu widerlegen vermögen, ist folgender: „Es ist möglich, daß ich, indem ich dem Verfasser folge, etliche Jahre meinem Leben zulege und daß meine Gicht, mein Magenkatarrh usw. verschwinden. Aber soll ich von Kartoffeln und Grütze, von Speck und Brot leben und dem bayrischen Bier, dem Tabak, dem Kaffee, dem Fleisch u. a. m. entsagen, was ist das Leben dann wert? Mein Lebensgenuß wurde mit einem Schlage gleich Null werden, und lieber ein kürzeres Leben im Genuß, als ein langes Leben in Entsagung." In ansprechender Weise wird nachgewiesen, wie sehr die so redenden Leute im Irrtum befangen sind; nicht „gutes" und üppiges Essen steigert den Lebensgenuß, sondern gerade die Einfachheit im Essen und Trinken. Einfache Ernährung erhöht Arbeitslust und Arbeitskraft; und der wahre Lebensgenuß besteht doch darin, daß unsre Arbeit für uns nicht eine ungern getragene Last, sondern eine Lust ist, die uns die Kürze des Tages bedauern und abends bereits den Morgen ersehnen läßt, um neugestärkt wieder arbeiten zu können.

In Dänemark, besonders in Kopenhagen sind bereits eine Anzahl von Hindhede-Speisehäusern und -Pensionen entstanden. In ihnen gibt es weder Alkohol noch Tabak oder Kaffee. Die Zubereitungskosten der Gesamtnahrungsmittel einer Person betragen dort nur 15 bis 20 Kronen (16,80 bis 22,40 M.) monatlich. Eine solche Studentenpension wurde am 1. November 1906 mit 6 Mann eröffnet; sie zählte am 1. April 1907 bereits 62 Mann; alles ohne Anzeigen, nur durch Empfehlung von einem Kameraden zum andern.

Es wird natürlich, besonders in Deutschland, noch große Schwierigkeiten haben, die Lehre von der Ueberflüssigkeit, ja Schädlichkeit des gebräuchlichen Fleischgenusses zu verbreiten. Aber es wird gehen, wie es auch mit den Ansichten bezüglich des Alkoholgenusses geht: immer mehr Beweise für die Schädlichkeit der bisherigen Gewohnheiten werden beigebracht werden. In wachsender Zahl werden zunächst die selbständig denkenden Menschen sich bewogen fühlen, die neue Lehre nachzuprüfen. Und sind diese überzeugt, so werden die nicht selbständigen Massen nachfolgen.

Unsere Hygieniker und Physiologen stehen vor der Aufgabe, das nachzuprüfen, was Männer wie Chittenden und Hindhede veröffentlicht haben. Wir zweifeln nicht, daß die Ergebnisse den Genannten recht geben werden, wenn die Anordnung der Versuche in richtiger Weise geschieht.

Den Kollegen empfehlen wir das Buch des dänischen Praktikers dringend zu eingehendem Studium. Mancher wird zweifellos alsbald geneigt sein, an seinem eigenen Körper zu versuchen, wie er sich bei dieser „Unterernährung" fühlt, ob auch bei ihm Lebensfrische, Arbeitslust, körperliche und geistige Kraft bei einem solchen Regime eine Vermehrung erfahren.

Stille-Stade.

Pulpentod, natürliche und synthetische Nebennierenpräparate. Habilitationsschrift von H. Euler. Verlag der österreichischen Zeitschrift für Stomatologie. Wien 1907.

Diese kritische experimentelle und klinische Studie hat außer für den Zahnarzt auch für andere Mediziner insofern gewissen

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Wert, als es sich um die Erforschung eines unserer wichtigsten neueren Arzneimittel, des Adrenalins, handelt. Seine Untersuchungen über den Pulpentod führen den Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Absolut zuverlässige Hilfsmittel bei der Diagnose des Lebenszustandes der Zahnpulpa gibt es nicht. Der Induktionsstrom ist relativ am zuverlässigsten. Als allein völlig einwandsfreies Kriterium kann nur die Eröffnung der Pulpenkammer angesehen werden. In den Fällen, in denen möglicherweise nur die Injektion von Nebennierenpräparaten schuld am Absterben der Pulpa war, hat dieses Kriterium nicht vorgelegen. Uebrigens werden auch ohne Injektionen an scheinbar gesunden Zähnen abgestorbene Pulpen beobachtet. Im Tierexperiment hat sich weder makroskopisch noch mikroskopisch eine Veränderung der Pulpa trotz Verwendung sehr hoher Dosen erzielen lassen. Was also bisher über das Absterben der Pulpa nach Injektionen von Nebennierenextrakt von anderer Seite vorgebracht ist, steht auf recht schwachen Füßen. Keine der über den Pulpentod aufgestellten Theorien hat durch das Tierexperiment eine Stütze erfahren. Somit muß die Angst, wirklich gesunde Zähne in ihrer Pulpenvitalität durch Injektion von Nebennierenpräparaten zu schädigen, als übertrieben, ja sogar als unbegründet bezeichnet werden.

Von Interesse scheinen die umfangreichen poliklinischen Versuche zu sein, die Euler mit verschiedenen adrenalinartig wirkenden Körpern angestellt hat. Hauptsächlich kommen drei in Betracht, das Aethylaminoazetobrenzkatechin (Homorenon), Methylaminoaethanolbrenzkatechin (synthetisches Suprarenin gewöhnlich genannt) und Aminoaethanolbrenzkatechin (Arterenol). Das Homorenon erwies sich in der Zahnheilkunde als relativ harmloses Mittel. In 5%iger Lösung waren jedoch ein bis zwei Tropfen auf 1 ccm Novokainlösung nicht ausreichend bezüglich der anämisierenden Kraft, es konnten länger dauernde Eingriffe unter Blutleere nicht vorgenommen werden; dagegen bewährte es sich beim Exkavieren von sensiblem Dentin. Bei der geringen Giftigkeit der Substanz erscheint es auch wünschenswert, zu untersuchen, ob nicht eine mäßige Steigerung im Zusatz besser die Anästhesie zu unterstützen vermag. Das Arterenol erwies sich als noch ungiftiger; ein weiterer Vorzug besteht darin, daß die Anämie verhältnismäßig rasch wieder verschwindet. Nachteilig war dagegen die ungenugende Tiefe bei der Novokainanästhesie. Treffliche Resultate lieferte dagegen die Anwendung des sogen. synthetischen Suprarenins. Obwohl es an Giftigkeit nicht hinter dem natürlichen Adrenalin zurücksteht, so fiel doch die klinische Prüfung dieses von Stolz dargestellten Körpers zur größten Zufriedenheit aus. Ebenso wie die Anästhesie mußte auch die Anämie als genügend bezeichnet werden; üble Begleit- oder Nacherscheinungen wurden nicht beobachtet. Ein Tropfen pro ccm Anasthetikumlösung genügt vollkommen. Als zweckmäßige Wartezeit ergab sich beim Oberkiefer vier bis fünf, beim Unterkiefer acht Minuten.

Der dritte Abschnitt, welcher für den Pharmakologen und Pathologen der wichtigste ist, handelt vom Einflusse der synthetischen Nebennierenpräparate auf die Kaninchenaorta. Nach einer kurzen Wiedergabe der diesbezüglichen Arbeiten anderer Autoren beschreibt Verf. die Ergebnisse, die sich nach intravenöser Injektion von einigen (den genannten) Nebennierenpräparaten an der Kaninchenaorta zeigten. Die naheliegende Vermutung, je wirksamer das Mittel am Menschen sei, desto stärker würden die Veränderungen in der Aorta ausfallen, traf nicht zu: im Gegenteil, das Präparat, das die Anämie und Blutdruckveränderung hervorrief, hatte unter den drei synthetischen Substanzen noch am meisten makroskopische Veränderungen gebracht, während solche bei der wirksamsten Substanz, dem synthetischen Suprarenin, so gut wie ganz fehlten. Die mikroskopische Untersuchung ergab dasselbe wie der makroskopische Befund. Nach Ansicht des Verfassers (und des Referenten) scheint es allerdings bei der geringen Anzahl der Versuchstiere gewagt, weitere Schlüsse zu ziehen. Fest steht jedoch, daß die synthetischen Nebennierenpräparate qualitativ in gleicher Weise auf die Kaninchenaorta wirken wie die natürlichen.

Endlich sei noch auf das reichhaltige Verzeichnis der verwendeten Literatur hingewiesen. Bachem-Bonn.

Knochenstoff in colloider Form, ist das leicht verdauliche und leicht assimilierbare, seit Jahrzehnten in der ärztlichen Praxis erprobte **Antirachiticum**

„Geh. Rat. Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch“.

Enthält in aufgeschlossener Form alle anorganischen Bestandteile des menschlichen Knochengerüstes.

Armenverbänden Ermäßigung!

Prospekte und Abhandlung durch **Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.**

ALLGEMEINES.

Der Führer des Verbandes deutscher Nordseebäder für 1908 ist erschienen und in allen Prospektausgabestellen, der Geschäftsstelle des Verbandes, Berlin W 9, Linkstr. 1 (am Potsdamer Platz), sowie in den Filialen von August Scherl G. m. b. H. und Daube & Co. G. m. b. H. in den größeren Städten Deutschlands für 50 Pf. zu haben.

Die Ausstattung ist künstlerisch vornehm. Der Inhalt ist reichhaltig und übersichtlich geordnet. Eine aus ärztlicher Feder stammende Abhandlung schildert in allgemeinverständlicher Weise den Heilwert der Nordsee.

Wer eine Badereise an die Nordsee beabsichtigt, wird aus keiner anderen Schrift sich so leicht, objektiv und vollständig orientieren wie aus diesem offiziellen Führer.

Die VIII. ärztliche Studienreise beginnt am 1. September a. c. in Hamburg mit dem Doppelschraubendampfer „Oceana“ der „Hamburg-Amerika-Linie“ (8000 tons Gehalt, 7500 PS.), welcher den weitgehendsten Anforderungen nach jeder Richtung hin entspricht. In Aussicht genommen ist (Aenderungen vorbehalten) der Besuch von Cowes und Ventnor (Isle of Wight), Jersey, Lissabon, Funchal (Madeira), Santa Cruz und Orotava (Teneriffa), Tanger, Trouville (Havre). Die Preise für einen Kabinenplatz beginnen mit 525 M. und erhöhen sich je nach den Ansprüchen und Lage des Kabinenplatzes. Zur Verfügung stehen 85 einbettige, ca. 80 zweibettige und ca. 36 dreibettige Kabinen. In den Preis sind eingeschlossen die Landausflüge und Wagenfahrten auf der Isle of Wight, Jersey, in Lissabon und Funchal, sowie ein fünf- bis sechstägiger Landaufenthalt in Orotava, Ein- und Ausbooten, sowie die Gepäckbeförderung von Hamburg bis Hamburg. Der Anmeldung ist die Hälfte des Preises des beanspruchten Platzes beizufügen; es können bei der großen Anzahl von Meldungen, die bereits vorliegen, nur noch umgehende Anmeldungen berücksichtigt werden. Schiffspläne etc. sind auf Anfrage zu erhalten beim „Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen“, Berlin N.W., Luisenplatz 2/4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Die Führung der VIII. ärztlichen Studienreise nach den Kanarischen Inseln etc. hat der Breslauer Kliniker Geheimrat Professor Dr. A. von Strümpell übernommen.

Wiesbaden. Der Regierungspräsident von Wiesbaden warnt unter dem 10. März 1908 vor dem von der Firma Dr. med. Schaffner & Cie. in Berlin-Grunewald unter hochtrabenden Titeln, wie „Frohe Botschaft für Hals- und Lungenleidende“ angepriesenen Geheimmittel gegen Lungenschwindsucht sowie gegen chronische Katarrhe, Verschleimung, Asthma usw. Das Heilmittel besteht lediglich aus den Blättern und Blüten der bekannten Pflanze „Gelber Hohlzahn“ (Galeopsis ochroleuka sive grandiflora), von der in den Apotheken und Drogenhandlungen für wenige Pfennige große Mengen bezogen werden können. Es handelt sich nach der „Pharm. Zeitg.“ anscheinend um eine neue Form des auf die Geheimmittelliste gesetzten Mittels Brockhaus' Johannistee.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. P. Gerber, Königsberg. R. Kobert, Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S. H. Senator, Berlin.
M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin. H. Schlange, Hannover.
R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 21. Juni 1908. Nr. 25.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Neuere Methoden der funktionellen Darmdiagnostik.

Von Privatdozent Dr. **P. Rodari**, Zürich.

Seit Nothnagels grundlegenden Untersuchungen über die Diagnose, Pathologie und Therapie der Darmkrankheiten ist bis vor wenigen Jahren auf dem Gebiete der Funktionsprüfung des Darmes wenig Neues geleistet worden. Theoretisch wäre es zu erwarten, die Darmfunktionen in analoger Weise unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen zu erforschen wie die Funktionen des Magens. In praxi war dies jedoch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, deren Ursache mannigfacher Natur sind: Einerseits die gleichsam instinktive Abneigung des Arztes, sich mit den Produkten der Darmfunktionen zu befassen, andererseits die Annahme, daß eine solche Prüfung mit erheblichen technischen Schwierigkeiten verbunden sei, welche nur durch die fachmännische Arbeit des geschulten Chemikers überwunden werden könnten. Deshalb beschränkt sich beim Praktiker noch jetzt die Prüfung der Fäzes zum großen Teile nur auf die makroskopische Inspektion, schon seltener auf die mikroskopische Untersuchung, z. B. auf das Fahnden nach Eiern von Helminthen, und — vielleicht noch seltener — auf gewisse chemische Untersuchungen, z. B. auf das Nachweisen von okkulten Blutungen. Die Klinik wandte naturgemäß den Fäzesuntersuchungen größeres Interesse zu, welches jedoch sich mehr auf Stoffwechsel- und Ausnutzungsversuche als auf die Funktionsprüfung des Darmes im normalen und abnormalen Zustande erstreckte.

Einen erheblichen Fortschritt in dieser letzteren Hinsicht bedeuten die grundlegenden Arbeiten von Ad. Schmidt und Schülern von ihm, wie Strasburger. Ersterer ging von der Idee aus, tatsächlich eine Methode zu eruieren, welche ein Analogon zum Probefrühstück Ewalds bilden sollte. Möglichst einfach wie dieses sollte eine gewisse Kost beschaffen sein, die ermöglichen würde, den Zustand der Darmfunktionen zu prüfen. Wie beim Magen bestehen diese in der Verdauung, der Resorption und der Motilität. Allein die Verhältnisse sind hier aus physiologischen Gründen schon viel komplizierter. Einerseits haben wir hier nicht mit einem relativ einfachen Vorgang der Verdauung zu tun, d. h. mit der Eiweißverdauung allein, sondern mit einem Komplexe von Verdauungsvorgängen: Eiweiß-, Stärkeverdauung und Fettspaltung von seiten des Pankreas, sowie bis zu einem gewissen Grade noch Stärkeverdauung von den Dünndarmsäften, Einwirkung der Galle auf das Fett; andererseits muß das Reagens, mit welchem die Prüfung auf diese verschiedenen Verhältnisse angestellt wird, so beschaffen sein, daß es uns einen klaren Einblick in die einzelnen Komponenten der komplizierten Darmverdauung gewährt. Dieses Reagens kann nicht in dem einfachen Probefrühstück von Ewald liegen, es muß vielmehr in seiner chemischen Beschaffenheit in gewissem Sinne eher der Probemahlzeit von Riegel entsprechen. In dieser Ueberlegung kommt man zur Aufstellung einer bestimmten Probekost für die Darmprüfung.

Wie nun die Empirie am Probefrühstückstisch und an der Probemahlzeit des Magens zur Eruierung einer bestimmten physikalischen und chemischen Beschaffenheit unter normalen Verdauungsverhältnissen gekommen ist, von welcher aus die pathologischen Abweichungen beurteilt werden, so muß man auch bei der Funktionsprüfung des Darmes von einer solchen Beschaffenheit der Fäzes ausgehen, die den Ausdruck resp. das Produkt einer normalen Darmfunktion bedeutet. Diese Theorie hat Ad. Schmidt in die Praxis übersetzt, indem er sich von folgenden zwei Grundsätzen leiten ließ: „Erstens muß man bei der Prüfung der Darmfunktionen von einer einheitlichen Zusammensetzung des Kotes, von einem Normalkote ausgehen, der stets ein- und dieselbe ganz gleichmäßig zusammengesetzte Nahrung, „die Probekost“ voraussetzt. Zweitens müssen die Stuhluntersuchungen möglichst vereinfacht werden.“

Nur dann können sich diese in der Medizin wie die Magenuntersuchungen einbürgern und dank ihrer Einfachheit Gemeingut der praktischen Aerzte werden.

Eine solche Probekost muß verschiedenen Anforderungen entsprechen: Einerseits darf sie den Magendarmkanal in keiner Weise reizen und muß dem ungefähren Kalorienbedürfnis des Körpers genügen, andererseits sollen Eiweißstoffe, Kohlehydrate und Fette in einem den Gesetzen der physiologischen Ernährung entsprechenden Verhältnis zu einander vorhanden sein. Eine weitere Anforderung ist, daß die Probekost leicht zu beschaffen und zu bereiten sei. In idealer Weise kommt folgender Diätzettel diesen Anforderungen nach:

Morgens: Ein halber Liter Milch, dazu 50 g Zwieback.

Vormittags: Ein halber Liter Haferschleim (aus 40 g Hafergrütze, 10 g Butter, 200 g Milch, 300 g Wasser, 1 Ei bereitet und durchgeseiht).

Mittags: 125 g gehacktes Rindfleisch mit 20 g Butter leicht übergebraten, so daß es inwendig noch roh bleibt, dazu 250 g Kartoffelbrei (aus 190 g gemahlenen Kartoffeln, 50 g Milch und 20 g Butter bereitet).

Nachmittags: Wie morgens.

Abends: Wie vormittags.

Eine solche Kost entspricht ungefähr 2200 Kalorien. In solchen Fällen, wo die Milch schlecht vertragen wird, kann sie durch Kakao ersetzt werden (20 g Kakaopulver, 10 g Zucker, 400 g Wasser, 100 g Milch).

Wenn eine solche Probekost nun die Fäzes liefern soll, deren Untersuchung uns Schlüsse auf die Darmfunktionen ziehen lassen, so muß der Patient mehrere Tage diese Kost einnehmen.

Der Gang der Untersuchung ist dann folgender:

Auch hier beginnen wir mit der makroskopischen Inspektion, welche auf das Vorhandensein folgender unter pathologischen Verhältnissen vorkommender Körper zu achten hat: Schleim in größeren und kleineren, selbst kleinsten Flocken, Art und Form der Schleimbeimengungen, die dadurch am besten wahrnehmbar ist, wenn kleine Kotpartikelchen auf einem schwarzen Teller, nachdem sie in einer Reibeschale unter Zusatz von destilliertem Wasser gut verrieben worden sind, fein verteilt und dünn ausgebreitet werden. Das Vorhandensein von Schleim ist der Ausdruck einer entzündlichen Veränderung der Darmschleimhaut. Unter Umständen finden sich noch andere Charakteristika dafür, wie z. B. Eiterflöckchen und Blut. Diese Verhältnisse sind von jeher in der Medizin bekannt, so daß ich auf sie des nähern hier nicht eintreten will. Der Fortschritt der Schmidtschen Untersuchungen liegt vielmehr in der semiotischen Verwertung anderer makro- und mikroskopischer Bestandteile der Fäzes seiner Normalkost. Es ist nämlich ein großes diagnostisches Verdienst des Autors, an der Hand von vielen hunderten Untersuchungen nachgewiesen zu haben, daß das Vorhandensein bestimmter morphologischer Bestandteile uns strikte Schlüsse auf die Darm- und teilweise auch Magenfunktion des zu Untersuchenden ziehen läßt. Ad. Schmidt und Strasburger haben zuerst nachgewiesen, daß das rohe, im Hackfleisch vorhandene Bindegewebe nur vom Magen, niemals aber vom Pankreas verdaut werden kann. Neulich haben Einhorn, Walko, von Aldor u. A. diese Beobachtungen vollauf bestätigt. Die Bindegewebsverdauung durch den Magensaft ist nicht nur von dem Vorhandensein eines genügenden Aziditätsgrades, sondern auch einer genügenden Pepsinkraft abhängig, und es hat den Anschein, daß in erster Linie das Pepsin das Bindegewebe verdaut.

Wenn nun schon makroskopisch im Stuhl Bindegewebsfasern und Sehnen nachweisbar sind, so können wir daraus den Schluß ziehen, daß die Magenverdauung gestört ist und ganz besonders die peptische Kraft nicht genügt, denn wie Kontrollversuche mit dem Magenschlauch nachgewiesen haben, vermag ein genügend saurer oder sogar hyperazider Magensaft allein das Bindegewebe nicht zu verdauen, wenn die peptische Kraft dem Aziditätsgrade nicht entspricht bezw. ungenügend ist. In den häufigeren Fällen ist jedoch ein Parallelismus zwischen Azidität und Pepsinkraft vorhanden und infolgedessen wird man meist beim Antreffen von Bindegewebe im Stuhl auf subazide, eventuell anazide Zustände des Magens einen Schluß ziehen dürfen. Nur dann würden die erwähnten Folgerungen nicht zutreffen, wenn die Unverdautheit des rohen Bindegewebes auf eine zu kurze Verweildauer im Magen zurückgeführt werden dürfte, bezw. wenn mit den andern Mitteln der Diagnostik eine Hypermotilität des Organes nachweisbar wäre.

Ein dritter Punkt, auf den schon die makroskopische Stuhluntersuchung zu achten hat, ist die Prüfung, ob Muskelreste vorhanden sind, welche dem bloßen Auge als kleine braungefärbte, wie Holzsplitter aussehende Stäbchen erscheinen. Diese lassen uns einen ganz anderen diagnostischen Schluß als das Bindegewebe bezw. die Sehnenreste ziehen: Der Magen ist nämlich nicht imstande, selbst bei intakter Verdauungskraft die Muskelfasern derart aufzulösen, daß ihre Struktur nicht mehr nachweisbar wäre. Dies ist nur die Fähigkeit einer völlig suffizienten Pankreassaftwirkung. Infolgedessen berechtigt das Vorhandensein zahlreichen makroskopischen und selbst auch mikroskopischen Muskelgewebes zur Annahme einer gestörten Darmverdauung, die entweder in mangelhafter Fermenttätigkeit des Pankreas (Hypochylie oder Achylie) oder auch hier in einer zu kurzen Verweildauer der Ingesta im Dünndarme ihre Ursache haben kann. Auf einen wichtigen Punkt der Differentialdiagnose dieser beiden Möglichkeiten werde ich noch weiter unten näher eingehen.

Die Schmidtsche Probekost gewährt uns des weiteren auch einen Einblick auf die Beschaffenheit der Stärkeverdauung im Darme. Wenn nämlich bei der makroskopischen Fäzesuntersuchung zahlreiche kleine, glasig durchscheinende Körner von sagoartigem Aussehen vorhanden sind, so bedeutet dies unverdaute Kartoffelreste, welche nicht mit Schleimflocken verwechselt werden sollen. Ihre kuglige, aus dem Niveau der dünn ausgegossenen Kotschicht herausragende Beschaffenheit sowie ihre größere Konsistenz auf Druck kann uns vor dieser Verwechslung schützen. — Ueber die Art der Fettverdauung endlich können wir ebenfalls einen Einblick bekommen: Bei mangelhafter Fettausnützung haben wir schon die makroskopischen Charakteristika der Fettstühle: helle bis weiße Farbe, lehmartige Beschaffenheit und saure Reaktion. Freilich kann die echte Steatorrhöe mit den Stühlen bei fehlendem oder ungenügendem Gallenzufluß verwechselt werden, davor schützt uns aber die mikroskopische Untersuchung.

Endlich gibt uns die Normalkost unter Umständen schon makroskopisch Aufschluß über eventuelle Fäulniserscheinungen im Darme, welche sich durch das Vorhandensein großer Kristalle von phosphorsaurer Ammoniakmagnesia äußert.

Diese makroskopische Untersuchung ist in den meisten Fällen nicht ausreichend, sondern muß durch die mikroskopische ergänzt werden. Um hier die Dinge zu sehen, die unter Umständen schon mit bloßem Auge erkannt werden können, stellt man drei Arten höchst einfacher mikroskopischer Präparate dar. — Das erste Präparat besteht in dem Zerdrücken eines kleinen Kotpartikelchens zwischen zwei Objektträgern, wobei die Schicht eine möglichst dünne sein soll. Hier können wir mit dem Mikroskope ohne weitere Prozeduren schon sehr wichtige Dinge sehen: Bakterien, Hefezellen, Detritus, schollenartige Gebilde von gelber Farbe und Querstreifung, welche uns als Muskelfaserstücke imponieren, Fasern von unverdautem Bindegewebe und Sehnen, ungefärbte Seifen, vereinzelte Kartoffelzellen sowie spärliche Spelzenreste aus dem Haferschleim.

Das zweite ähnliche Präparat wird mit einem Tropfen Essigsäure zerrieben und einen Augenblick, bis zum beginnenden Kochen über der Flamme erhitzt. Dadurch werden sämtliche Fettreste vorübergehend zum Schmelzen gebracht, die aber bei eintretender Abkühlung zu kleinen Fettsäureschollen wieder erstarren. Dieser Vorgang dient zum Nachweise von Fett im Stuhl bezw. von Steatorrhöe. Nur das Vorhandensein zahlreicher, dicht nebeneinander liegender Fettschollen hat pathognostisches Interesse, da auch im normalen Stuhl in geringerer Menge Fett anzutreffen ist.

Ein drittes mikroskopisches Präparat dient dazu, uns über die Stärkeverdauung im Darme zu unterrichten. Es wird in gleicher Weise wie die ersten zwei Präparate hergestellt, nur mit dem Unterschiede, daß auf ihm vor dem Aufsetzen des Deckglases ein Tropfen einer Jodjodkaliumlösung verrieben wird. Wenn sich nun im Stuhle unverdaute Stärkekörnerreste finden, so nehmen diese eine spezifische blaue Farbe an, während andere Gebilde, wie Bazillen und Pilzsporen, mehr violett gefärbt sind. Die Annahme, daß eine mangelhafte Stärkeverdauung in der Beschaffenheit des Pankreassaftes ihre Ursache hätte, wäre nur dann richtig, wenn auch entsprechende Störungen der Eiweiß- und Fettspaltung makroskopisch oder mikroskopisch nachweisbar wären. Fehlen diese hingegen, so berechtigt uns die mangelhafte Stärkeverdauung nur dazu, eine Sekretionsstörung des Darmsaftes anzunehmen, und erfahrungsgemäß handelt es sich in diesen Fällen um in pathologischer Hinsicht nicht erhebliche Anomalien, meistens um leichte Katarrhe des Dünndarmes. An diesem dritten Präparate sieht man auch besonders deutlich die durch Jod gelb gefärbten Hefezellen.

Der mikroskopischen Untersuchung schließt sich die chemische Untersuchung an. Einfach ist die Feststellung der Reaktion mittels Lackmuspapier. In normaler Weise ist die Reaktion amphoter oder höchstens schwach sauer resp. schwach alkalisch. Eine stärkere Intensität nach der einen oder andern

Seite ist pathologisch: Stark saurer Stuhl deutet auf abnorme Kohlenhydratgärung, stark alkalischer Stuhl auf Eiweißfäulnis. Diese Verhältnisse werden in besonders anschaulicherweise durch die Gärungsprobe festgestellt, mittels des Strasburgerschen Gärungsröhrchens, dessen Prinzip mit demjenigen des Gärungs-Saccharometers identisch ist. Der Apparat wird 24 Stunden in den Brutschrank gestellt. Normalerweise bildet sich dabei nur wenig Gas, eine größere Gasentwicklung beruht, wie erwähnt, entweder auf Kohlenhydratgärung, das Gas riecht nach Buttersäure, und in diesem Falle reagieren die Fäzes sauer —, oder auf Eiweißfäulnis, wobei das entwickelte Gas einen intensiven Fäulnisgeruch entfaltet. Die Fäzes reagieren hier alkalisch.

Die Eiweißfäulnis bedeutet einen viel schwereren pathologischen Zustand als die Kohlehydratgärung. Bei ersterer handelt es sich gewöhnlich um anatomische Erkrankungen der Darmschleimhaut, besonders des Dickdarmes, welche zur Abstoßung nekrotischer Bestandteile sowie zu vermehrter Schleimabsonderung und zur Exsudation von Serum und Eiter führen. Diese Körper bilden einen günstigen Nährboden für Fäulnisbakterien, welche diesen selbst und das Eiweiß der Nahrung zu einem hohen Grade der Faulung bringen, während Fäulnisprozesse auf funktioneller Basis beruhend nur geringgradig sind.

Nach Ad. Schmidt beginnt die Fäulnis erst nach Passage des Darminhaltes durch die Ileozökalklappe, auch wenn die Grundbedingungen hierfür viel weiter oben im Dünndarm liegen.

Die chemische Fäzesuntersuchung kann noch auf den Gallenfarbstoff ausgedehnt werden. Unter normalen Verhältnissen wird dieser durch Reduktion im Dickdarm zu Hydrobilirubin umgewandelt, pathologisch bei Steigerung der Peristaltik bleibt diese Reduktion aus. Darauf baut Ad. Schmidt seine Sublimatprobe auf: Normale Fäzes werden, wenn sie der Einwirkung einer konzentrierten Sublimatlösung während etwa 24 Stunden ausgesetzt wurden, rot, weil das in ihnen enthaltene Hydrobilirubin auf $HgCl_2$ mit roter Farbe reagiert; abnormale Fäzes haben entweder eine grünliche Färbung, weil sie an Stelle des Hydrobilirubins das auf $HgCl_2$ nicht reagierende Biliverdin enthalten, oder sie sind lehmfarbig, weil der Gallenzufluß gehemmt ist.

Diese Untersuchungen, die gewiß einen erheblichen Fortschritt in der Darmdiagnostik bedingen, haben aber dennoch nicht den klaren, präzisen semiotischen Wert der Magenexploration mittels des Probefrühstückes. Ein Hauptmangel haftet ihnen an, daß sie nämlich meistens nicht eindeutige, sondern nur mehrdeutige diagnostische Schlüsse zulassen, insofern wir uns dabei fragen: Was ist im konkreten, vorliegenden objektiven Symptome oder Symptomenkomplex an der Kotuntersuchung auf Rechnung der dem Darmkanale physiologisch und pathologisch eng angehörenden Verdauungsdrüsen, der Leber oder des Pankreas zurückzuführen, oder was ist durch Anomalien im Darme selbst, in der Sekretion des Darmsaftes, in der Resorption und Motilität bedingt? Eine genaue Diagnose resp. Differentialdiagnose sollte doch auch diese Fragen voneinander scheiden und eindeutig beantworten. Hierzu stehen uns noch a priori schon theoretisch zwei Wege zur Verfügung. Der einfachere, indirekte Weg ist der des Vergleiches der Stuhluntersuchungen mit objektiven und teilweise auch subjektiven Symptomen anderer Natur, beispielsweise würde bei der Frage, ob ein Fettstuhl für eine Leber- oder Pankreasaffektion spreche, im ersteren Falle der positive Befund an der Leber für die Differentialdiagnose ausschlaggebend sein, wie Volumen-Vergrößerung, Ikterus, negativer Ausfall der Gallenprobe in den Fäzes, Verhalten des Urins, lokalisierte Schmerzen usw. Umgekehrt würde für eine auf Pankreashypo- oder -achylie beruhende Steatorrhöe neben dem positiven Ausfall der Sublimatgallenprobe, dem Vorhandensein von Muskelfasern, massenhaften Fettschollen, blaugefärbten Stärkekörnern, noch besonders das Fehlen von Lebersymptomen, das event. Bestehen einer Glykosurie sprechen, die uns den Verdacht einer Pankreasdiabetes, also einer Pankreaserkrankung nahe legen würde.

Ein weiterer mehr direkter Weg zur Differentialdiagnose bei der funktionellen Darmprüfung ist in einer Methode zu suchen, die nur die Pankreasfunktionen resp. Störungen in der Absonderung des Pankreassaftes erkennen kann.

Schon Unna trat dem Gedanken näher, in den Darmkanal eine Substanz zu bringen, welche nur von einem normalen Pankreassaft verdaut werden sollte und die dadurch diagnostische Schlüsse auf die Pankreasfunktionen zuließe. Es sind dies die keratinisierten Pillen, die sich jedoch in der Praxis nicht bewährt haben. Sahli hat vor wenigen Jahren dieser Idee eine veränderte und verbesserte Gestalt in seinen Glutoidkapseln gegeben. Durch Formaldehydeinwirkung gehärtet, erweist sich die Gelatine, das Glutoid gegen die peptische Magenverdauung völlig resistent, während es vom Pankreassaft leicht verdaut resp. aufgelöst werden soll. So sollen unter normaler Pankreasverdauung in den Kapseln eingenommene Substanzen nach gewisser Zeit, z. B. nach drei bis sechs Stunden im Speichel Jodoform resp. Jod und im Urin Salol bezw. Salizylursäure, nachweisbar sein. Aber auch hier stößt man in der praktischen Verwertung dieser Methode auf Schwierigkeiten mannigfacher Art: So liefert der Härtegrad des Glutoids u. U. irrtümliche Resultate, z. B. kann zu hoher Härtegrad der Pankreassafteinwirkung widerstehen oder das Eintreten der Reaktion zeitlich erheblich stören, ebenso kann eine solche Verzögerung durch abnorm lange Verweildauer der Kapseln im Magen bei Magenatonie oder mechanischer Insuffizienz, ferner durch Störung der Darmmotilität (gesteigerte Peristaltik) sowie durch Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit bedingt sein. Nur der rechtzeitige Eintritt der Jodreaktion im Speichel oder der Salizylreaktion im Harne läßt eine Pankreasaffektion ausschließen, während eine Verzögerung oder ein Ausbleiben der Reaktion mannigfache Fehlerquellen haben kann.

Ad. Schmidt hat nun des weiteren nachgewiesen, daß einzig der Pankreassaft imstande ist, das Nuklein, also die Zellkerne von beispielsweise Muskelgewebe zu verdauen, während der besten Magenverdauung diese Fähigkeit nicht inneliegt. Darauf hat er eine neue Untersuchungsmethode der Pankreasfunktion aufgebaut: Kleine in Alkohol gehärtete Fleischwürfel werden in ein Gazebeutelchen eingeschlossen und das ganze in einer Oblate verschluckt. In den Fäzes der Probekost aufgefunden werden die Fleischwürfelchen auf das Vorhandensein oder Fehlen der Kernstruktur mittels Behandlung mit Essigsäure und Methylenblaulösung, event. auch mittels Färbung nach vorausgegangener Härtung geprüft. Das Fehlen der Kerne beweist Pankreasverdauung, wobei auch keine Muskelfasern nachweisbar sind. Die Anwesenheit von Kernen in Verbindung mit Muskelgewebe bei fehlendem Bindegewebe beweist eine erhebliche Störung in der Pankreastätigkeit.

Eine Modifikation dieser Untersuchungen hat Einhorn getroffen: Er läßt seine Patienten durchlochte Glas- oder Porzellanperlen schlucken, durch deren Oeffnungen verschiedenartige Substanzen gezogen und mittels eines Seidenfadens befestigt werden, z. B. zum Nachweis der Bindegewebs- resp. Magenverdauung Katgut, der Nukleinverdauung resp. der Pankreasfunktion im Gegensatz zu Ad. Schmidt Thymusdrüsensubstanz, weil diese aus fast lauter Kernen besteht, die mikroskopische Untersuchung dadurch leichter oder doch prägnanter wird. Solche in den Fäzes gefundenen Perlen werden zunächst mit Wasser gereinigt, dann wird das an ihnen haftende Thymusgewebe ausgequetscht und auf Kerne gefärbt oder ungefärbt untersucht. — In neuester Zeit haben Walko und von Aldor diese Schmidtsche Kernmethode nachgeprüft und ihren Wert innerhalb der von ihrem Erfinder angegebenen Grenzen bestätigt. Die Schmidtsche Probe und deren Modifikation durch Einhorn lassen uns nur bei vollständiger Pankreasinsuffizienz einen positiven Schluß ziehen; über partielle, graduelle Störungen dieser Drüsenfunktion geben sie nur ungenügende und unzuverlässige Auskunft. — Des weiteren wird der Wert dieser Methode durch den Einfluß von hochgradigen Fäulnisvorgängen im Darm beeinträchtigt, welche imstande sind, die Kerne in ähnlicher Weise wie der Pankreassaft selbst in ihrer Struktur zu verändern, ja sogar völlig aufzulösen.

Die besprochenen Methoden haben uns in der funktionellen Darmdiagnostik innerhalb weniger Jahre einen bedeutenden

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Schritt weiter gebracht, trotz der ihnen anhaftenden Mängel. Sollte es weiterer Forschung gelingen — und dies liegt sicherlich im Bereiche des Erreichbaren —, diese Mängel zu eliminieren, so würden wir wirklich in der Darmprobekost ein einfaches diagnostisches Mittel besitzen, welches dem Ewaldschen Probefrühstück an Wert kaum nachstehen dürfte.

Diätetische Einwirkungen auf den Stickstoffhaushalt des Patienten.

Von Dr. **v. Oefele**, Bad Neuenahr.

Daß der Stickstoffhaushalt des Organismus einer der wichtigsten, vielleicht der wichtigste ist, kann als unbestritten angenommen werden. Bei der diätetischen Richtung der modernen Heilkunde sind stickstoffhaltige Nährmittel in den verschiedensten Formen in der Apotheke vorrätig und werden viel verordnet, noch mehr aber von Laien hinter dem Rücken des Arztes ausgewählt. Trotzdem daß diese stickstoffhaltigen Nährmittel stark im Vordergrunde stehen, fehlt eine wissenschaftliche Begründung für die Indikation des einzelnen Präparates. Ich glaube, daß es hier bisher an der Möglichkeit entsprechender Untersuchungen mangelte.

Meist handelt es sich um besser situierte Kranke, welche die Nährmittel für die Dauer einer ausreichenden Kur aus der Apotheke zu beziehen bereit sind. Wenn diese Kranken die Notwendigkeit einer teueren eingehenden Untersuchung einsehen, so sind sie auch dazu bereit. Aber persönlichen Unbequemlichkeiten unterziehen sich dieselben nur bis zu einem gewissen Grade. Genaue Stoffwechselversuche, wie sie zu physiologischen Zwecken in ähnlicher Art bei Hunden und Kaninchen ausgeführt werden. finden zu diagnostischen und indikatorischen Zwecken bei diesen Kranken einen unüberwindlichen Widerstand. Nach den bisherigen Ansichten würden sich aber genaue Indikationen der stickstoffreichen Nährpräparate nur mit entsprechenden Stoffwechselversuchen ergeben können.

Ueberall im Leben können wir zwischen absoluten und relativen Maßen unterscheiden. Im praktischen Leben wird fast alles nur relativ gemessen. Die Stoffwechselversuche können wir als absolute Maße bezeichnen. Auch ihnen tritt für die Praxis das relative Maß als geeigneter entgegen. Solche relative Maße sind auch für den Stickstoffhaushalt des Gesunden und Kranken möglich und von mir in einzelnen Fällen durchgeführt. An Feststellungen ist dafür die Urinmenge von 24 Stunden und ihr Stickstoffgehalt nötig, außerdem eine Reihe von Kotfeststellungen. Der Einfachheit wegen soll hier vorläufig die Annahme gemacht werden, daß es sich nur um Leute handelt, welche täglich einmal regelmäßig Kot entleeren. Am Kot muß dann Gesamtmenge, Trockensubstanz, Aschengehalt, Aetherauszug, außerdem Stickstoffgehalt des frischen Kotes, des getrockneten Kotes und der Auskochung mit 10%iger Salzsäure festgestellt werden. (Preis beim Chemiker ca. 35 Mark.)

Daraus können nun durch Koeffizientenberechnung relative Maße gewonnen werden, die uns so klaren Einblick in den Stickstoffhaushalt gewähren, daß wir dafür genaue Indikationen aufstellen und den Erfolg unserer diätetischen Einwirkungen kontrollieren können. Bei Gesunden und unmerklichen Störungen enthielt im Durchschnitt der Urin 78,8% der Stickstoffsumme von Kot und Urin. In Erkrankungsfällen, mit Ausnahme von profusen Diarrhöen, stieg der Anteil des Urins. Wir können also abgerundet 75% der Stickstoffsumme für den Gesunden im Urin annehmen. Bis zu 80% kann den physiologischen Schwankungen zugewiesen werden. Wo der Urin aber über 80% der Stickstoffsumme ausführt, liegen pathologische Verhältnisse vor. Ist diese Indikation durch keine weiteren Fehler kompliziert, so müssen aufgeschlossene Eiweißpräparate, z. B. Somatose, gereicht werden. Durch Kontrolle läßt sich zeigen, daß dadurch meist das Gleichgewicht wieder hergestellt wird oder wenigstens eine Annäherung an dasselbe stattfindet.

Eine zweite relative Zahl ergibt der Gehalt des Stickstoffs des frischen Kotes auf Trockensubstanz berechnet. Für den gesunden Menschen ergibt sich bei schlackenfreier Kost 8,6% Stickstoff. Befunde unterhalb 7% sind als pathologisch zu betrachten. Diese Zahl ist aber nicht so eindeutig wie der erste Koeffizient. Schon eine Milchkur oder noch mehr eine Buttermilchkur kann den Aschengehalt des Kotes erhöhen, wodurch der Gehalt an stickstoffhaltigen Bestandteilen und damit an Stickstoff selbst vermindert wird. In ähnlicher Weise wirken auch alle jene Erkrankungen und Fehler der Verdauungsorgane, welche große Mengen Fette oder strukturierter Nahrungsmittel unverdaut im Kote verloren gehen lassen. Ohne Beachtung der übrigen Befunde kann also ein Gehalt des Kotes von weniger als 7% Gesamtstickstoff auf Trockensubstanz nicht zu Eingriffen in die stickstoffhaltige Diät verwendet werden.

Einen besseren Einblick gewährt es, wenn von der gesamten Trockensubstanz des Kotes die Asche und der Aetherauszug in Abzug gebracht wird. Dieser Trockensubstanzrest beträgt beim Gesunden 68 bis 72% der Trockensubstanz des Kotes. Pathologischer Befund ist es, wenn der Gesamtstickstoff auf Trockensubstanzrest weniger als 10% ergibt. Wenn in diesem Falle makroskopisch und mikroskopisch nicht große Mengen unverdauter Nahrungsreste erkennbar sind, so ergibt sich bei diesem dritten Koeffizienten die gleiche Indikation als beim erstgenannten.

Einen vierten wichtigen Koeffizienten des Stickstoffhaushaltes erhalten wir, wenn der Stickstoff der Salzsäureauskochung in Prozenten des Gesamtstickstoffs ausgedrückt wird. Unter 90% muß hier als pathologisch betrachtet werden. Denn die unabgebauten Eiweißstoffe gerinnen beim Kochen mit Säuren und die Abbauprodukte sind in Säuren löslich. Vereinzelte Stoffe machen Ausnahmen von dieser Regel. Im allgemeinen darf dies aber angenommen werden. Bei Zahlen unter 90% muß somit die Resorption der Nahrungseiweiße als vermindert gelten. In diesen Fällen muß vor allem an die Darreichung von Pepsin und Salzsäure, je nach dem Befunde des Magensaftes, gedacht werden.

Diese vier Stickstoffkoeffizienten sind mehr oder weniger gegenseitig voneinander abhängig und ergänzen sich daher auch für die Indikation.

Wesentlich davon verschieden ist der fünfte Stickstoffkoeffizient. Es wird in Prozenten des Gesamtstickstoffs ausgedrückt, wieviel Stickstoff noch in der getrockneten Kotmasse vorhanden ist. Die Ergänzungszahl auf 100 gibt dann die Prozente des Gesamtstickstoffs an, die bei der Trocknung als Ammoniak, Indol, Skatol und ähnliche Stoffe verflogen sind. Diese letzteren Stoffe können durchweg als Fäulnisprodukte des letzten Darmabschnittes aufgefaßt werden. Wir besitzen damit einen Koeffizienten der Stickstoffäulnis im Darme. Der gesunde Mensch ergibt durchschnittlich eine Zahl von ungefähr 10% flüchtigen Stickstoffs auf Gesamtstickstoff. Zahlen über 20% sind als pathologisch aufzufassen. Bei erhöhter Stickstoffäulnis ist zeitweise die Menge der stickstoffhaltigen Nahrung einzuschränken und ein sulfatreiches Abführmittel zu reichen. Häufig sehen diese Kranken schlecht genährt aus, so daß ohne diesen chemischen Nachweis nicht zur Darmentleerung gegriffen würde. Der Laie steigert sogar aus eigenem Antriebe in solchen Fällen die Menge seiner Stickstoffnahrung. Doch ist hier ein Ausfall in der Ernährung weniger gefährlich als die fortgesetzte Resorption von Fäulnisprodukten, die zur enterogenen Autointoxikation führen muß.

Die aufgeführten Indikationen sind nur in großen Zügen gegeben. Für die praktische Verwendung sind eine Reihe von Einzelheiten zu beachten. Doch schien mir bis jetzt der allgemeine Ueberblick weniger ausgebaut als die Einzelheiten, weshalb ich mit Unterdrückung aller Literaturnachweise mich zu diesem Ueberblick entschloß.

Der Senkfuß.

Von Dr. med. **Karl Lengfellner,** Chirurg und Orthopäde,
früher Assistent der Hoffaschen Klinik, Berlin.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß eine frühzeitige und damit rechtzeitige Behandlung des

Plattfußübels von größtem Einfluß auf den Verlauf des Heilerfolges ist. Eine frühzeitige Behandlung setzt aber selbstverständlich eine frühzeitig gestellte Diagnose voraus. Die Mehrzahl der Aerzte ist heutzutage imstande, eine solche Frühdiagnose des Plattfußübels zu stellen, dessen beständiges Zunehmen nicht von der Hand zu weisen ist. Dies ist nicht nur zu beweisen an Hand der Statistiken, dies muß bereits angenommen werden auf Grund theoretischer Erwägungen, deren Berechtigung ich gelegentlich voll beweisen werde. Wenn in jüngster Zeit von orthopädischer Seite geschrieben wurde, daß die Diagnose „Plattfuß“ viel zu häufig gestellt würde, so möchte ich diese Ansicht für irrig hinstellen; ich bleibe nach wie vor der Meinung, daß sie noch zu selten gestellt wird. Ich behaupte, daß der Plattfuß leider der Zukunftsfuß sein wird, und ich werde diese meine Meinung am rechten Orte zu verteidigen wissen. Wenn bei Plattfußbeschwerden bei näherer Untersuchung sich z. B. eine Fußwurzeltuberkulose herausstellt, was ich des öfteren ebenfalls nachweisen konnte, so spricht das doch keineswegs gegen das Vorhandensein eines Plattfußes. Im Gegenteil, wer mit den leider nur zu häufig vorkommenden sekundären Erkrankungen des Plattfußes vertraut ist, den überrascht eine Tuberkulose, die sekundär im Gefolge der Plattfußerkrankung auftritt, keineswegs. Man darf eben niemals Ursache und Wirkung verwechseln. Wenn früher von Aerzten anstatt der Plattfuß-Diagnose die Diagnose Rheumatismus, Muskelentzündung usw. gestellt wurde, so traf wohl in den meisten Fällen auch diese Diagnose zu. Denn eine sekundäre Arthritis, eine Myositis sind doch häufige Folgeerscheinungen; es wurde eben nur das Grundübel, der Plattfuß übersehen. Wie kommt es aber, daß trotz der Kenntnisse des Uebels von seiten der Aerzte, trotz der Belehrung, welche von denselben über dieses Uebel ausgeht, die einzelnen Menschen, welche einen Plattfuß besitzen, meist nur äußerst schwer von dem Behaftetsein mit dieser Erkrankung überzeugt werden können. Dies ist meiner Ansicht nach nur die Folge des sehr schlecht gewählten Ausdruckes „Plattfuß“.

Es ist ganz klar, daß sich ein Laie, der nicht in das Wesen und in die Entwicklung der Plattfußerkrankung eingeweiht ist, unter einem Plattfuß einen Fuß vorstellt, der keineswegs mehr ein Gewölbe besitzt, sondern der vollkommen platt ist. Es ist nicht zu verlangen, daß die Zwischenstufen, die in orthopädischen Kreisen gelten, dem Laien ohne weiteres klar sind.

Der Name Plattfuß erinnert eben durch nichts an die Entwicklung des Uebels, sondern charakterisiert dasselbe als eine fest bestehende Erkrankung, deren Wesen in der Plattheit des Fußes besteht. Nun ist aber eine Tatsache, daß gerade die ersten Stadien des Plattfußes, welche der Zeit angehören, wo ein gut entwickeltes Gewölbe eben im Begriffe steht, sich etwas zu senken, die schmerzhaftesten und in bezug auf sekundäre Erkrankungen oft die gefährlichsten sind. Ist der Fuß einmal ganz platt, so ist die Schmerzhaftigkeit und die Neigung zu sekundären Erkrankungen fast durchweg vollkommen geschwunden. Es ist nicht zu verwundern, wenn ein Patient, der seiner Meinung nach noch ein ziemlich gutes Fußgewölbe besitzt, ungläubig den Kopf schüttelt, wenn man ihm sagt, er habe einen Plattfuß. Für ihn besteht eben der Plattfuß, wenn der Fuß wirklich platt ist. Mit dieser Bezeichnung wird man ihm nie ein Werden und Entwickeln beibringen können, wird man ihm nie klarlegen können, daß die Erkrankung und gerade der gefährlichste Zeitpunkt der Erkrankung da ist, wenn sein vielleicht noch gut erhaltenes Fußgewölbe eben im Begriffe steht, sich zu senken und wenn es erst einige Millimeter beträgt, was ihm natürlich nicht in die Augen fallen kann. Der Name für diese Erkrankung muß notwendigerweise ein Werden und eine Entwicklung der Erkrankung wiedergeben und nicht ein Endstadium. Ich schlage daher vor, an Stelle des Namens Plattfuß den Namen „Senkfuß“ zu setzen. Darin liegt das Werden deutlich ausgedrückt, so daß jedermann zur rechten Zeit auf die Erkrankung aufmerksam wird und davon auch überzeugt werden kann. Auch wird dadurch die persönliche Eitelkeit nicht betroffen, was bei Damen z. B. eine Rolle spielt. Jedermann wird ohne weiteres zugeben, daß seine Fußwölbung möglicherweise um ein geringes gesunken sei und daß daraus Schmerzen resultieren können, während er nie zugegeben hätte, daß er einen Plattfuß besitze. Der Plattfuß soll dann das Endstadium des Senkfußes darstellen.

Von dem Augenblick an, wo die Fußwölbung vollkommen eingesunken ist, haben wir es dann mit dem Plattfuß zu tun. Die Einführung des Namens „Senkfuß“ wird sicherlich die erwünschte Wirkung im Gefolge haben; das Verständnis für diese Fußerkrankung wird ohne Zweifel wachsen.

Ob ich die Priorität für diesen Namen beanspruchen kann, ist mir momentan nicht bekannt, und es ist mir auch sehr wenig daran gelegen; hingegen werde ich mir sehr daran gelegen sein lassen, zur Verbreitung desselben beizutragen, weil meines Erachtens der Nutzen nicht ausbleiben wird.

Ich möchte ferner im Anschluß daran noch betonen, daß die ganzen Plattfußstatistiken samt und sonders nicht viel taugen, was ja bei Berücksichtigung meiner Zeilen leicht einzusehen ist. Wichtig ist der Inhalt dieser Abhandlung auch für die militärischen Organe, welche über die Befähigung der Aufnahme zum Militär zu urteilen haben.

Es ist nämlich absolut nicht immer gesagt, daß ein Mensch mit ganz plattem Fuß keine Strapazen aushalten kann. Wenn mit der vollkommenen Plattheit auch etwas Schwerfälligkeit verbunden ist, so kenne ich doch eine ganze Reihe von Menschen mit ganz plattem Fuße, die anstandslos die größten Strapazen im Laufen aushalten. Entschieden vorsichtiger müssen die Militär-Organe bei denjenigen Fällen sein, wo die Wanderung der Fußwurzelknochen nach unten unter entzündlichen Erscheinungen eben im Gange ist. Hier rächt sich die unausbleibliche Ueberanstrengung, wie sie z.-B. der Infanteriedienst mit sich bringt, sehr oft bitter. Dazu wird durch das Militärschuhwerk, wie es momentan beschaffen ist, ein Schlechterwerden des Zustandes keineswegs aufgehalten, wohl aber beschleunigt. Also auch den Herren Militärärzten dürfte der Name „Senkfuß“ zu denken geben.

Bemerkungen zur Diskussion über den koffeinfreien Kaffee.

Von Dr. med. et phil. **Hans Lungwitz**, Berlin.

Mit scharfen Waffen wird in unserer konstitutionsschwachen Zeit der Kampf gegen die arzneilichen wie die Nahrungsgifte geführt: Quecksilber, Phosphor, Arsen usw. werden in entgifteter Verbindung dargestellt und angewendet, alkoholfreie Getränke überfluten den Markt, das starke Geschlecht raucht nikotinarme Zigarren, aus der täglichen Kost soll nach Ansicht zahlreicher Autoren die giftige Harnsäure ausgemerzt werden, und auch dem guten, alten Kaffee rückt man energisch zu Leibe, um ihm sein Koffein zu rauben.

Er hat sich lange dagegen gesträubt, der arabische Bohnenkaffee, und lieber manch Surrogat groß werden lassen. Nun aber scheint doch sein Stündlein geschlagen zu haben. Die Bremer Kaffee-Handels-Aktiengesellschaft kündigt seit kurzem an, daß es ihr gelungen sei, einen koffeinfreien Kaffee darzustellen. Dieser Kaffee enthält allerdings noch geringe Mengen von Koffein (nach Angaben der Firma 0,1 bis 0,15%), die aber nach den Tierversuchen von Boruttan, wie sie im Juniheft der Zeitschr. für physikal. und diätetische Therapie publiziert sind, „in den praktisch in Betracht kommenden Aufgüssen keine Koffeinwirkung äußern“.

Zweifellos wird ein koffeinarmer oder -freier Kaffee zahllosen Konsumenten besser bekommen als das Naturprodukt, aber man darf nicht vergessen, daß ein guter Teil der spezifischen Kaffeewirkung auf Konto der beim Rösten entstehenden empyreumatischen Produkte zu setzen ist. Das physiologische

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Experiment hat diese Annahme längst erwiesen, und speziell von dem Bremer Kaffee hat jetzt Zikel, wie er in seiner Zeitschrift für neuere physikalische Medizin, 1908, Nr. 11, mitteilt, experimentell festgestellt, daß er trotz seines geringen Koffeingehaltes doch noch „Kaffeewirkung" hat. „Wir haben", schreibt er, „diese wichtige Frage experimentell gelöst, indem wir durch Versuche und eingehende Beobachtungen an Kaninchen und Meerschweinchen zunächst die Wirkungen des Bremer Kaffees objektiv studiert haben. Die Wirkung des Bremer Kaffees auf ältere und besonders junge Tiere ist nach unseren Versuchen eklatant. Eine 5%ige, heiße und auf 15 ° C Zimmertemperatur abgekühlte Bremer Kaffeelösung, besser demonstrierbar aber eine 10%ige gleiche Lösung, erwies sich bei einer Quantität von wenigen Kubikzentimetern, unter antiseptischen und aseptischen Kautelen in die vordere Bauchfelltasche der Kaninchen vorsichtig eingespritzt, als hinreichend, um auffallende nervöse Symptome beim Versuchstiere zu erzeugen", die Zikel ausführlich beschreibt.

Ob in praxi sich die Harmlosigkeit des Bremer Kaffees wird erweisen lassen, bleibt abzuwarten. Es ist nötig, möglichst viele Urteile zu hören. Mir selbst stehen einige Erfahrungen zu Gebote, die nicht gegen den Kaffee sprechen. Ich finde, was schon theoretisch anzunehmen ist, daß der Vorteil des Bremer Kaffees in der verhältnismäßig geringfügigen Koffeinzufuhr besteht, in der Vermeidung des Herzgiftes, nicht in der Ausschaltung jeglicher „Kaffeewirkung", und daß darin gerade seine Existenzberechtigung gegenüber den Kaffeesurrogaten zu erblicken ist.

Die meisten Bedenken werden gegen die Herstellungsweise geäußert. Mir liegt außer der Zikelschen Arbeit eine Polemik im „Süddeutschen Nahrungsmittelchemiker", Nr. 21, vor; in beiden Publikationen wird scharf kritisiert und verurteilt, daß die Kaffeebohnen mit Gasen oder Dämpfen sowie mit flüchtigen Lösungsmitteln in Berührung gebracht werden. Ich kann allerdings nicht einsehen, weshalb die Bearbeitung der Bohnen mit Gasen oder Dämpfen, speziell mit Ammoniak, und mit flüchtigen Lösungsmitteln, speziell Benzol, irgendwie nachteilig wäre, wenn diese Stoffe quantitativ wieder zu entfernen sind. (Uebrigens gibt die Firma bekannt, daß Ammoniak nicht verwendet wird.) Das der Firma patentierte Verfahren ist meiner Ansicht nach geeignet, diese Stoffe vollständig zu entfernen. Ammoniak ist ein Gas, und Benzol siedet bei 80 ° C. Die Patentschrift enthält u. a. folgenden Passus:

> „Ist die Extraktion genügend weit durchgeführt, so destilliert man das anhaftende Benzol durch Anwärmen des Doppelmantels ab, schließt den Zylinder, läßt Dampf ein, bis im Zylinder ein Druck von etwa 1½ Atmosphären herrscht, öffnet hierauf den Zylinder, um den Druck rasch abzulassen, und evakuiert mittels Vakuumpumpe. Diese Manipulation wiederholt man, bis die letzten Spuren des Benzols entfernt sind."

Wie dabei Gase oder Benzol „rein mechanisch" (Zikel) zurückbleiben können, ist mir nicht klar. Die sicherste Entscheidung bringt natürlich die chemische Untersuchung des fertigen Kaffees. Der „Süddeutsche Nahrungsmittel-Anzeiger" veröffentlicht die Analyse eines Chemikers, der 0,145% Ammoniak und Ammoniaksalze gefunden haben will. Die Bremer Gesellschaft hat aber das Chemische Staatslaboratorium in Bremen, das Chemische Institut des Geheimrat Fresenius in Wiesbaden und das Mediz.- chemische Laboratorium von Dr. Rabenhorst und J. Varges in Dresden ersucht, in irgendeinem Geschäft Proben des „koffeinfreien" Kaffees zu entnehmen und auf „fremde chemische Bestandteile" zu untersuchen. Ehe die Resultate nicht bekannt sind, scheint es mir sehr verfehlt zu sein, ein so bedeutsames Unternehmen, wie es die Herstellung eines koffeinarmen Kaffees darstellt, durch Vermutungen zu diskreditieren. Es wäre ja geradezu Wahnsinn, wenn die Bremer Gesellschaft ein mit giftigen Verunreinigungen behaftetes Produkt, das ja gerade „entgiftet" sein soll, in den Handel bringen wollte!

Da m. E. nach der Patentschrift Ueberreste der zur Herstellung verwandten flüchtigen Materialien nicht mehr im Bremer Kaffee enthalten sein können, dürfte es die Konsumenten nicht genieren, daß der Kaffee mit „ungenießbaren Gasen und Lösungsmitteln" präpariert worden ist. Wenn sich die Redaktion des Süddeutschen Nahrungsmittel-Anzeigers daran stößt, dann rate ich ihr, sich das Essen und Trinken überhaupt ruhig abzugewöhnen; denn wenn alle Nahrungs- und Genußmittel dem Konsumenten ihre Entstehungsgeschichte erzählen könnten, würde der Appetit in sehr zahlreichen, wenn nicht den meisten Fällen streiken, selbst wenn man darin nicht so feinfühlig ist wie die gen. Redaktion. Das Bewußtsein, daß ein Nahrungs- oder Genußmittel mit Chemikalien, die quantitativ wieder entfernt sind, in Berührung gekommen ist, dürfte weit weniger genieren als z. B. der haut goût des Wildes usw. usw. Es ist ja ganz gut, wenn die Kaffeefrage auch von dieser Seite beleuchtet wird, gerade deshalb um zu zeigen, daß im vorliegenden Falle die „unappetitliche" Zubereitung gegen den Kaffee absolut nicht ins Gewicht fällt, ebensowenig wie Bedenken, die wohl auf eine Unkenntnis in chemischen Dingen zurückzuführen sind.

REFERATE.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur**, leitend. Arzt des hydrotherapeut.-medikomechanischen Instituts am Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin.

1. **Die balneologische Behandlung der Ischias.** Von Dr. Axel Winckler-Nenndorf. Monatsschr. f. prakt. Wasserheilk., 15. Jahrg., Nr. 4.

2. **Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit.** Von Dr. Tobias. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., Bd. 12, Heft 2.

3. **Ueber die praktische Bedeutung der Vierzellenbäder.** Von Dr. Tobias. Med. Klinik, 1908, Nr. 20.

1. Bei der ausführlichen kritischen Uebersicht, die Winckler über den heutigen Stand der Ischiastherapie gibt, ist beachtenswert, daß der Verfasser alle sehr heißen Applikationen verwirft, sowohl die heißen Vollbäder als auch die lokale Hitze in ihren verschiedenen Anwendungsformen (Fango, Schlamm, heiße Duschen etc.); er schreibt der extremen Wärme nur eine symptomatische, keine heilende Wirkung zu. Wenn es auch richtig ist, daß in der „Heißbaderei", wie der Verf. sich ausdrückt, das alleinseligmachende Mittel gegen Ischias nicht gefunden ist, so heißt es doch m. E. zu weit gegangen, nun durchweg hier alle heißen Applikationen zu verwerfen, die doch oft genug von ausgezeichnetem Erfolge sein können.

Das von Winckler in Nenndorf beobachtete Verfahren besteht in der Anwendung von lauwarmen bis mäßig warmen Temperaturen. Abwechselnd werden Schlammbäder von mitteldicker bis dicker Konsistenz, 37 bis 38 ° C Temperatur und ½- bis 1 stündiger Dauer und (nach je zwei bis drei Schlammbädern) ein Schwefelbad von 34 bis 35 ° C und 30 bis 40 Minuten Dauer gegeben. Am Schlusse des Schwefelbades erfolgt eine lauwarme Begießung des kranken Beines aus einer Gießkanne, in hartnäckigen Fällen eine kurze laue Schwefelwasserdusche unter schwachem Druck. Um den Kranken nicht zu sehr zu ermüden, wird jede Woche ein bis zwei Tage lang mit dem Baden pausiert. Während der ganzen vier bis fünf Wochen dauernden Kur läßt Winckler den Kranken morgens ein Weinglas Friedrichshaller Bitterwasser und nachmittags ein bis zwei Gläser Schwefelwasser trinken. Bei alten und schwächlichen Individuen werden die Schlammbäder weggelassen; bei Komplikation mit Varizen (endlich wird hier einmal dieser so häufigen und die Heilung sehr erschwerenden Komplikation die nötige Beachtung geschenkt!) gibt Winckler die Schwefelbäder kühler (33 °) und erniedrigt auch die Temperatur der Schlammbäder, die dafür extra dick bereitet werden.

Das in Aix-les-Bains geübte Verfahren der Dusche-Massage hält Verfasser für zu kompliziert zur Nachahmung; er begnügt sich mit nicht über 40° C warmen Wasserduschen. Die Massage hält er für nachteilig, dagegen wird eine vorsichtig dosierte Zandergymnastik als Unterstützungsmittel der Ischiaskur gerühmt.

2. Verfasser beschäftigt sich in vorliegender Abhandlung besonders mit der diätetischen und physikalischen Therapie der Basedowschen Krankheit. Die von ihm bevorzugte Diät ist eine reizlose, aber nicht rein vegetarische; am besten eignet sich eine lakto-vegetabilische Diät mit zwei bis drei eingeschobenen Fleisch- oder Fischtagen in der Woche. Bei Komplikation mit Darmkatarrh ist man genötigt, eine gemischte Kost zu verordnen, unter möglichster Vermeidung aller reizenden Substanzen. Von alkoholischen Getränken ist nur das sehr wenig Alkohol enthaltende Malzbier gestattet.

Unter den physikalischen Maßnahmen spielen die hydrotherapeutischen die Hauptrolle, doch wendet Tobias nicht so energische und häufige Prozeduren an, wie sie von seiten Winternitz' empfohlen worden sind. Er gibt in leichten Fällen Halbbäder von 34° C abwärts mit allmählich bis zu 28° sinkender Anfangstemperatur, später wird dann von Zeit zu Zeit zur Beruhigung eine feuchte Einpackung statt des Halbbades appliziert. Bei sehr empfindlichen und erregbaren Kranken beginnt man die Kur statt mit Halbbädern mit Teilwaschungen, ebenso werden bei solchen Patienten die feuchten Einpackungen durch eine Trockenpackung mit nachfolgender Teilwaschung anfänglich ersetzt.

Schwieriger gestaltet sich die Behandlung in schweren Fällen; hier wendet Tobias im Beginne eine Trockenpackung mit Rückenschlauch auf die Wirbelsäule an, durch den aber nicht kaltes, sondern 38 bis 41° C warmes Wasser hindurchfließt. Daran schließt sich später eine Teilwaschung; erst wenn schon erhebliche Besserung eingetreten ist, darf zu anderen milden Prozeduren wie schwachen Kohlensäurebädern oder feuchten Einpackungen mit warmem Rückenschlauch übergegangen werden. Mit dieser Behandlung lassen sich nun allmählich recht gute Erfolge erzielen, die sich in Verschwinden oder Linderung der lästigsten Symptome äußern; daneben diese Symptome noch lokal mit hydriatischen Maßnahmen zu bekämpfen (Herzkühlung gegen die Tachykardie, Sitzbäder gegen die Durchfälle), hält Tobias meist für überflüssig.

Von elektrotherapeutischen Methoden wird die Galvanisation am meisten empfohlen (Anode auf die Herzgegend, Kathode in den Nacken oder Anode in den Kieferwinkel, Kathode ebenfalls in den Nacken 1 bis 3 M.-A. drei Minuten). Außerdem sah Verfasser von faradischen Bädern öfters eine beruhigende Wirkung.

3. Ueber den Wert oder Unwert des elektrischen Vierzellenbades herrschen noch recht verschiedene und unklare Ansichten. Auf anfängliche übertriebene und teilweise reklamehafte Empfehlungen ist ein Skeptizismus gefolgt, der auch wieder über das Ziel hinausschießt; man vergaß ein wenig, daß ein Mittel in der physikalischen Therapie schätzenswert sein kann, auch wenn es den Blutdruck nicht erhöht oder erniedrigt oder ähnliche eklatante nachweisbare Veränderungen setzt. Es ist daher gerade vom Standpunkte des praktischen Arztes sehr zu begrüßen, daß Tobias in kritischer und objektiver Weise in vorliegender Abhandlung die praktische Bedeutung der Vierzellenbäder erläutert.

Was zunächst allgemeine Gesichtspunkte betrifft, so betrachtet der Verfasser als besonderen Vorzug des Vierzellenbades vor dem elektrischen Vollbade die mangelnde Erkältungsgefahr und die Anwendbarkeit bei alten, schwächlichen oder zu Katarrhen neigenden Individuen. Daß das Vierzellenbad durch sonstige Methoden der allgemeinen Elektrisation völlig zu ersetzen ist (Elektrodentisch), bezweifelt Tobias, m. E. mit Recht; ebenso glaubt er nicht, daß die Wirkung dieser Bäder ausschließlich eine suggestive sei, wenn sich dieses Moment natürlich auch nicht ganz ausschließen läßt. Betreffs der Technik ist beachtenswert, daß im allgemeinen vor der Anwendung sehr starker Ströme gewarnt wird.

Unter den Indikationen der Vierzellenbäder spielen nervöse Erkrankungen die Hauptrolle; Beschwerden wie Schwindel, Angst, Kopfdruck, unbestimmte Schmerzen werden durch nicht zu starke galvanische Bäder oft gebessert, ebenso die Schlaflosigkeit leichteren Grades, während in schwereren Fällen von Agrypnie das Verfahren oft versagt. Bei Neuralgien ist in frischen Fällen das Vierzellenbad wirkungslos oder sogar schädlich, während bei chronischer Ischias der Verfasser öfters sehr gute Erfolge gesehen hat, besonders bei diabetischer Ursache des Leidens. Bei lanzinierenden Schmerzen der Tabiker hat Verfasser nur Mißerfolge gesehen; dagegen waren die Erfolge bei Parästhesien und Anästhesien infolge Tabes oft recht gute, ebenso bei Sensibilitätsstörungen sonstiger Aetiologie, sofern sie in Armen oder Beinen, vor allem in den Fingern oder Zehen, ihren Sitz hatten. Wirksam erwies sich das Vierzellenbad auch beim Schreibkrampf (galvanischer Strom); bei Lähmungen ist es ein ganz brauchbares Unterstützungsmittel der sonstigen Behandlung, es macht jedoch die lokale elektrische Behandlung gelähmter Muskeln und Nerven nicht überflüssig. Namentlich bei Polyneuritis läßt es sich in diesem Sinne gut verwerten; besonders günstig ist die Wirkung des Vierzellenbades (schwache Faradisation) bei Folgezuständen von Hemiplegien.

Was die Herz- und Gefäßkrankheiten betrifft, so sah Tobias bei Dilatationen der rechten Herzhälfte und bei Herzmuskelerkrankungen oft ähnliche Erfolge wie bei Kohlensäurebädern (vor allem mit Anwendung des sinusoidalen Stroms). Dagegen ist das Vierzellenbad bei Herzklappenfehlern, Aneurysmen, Arteriosklerose, überhaupt bei allen Erkrankungen, die durch starke Hypertrophie des linken Ventrikels charakterisiert sind, unwirksam oder sogar schädlich. Schließlich weist Verfasser darauf hin, daß auch bei Ekzem zuweilen das Vierzellenbad sich gut bewährt habe; über Kataphorese im Vierzellenbade besitzt er noch keine hinreichende Erfahrung.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim,** München.

1. **Diagnose und Behandlung der kindlichen Seelenstörungen.** Von Raecke. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 905.

2. **Therapeutische Versuche und Vorschläge.** Von R. W. Raudnitz. Prager med. Wochenschr., 1908, S. 255.

3. **Die Serumbehandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis.** Von Ch. H. Dunn. Boston Med. and Surg. Journ., 1908, I, S. 371.

4. **Die Verwendung von fettfreier Milch in der Säuglingsernährung.** Von Ch. W. Townsend. Ibidem, S. 379.

1. Raecke teilt die kindlichen Seelenstörungen ein in angeborene geistige Defektzustände (Idiotie, Kretinismus und Imbezillität) und in die erworbenen Geisteskrankheiten (Katatonie, Melancholie, Manie, Infektionsdelirien, Amentia, chronische Paranoia und Dementia paralytika), unter denen die epileptischen und hysterischen Bewußtseinsstörungen eine besondere Stellung einnehmen.

Hinsichtlich der Therapie der erworbenen Psychosen des Kindesalters äußert sich Verf. folgendermaßen: Sie ist eine rein symptomatische. Stets ist zunächst Bettruhe und strengste Ueberwachung anzuordnen. Auch bei Kindern kommen ernsthafte Selbstmordversuche vor. Erregungen werden am besten mit protrahierten warmen Bädern und feuchtwarmen Packungen bekämpft. Von Beruhigungsmitteln kommt in erster Linie das Brom in Betracht. Wo ein stärkeres Schlafmittel sich nötig erweist, zumal bei älteren Kindern, mag man vorübergehend zu Paraldehyd greifen, das in kleinen Dosen von 3 bis 6 ccm gut vertragen wird (mit Sirup oder Fruchtsaft versetzt). Ein besonderes Augenmerk ist auf die Ernährung zu richten. Leichte, gut verdauliche Kost ist in kleinen Zwischenräumen recht oft am Tage anzubieten. Fortlaufende Kontrolle des Körpergewichts mit der Wage sei angeraten. Verweigert ein Kind hartnäckig die Nahrung, zögere man nicht zur Schlundsonde zu greifen. Bei katatonischem Stupor muß die künstliche Ernährung bisweilen viele Wochen fortgeführt werden, soll nicht das Kind an Inanition zugrunde gehen. Die beste Pflege finden geisteskranke Kinder stets in einer psychiatrischen Anstalt.

Nach eingetretener Genesung ist noch lange Zeit hindurch Ruhe und Schonung notwendig, Vermeidung jeder größeren geistigen und körperlichen Anstrengung, Fernhaltung von Gemütserregungen, vorsichtige Abhärtung, regelmäßiges Leben, Wahl eines möglichst ruhigen und gesunden Berufes, event. Erziehung außerhalb des Elternhauses.

2. Raudnitz entwickelt eine Anzahl origineller therapeutischer Vorschläge, von denen einige hier genauer geschildert seien.

Bei Prurigo infantum gravis, d. h. in Fällen, wo das Leiden jahrelang bestand, mit Verdickung der Haut, mit faustgroßen Lymphdrüsen in den Schenkelbeugen und Achselhöhlen, mit Abmagerung wegen der schlaflosen Nächte, ging er mit Erfolg folgendermaßen vor: Nach einem gründlichen Bade Ueberstreichen der Haut mit Thigenol in dicker Lage, darauf sorgfältige Bandagierung, zuerst mit Kalikotbinden, um die Gelenke Watteeinlagen, hierauf festgeschlossene, feucht angelegte, gestärkte Organtinbinden, so daß jedes Kratzen unmöglich wird. Alles kommt auf die Exaktheit des Verbandes an. Derselbe bleibt acht Tage lang liegen. Kurz vor dem Verbandwechsel Bad, damit das Kind nicht in einer Nacht die Arbeit von Monaten vernichte. Denn die Behandlung dauert mindestens 5 bis 6 Monate, oft länger. Daneben Arsenik bis zu hohen Dosen. Solange freilich Flöhe und Wanzen in der Wohnung des Patienten herrschen, werden Rezidive nicht ausbleiben. Insektenpulver und Waschen des Fußbodens mit Chlorkalk gehören mit zur erfolgreichen Therapie.

Bei schwerer, häufig rezidivierender Chorea hat Verf. in mehreren Fällen Erfolge von Parathyreoidin gesehen; er empfiehlt es zu weiteren Versuchen; das Medikament sei jedenfalls ganz unschädlich.

Den üblen Mundgeruch fand er mehrfach bei Fehlen von kariösen Zähnen und fauligen Pröpfen in den Gaumen- und Rachenmandeln durch einen ganz dünnen weißlichen Belag der Zunge bedingt. Hier genügten regelmäßige Mundspülungen mit Wasserstoffsuperoxyd zur Beseitigung der unangenehmen Affektion. In anderen Fällen schien der Zungenbelag nur die Teilerscheinung einer auch im Magen bestehenden besonderen Bakterienflora zu bilden. Hier schlägt Verf. einen Versuch mit der Ansiedlung eines antagonistisch wirkenden Mikroorganismus vor, wie es z. B. durch Ernährung mit Sauermilch gelingen soll.

Bei der Oxyuriasis lassen die gewöhnlich geübten Behandlungsarten: Knoblauchklistiere mit und ohne Seifenwasser, Kalomel, Einführung von Quecksilbersalbe in den After, oft im Stich. Zuweilen sah Verf. Dauererfolge bei sehr obstinaten Fällen durch innerliche Verabreichung von Naphthalin 1,2, Thymol 4,8, Santonin 0,4. Div. in dos. VIII. Daneben Podophyllin und Stuhlzäpfchen aus Jodoform, Naphthalin, Thymol ana 0,1. Als ein die Oxyuren in ungeheuren Mengen — ob dauernd, weiß er noch nicht anzugeben — abtreibendes Mittel lernte er das Sauerkrautwasser kennen, wie es bei der Sauerkrautgärung entsteht. Man läßt in kurzen Zwischenräumen 1 bis 2 l dieser ganz gut schmeckenden Flüssigkeit trinken. Erwachsene sollen es auf nüchternen Magen trinken und dazu rohes Sauerkraut essen.

Bei Bronchialkatarrhen sollen Räucherungen mit Salmiak eine günstige Wirkung entfalten, die auf Schleimlösung beruht. Man nimmt sie vor, indem man reinen Salmiak auf einer sauberen Eisenplatte, eventuell am Herde verdampfen läßt. Außerdem bewirken diese Räucherungen nach dem Niederfallen des Salmiakdampfes eine Verminderung der Luftkeime.

3. Dunn hat 15 Fälle von epidemischer Zerebrospinalmeningitis, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt werden, durch intraspinale Behandlung mit dem von Flexner hergestellten Meningokokkenserum behandelt. Die Erfolge sind zweifellos sehr günstige und erwecken auch bei kritischer Betrachtung den Eindruck, daß die Therapie hier eine spezifische Wirksamkeit entfaltete. Das Flexnersche Serum, das nach früheren Mitteilungen Flexners bei Affen eine experimentelle Meningokokkenmeningitis zu verhindern oder zu heilen vermag, wird in ähnlicher Weise wie das Diphtherieheilserum durch Immunisierung von Pferden gewonnen. Es übt keine antitoxischen, sondern bakterizide Wirkungen aus.

Seine Heilwirkung ist um so sicherer, je früher es angewandt wird. Das Fieber geht rasch zurück, mitunter in kritischem Abfall; die bedrohlichen Symptome schwinden; event. verläuft die ganze Krankheit abortiv. Die drei Mißerfolge (unter fünfzehn Fällen) betrafen Patienten, die erst in der dritten Woche nach Ausbruch des Leidens injiziert worden waren.

Die praktischen Gesichtspunkte, nach denen vorgegangen werden soll, präzisiert Verf. etwa folgendermaßen: In jedem Fall, wo bei Kindern der Verdacht oder auch nur die Möglichkeit einer Meningitis besteht, soll sofort die Lumbalpunktion vorgenommen und gleichzeitig alles zur Seruminjektion vorbereitet werden. Ist die Zerebrospinalflüssigkeit deutlich getrübt, soll nicht erst die bakteriologische Untersuchung abgewartet, sondern gleich die Seruminjektion vorgenommen werden. Die große Mehrzahl der eitrigen Meningitiden, speziell im Kindesalter, sind durch den Meningokokkus verursacht, und in den seltenen Fällen, in denen eine stärker getrübte Flüssigkeit auf tuberkulöser oder Pneumokokkenmeningitis beruht, wird die Seruminjektion nicht schaden. Verf. läßt zunächst so viel Flüssigkeit ab, als spontan abläuft (50 bis 90 ccm), und injiziert das Heilserum durch die Lumbalpunktionsnadel in der Einzeldosis von 15 bis 45 ccm, gewöhnlich 30 ccm. Wenn nach der ersten Injektion die Temperatur zur Norm abfällt und die sonstigen klinischen Symptome sich rasch und fortgesetzt bessern, ist eine Wiederholung der Seruminjektion zunächst unnötig; steigt im späteren Verlauf die Temperatur wieder an oder stellen sich die Symptome wieder ein, so ist die Behandlung in gleicher Weise zu wiederholen. — Gibt die erste Injektion nicht den gewünschten Erfolg, so soll die Lumbalpunktion mit nachfolgender Seruminjektion täglich wiederholt werden bis zu höchstens viermal im ganzen. Fieberanstieg und Verschlimmerung des klinischen Bildes können aber auch späterhin nochmals zum Eingriff Veranlassung geben. — Wo keine oder fast keine Flüssigkeit bei der Lumbalpunktion abfließt, ist vielleicht die subkutane Anwendung des Heilserums am Platz. Doch hat Verf. auch in zwei derartigen Fällen ohne üble Folgen das Serum in den Lumbalkanal injiziert, rät aber zur Vorsicht. — Fälle, die erst im chronischen Stadium der Krankheit injiziert werden, haben nur dann Aussicht, durch die spezifische Behandlung günstig beeinflußt zu werden, wenn noch Fieber und sonstige Symptome auf einen aktiven infektiösen Prozeß schließen lassen und in der Spinalflüssigkeit noch Meningokokken vorhanden sind.

Daß definitive Schlüsse erst auf Grund eines erheblich größeren Materials erlaubt sind, betont der Verf. selbst. — Das Flexnersche Serum dürfte dem in Deutschland hergestellten Kolle-Wassermannschen Meningokokkenheilserum nahe stehen. Auch über dieses Serum liegen günstige Berichte aus jüngster Zeit vor, und zwar auch bei intraspinaler Anwendung (E. Levy, Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 139). Auch die Einzeldosen, die hier als zweckmäßig und notwendig befunden werden, decken sich beinahe mit denen des amerikanischen Autors, so daß vielleicht die mitgeteilten Ratschläge auch als Leitlinien bei der Verwendung des Kolle-Wassermannschen Serums gelten dürften.

4. Townsend berichtet über Ernährungsversuche mit fettarmer Kuhmilch im Säuglingsalter. Er hat folgende Erfahrungen gemacht:

a) daß Fett viel öfter, als man im allgemeinen annimmt, den Säuglingen im Uebermaß zugeführt wird,

b) daß Ueberfütterung mit Fett Obstipation, brockige Stühle, Atrophie, Konvulsionen bewirken kann,

c) daß es bei gastro-intestinalen Störungen der Säuglinge wünschenswert ist, das Fett aus der Nahrung auszuschließen,

d) daß die Eiweißkörper der unverdünnten fettfreien Kuhmilch selbst von jungen Säuglingen bemerkenswert gut vertragen werden, und daß die sogenannten Kaseïnbröckel in den Stühlen der so ernährten Kinder fehlen.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Ueber traumatische Knorpelrisse im Kniegelenk.** Von Konrad Büdinger. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., Bd. 92, Heft 4/6.

2. **Eine neue Methode der Amputatio kruris osteoplastika.** Von Fritz L. Dumont. Ibidem.

3. **Ueber unsere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion.** Von M. v. Brunn. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

4. **Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung eitriger Prozesse.** Von Eduard Müller und Alfred Peiser. Ibidem.

5. **Zur Behandlung der Vorderarmbrüche.** Von N. Kaefer. Ibidem, Nr. 19.

6. **Zur Behandlung des Dekubitus.** Von Richard Teller. Ibidem.

7. **Ueber die operative Behandlung der Hernien im Kindesalter.** Von E. Großmann. Ibidem.

8. **Ueber die Pathogenese und operative Behandlung des Prolapsus rekti.** Von J. Rotter. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 16.

9. **Ueber die Ergebnisse der Timmermannschen Injektionsmethode zur Behandlung von Hernien usw. in den Jahren 1891 bis 1904.** Von R. Wollermann. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 21.

1. Büdingers Arbeit beschäftigt sich mit den traumatischen Knorpelrissen im Kniegelenk, die neben Meniskusverletzungen, intraartikulären Brüchen und Absprengungen, Veränderungen der Gelenkfettpolster die anatomische Grundlage zu dem vielgestaltigen Krankheitsbilde geben, das man früher mit der Verlegenheitsdiagnose „dérangement interne“ bezeichnete. Diese Knorpelrisse gehören zu den häufigsten Folgen einer Verletzung des Kniegelenks; „ihr Lieblingssitz ist an der Patella, demnächst an den Kuppen der Femurkondylen; sie entstehen entweder durch Berstung, insbesondere über subchondralen Blutergüssen, oder durch seitliche Verschiebung, Stauchung des Knorpelüberzuges. Funktionsstörungen des Gelenkes entstehen, wenn sich Knorpellappen aufstellen, wenn die Spalten weiter einreißen, wenn sich in der Umgebung eine Chondritis entwickelt, oder wenn sich Teile des Gelenküberzuges lösen“. Es ist meist unmöglich, die Knorpelrisse nach Sitz und Art zu erkennen, da sie dem Bild des „traumatischen Knies“ keine besonderen Züge geben; es genügt zu wissen, daß sie in fast allen solchen Fällen vorhanden sind, mag das Knie durch Stoß, Schlag oder nur durch Muskelzug („Umknicken“) verletzt sein, und daß sie sehr häufig die einzige anatomische Veränderung des Gelenks darstellen, wohl öfter als das isolierte traumatisch-entzündliche, subpatellare Lipom Hoffas. — Die Behandlung ist zunächst eine abwartende, denn der Knorpelriß kann von selber heilen; bleiben erhebliche Beschwerden — es sind besonders Bewegungsstörungen, bei deren Wertung für die Operation die wirtschaftliche Lage des Kranken, wie so häufig, eine große Rolle spielt —, so ist die Operation angezeigt. B. eröffnet das Gelenk mit einem 15 cm langen Seitenschnitt unter Aufklappen der Patella; nur so erreicht man volle Uebersicht über alle Gelenkflächen, die für die Abtragung der teilweise gelösten Knorpellappen usw. notwendig ist. Der Schnitt durchtrennt den Vastus nur schräg und am Rande, läßt den Streckapparat unversehrt im Zusammenhang und ergibt bei genauer Naht ohne Drainage und frühzeitiger Nachbehandlung vorzügliche, meist ganz regelrechte Beweglichkeit und Gebrauchsfähigkeit des Knies. B. läßt seine Kranken schon am zweiten Tage aufstehen; vom zwölften an das Knie beugen.

2. Haffter sucht bei Unterschenkelabsetzungen dadurch einen tragfähigen Stumpf herzustellen, daß er die Tibia höher oben durchsägt als die Fibula und das überstehende Stück der Fibula wie eine Brücke über den Tibiastumpf legt, wo er durch genaue Periostnähte befestigt wird. Durch steilen Ovalär-Hautschnitt wird die Hautnarbe nach innen oben verlegt, so daß der Stumpf mit seinem wie ein Steigbügel geformten Knochengerüst eine feste Muskel-Haut-Unterlage hat. Hafftеrs Erfolge sind gut; doch sind sie von genauer Technik abhängig; sein Verfahren zwingt zu sechswöchigem Liegen und verbietet die Massage und die Tret-, Klopf- und Bewegungsübungen des Stumpfes nach Hirsch, mit denen man im allgemeinen bei allen Beinstümpfen, gleichgültig welcher Operationstechnik, vorzügliche Tragfähigkeit erreicht.

3. An der Tübinger Klinik hat sich eine Händedesinfektion nur mit Alkohol (5 Minuten langes Abreiben mit 96 %igem Alkohol mittels gazeumhüllten Wattebausches) ohne vorhergehendes Bürsten mit Wasser und Seife gut bewährt; man hatte die gleichen Erfolge wie mit dem Fürbringerschen und dem Heusnerschen Jodbenzinverfahren. — Der Alkohol wirkt weniger keimtötend als dadurch, daß er die Haut gerbt und somit die Abgabe von Keimen verhindert; er steht also den neuen Desinfektionsmitteln nahe, deren letzte Folgerung Döderlein mit seinem Gaudanin gezogen hat, einem dünnen Formalin-Gummihäutchen, das die Haut mit ihren Keimen während der Operation keimdicht abschließen soll, oder v. Oettingen mit dem Mastixgemisch, mit dem er im russisch-japanischen Kriege die Keime der Wundumgebung „festlegte“. Diese neueren Bestrebungen, z. B. das Schumburgsche Verfahren, sind zweifellos gerade dem praktischen Arzt, dem Zeit und Aufwand für eine „klinisch-aseptische Operationsfeld- und Händevorbereitung“ nicht zu Gebote stehen, sehr willkommen; wenn aber vor der vorhergehenden mechanischen Händereinigung mit Seife, Wasser und Bürste gewissermaßen gewarnt wird, weil sie die in der Tiefe der Haut sitzenden Keime erst zum Vorschein bringe (Heusner), so muß doch dem gegenüber nachdrücklich betont werden, daß ohne diese allereinfachste Grundlage alle Aseptik auf schwankenden Füßen steht und daß viele Chirurgen ihre vorzüglichen Wundheilungserfolge hauptsächlich dem heißen Wasser und der Seife verdankten. v. B. verwahrt sich auch dagegen, daß etwa auf das Gewicht seiner Stimme hin „der Chirurg sich die Hände nicht waschen solle“; aber daß er diese Bemerkung nötig findet, ist bezeichnend. In der Tat, so gut wie nach Schleichs derbem Worte gekochter Kot Kot bleibt, so wenig kann eine mit Alkohol, Formalin oder Jodlösungen gegerbte Haut für aseptisch gelten, wenn sie nicht vorher von der obersten Schmutzschicht befreit, d. h. mit Seife gewaschen wurde.

4. Jeder „heiße Abszeß“ enthält, an die gelapptkernigen Leukozyten gebunden, ein eiweißlösendes Ferment, dessen Wirkung durch ein im Blut kreisendes und in krankhafte Ausscheidungen (Aszites) übergehendes Antiferment abgeschwächt wird. M. und P. gehen von der Ueberlegung aus, daß durch direkte Einwirkung des Antiferments auf die Wand der Abszeßhöhle die eitrige Einschmelzung des Gewebes und die Aufsaugung giftiger Eiweißabbauprodukte vermindert, die Eiterabsonderung verringert, die Heilung beschleunigt werden müßte. Es wurden an der Breslauer Klinik etwa 100 Fälle von Eiterungen (Lymphdrüsenabszesse, Karbunkel, Panaritien, Phlegmonen) nach breiter Spaltung und Entleerung des Eiters mit „Antifermentserum“ verbunden; und in der Tat haben die Verf. den Eindruck, als sei in diesen Fällen der Eiter rascher verschwunden, die Heilung schneller eingetreten als unter sonst üblicher Behandlung. Das Serum wirkt nur durch unmittelbare Berührung; vielbuchtige Höhlen sind darum ungeeignet für diese „physiologische“ Behandlung, die gewissermaßen eine Steigerung des Grundgedankens der Bierschen Stauung darstellt. Ist kein Antifermentserum vorhanden — und es hat große Bedenken, trotz Filtration und antiseptischen Zusätzen, Punktionsflüssigkeit oder Serum eines Menschen in die Wunden eines anderen zu gießen —, so wird das durch Aderlaß gewonnene Blutserum des Kranken selbst verwendet. — Ref. scheint ein Aderlaß nur zu diesem Zwecke bei vorhandenem, zunächst ziemlich harmlosen Eiterherd wenig angezeigt zu sein.

5. Kaefer legt bei Vorderarmbruch den Kranken auf irgendeinen Operationstisch mit Beinhalter und läßt den verletzten Arm so um den Beinhalter legen, daß die Beinhalterstange bei rechtwinklig gebeugtem Arm etwas oberhalb der Ellenbeuge liegt. Er hat dann an der Stange einen sicheren Halt zur Streckung und Einrichtung; der Verband — dorsale Gipsschiene aus Longuetten, mit Mullbinde angewickelt — wird in situ angelegt und dann die Beinhalterstange einfach herausgezogen. Das Verfahren spart einen Assistenten und ist zu empfehlen.

6. Teller massiert, ohne die sonst übliche Behandlung zu vernachlässigen, die Ränder des Dekubitus mit Lassarscher Paste, um durch arterielle Blutwallung bessere Heilungsbedingungen zu schaffen. Er hat in zwei schweren Fällen Erfolg gehabt.

7. Die Operation des Nabel- und Leistenbruchs bietet auch bei Säuglingen durchaus keine besonderen Gefahren; sie ist im Gegenteil wegen der Einfachheit der anatomischen Verhältnisse sehr leicht. Großmann hat 90 Leisten- und 21 Nabelbrüche bei Kindern mit glatter Heilung operiert, darunter doppelseitige Operation an Säuglingen von zwei bis sieben Monaten. Auf der anderen Seite ist die Bandagenbehandlung so wenig sicher in

ihren Erfolgen und namentlich bei armen Leuten mit so viel Unzuträglichkeiten verknüpft, die Beschwerden eines Bruchs auch ohne Einklemmung manchmal so erheblich (Verdauungsstörungen), daß eine allgemeine Anwendung der Bruchoperation auch im zarten Kindesalter durchaus berechtigt erscheint.

8. Rotter empfiehlt für große Mastdarmvorfälle das Rehn-Delormesche Operationsverfahren, das den Beckenboden und die verlorengegangene Krümmung des Rektums nach vorn am besten wieder herstellt. — Der Vorfall wird nach Sphinkterdehnung vorgezogen und die Schleimhaut vom After an ringsum nach oben zurückpräpariert; es wird so ein Schleimhautzylinder von 10 bis 20 cm Höhe abgelöst. Die Muskulatur des Rektum wird dann durch Nähte, die von oben nach unten verlaufen, in einen Wulst gerafft, schließlich die abgelöste Schleimhaut abgeschnitten und der Rand mit der Afterhaut vernäht. Um einen erneuten Vorfall nach Atrophie des Faltenringwulstes zu verhüten, kann man eine Sphinkterverengerung oder eine Straffung des Beckenbodens durch Nähte zwischen dem hinteren Sphinkterumfang und dem Levator ani anschließen.

9. Timmermann hat den Gedanken Schwalbes, Brüche jeder Art durch Alkoholeinspritzungen zu behandeln, zu einem Verfahren ausgebaut, mit dem in den letzten Jahren nach seinen Angaben 92% Radikalheilungen selbst sehr großer Brüche erzielt worden sind. Die Einspritzung — es wird nur absoluter Alkohol verwendet — ruft eine Entzündung mit nachfolgender Bindegewebswucherung und Schrumpfung in der Umgebung des Bruchsackhalses hervor; die schließlich bleibende derbe Narbe verschließt die Bruchpforte. Unglücksfälle wie Peritonitis, Darmverlötung, Darmfistel, die man für schwer vermeidbar halten sollte, sind nur in den „Lehrjahren", auch Schädigungen des Hodens sind sehr selten vorgekommen. Das Verfahren ist bei der großen Mehrzahl aller Brüche anwendbar, sofern sie nur, wenn auch nach langer Vorbehandlung, Lösung der Verwachsungen durch Massage etc., zurückzubringen sind; es erfordert, je nach Lage des Falles, 10 bis 44 Tage klinischer Behandlung, hat also in dieser Beziehung vor dem operativen Eingriff nichts voraus; auch ist eine ambulante Nachkur notwendig. — Die Arbeit betont nachdrücklich, daß das Verfahren nicht nach Vorschriften nachgeahmt, sondern nur durch eigene Anschauung und Uebung erlernt werden kann; sie fordert in vielen Punkten zur Kritik heraus, stellt aber das Timmermannsche Verfahren als ein durchaus wissenschaftlich überlegtes und diskutables dar.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Ueber die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker.** Von Oberarzt Dr. Mönkemöller-Hildesheim. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 19 u. 21.

1. Es läßt sich nicht leugnen, daß die Entweichungen verbrecherischer und gemeingefährlicher Geisteskranker aus den Irrenanstalten sich in letzter Zeit gehäuft haben, der „wilde Mann" eine häufige Erscheinung geworden ist und die Sicherheitsmaßregeln der Anstalten nicht immer genügten. Trotzdem ist es ein Unrecht, diese Uebelstände durchweg den Anstaltsleitern zur Last zu legen, ebenso wie es falsch ist, den Irrenärzten vorzuwerfen, daß sie ihre Patienten zu früh aus der Anstalt entlassen. Oft soll der Irrenarzt sich angeblich entweder durch einen Simulanten täuschen lassen oder aber in gröblicher Weise verkennen, daß eine wirklich vorhandene Geisteskrankheit nicht geheilt ist, sondern noch fortbesteht. Jeder Einsichtige wird erkennen, daß diese Vorwürfe unbegründet sind. Die Verhältnisse liegen hier eben meist schwieriger und komplizierter, als man sich vorstellt. Bei der allgemeinen Wichtigkeit des Gegenstandes führen wir daher nachstehend die Hauptpunkte aus den bezüglichen M.schen Darlegungen kurz an. Ein geheilter Kranker muß entlassen werden. Ein Rückfall läßt sich auch bei aller Erfahrung nicht immer voraussehen. Die meisten Kranken werden allerdings nur als „gebessert" entlassen, ob die Besserung aber ausreicht, daß der aus der Ruhe der Anstalt in die laute Welt Entlassene damit auch auskommt, ist schwer zu berechnen. Das Drängen des Kranken und seiner Angehörigen, pekuniäre Verhältnisse spielen hierbei eine Rolle, nicht minder die Erfahrung, daß die letzten Stadien einer Genesung manchmal außerhalb der Anstalt schneller ablaufen als in ihr. Leider verfahren die Angehörigen solcher gebessert Entlassenen nicht selten mit diesen unvernünftig, indem sie trotz aller Ratschläge auf ihre Empfindlichkeit keine Rücksicht nehmen, ihnen Alkohol geben, sie zu zerstreuen suchen usw. Am schwierigsten liegen die Verhältnisse bei den periodisch verlaufenden Krankheiten, wo sich das Rezidiv sicher voraussehen läßt. Eine noch größere Bedeutung als diese Entlassungen spielen in der öffentlichen Meinung die Fälle, wo ein Geisteskranker mit dem Gesetz in Konflikt gekommen, ihm aber die Zurechnungsfähigkeit abgesprochen ist, so daß Gericht und Gefängnis ihm nichts mehr anhaben können, weil er für sein Tun nicht verantwortlich ist. Hier verlangt die öffentliche Meinung, daß er dann wenigstens unschädlich gemacht wird. Das Verbrechertum sammelt sich naturgemäß in den Großstädten, und die Irrenanstalten der Großstädte sind es daher auch, die die meisten Ausbrecher liefern (Sidney O'Donnel, Manolescu, der Einbrecher Kirsch). Die Aufgaben dieser Anstalten sind daher auch schwerer als die anderer. Abgesehen ferner von den wenigen Straffälligen, die in der Untersuchungshaft erkranken, deren Geisteskrankheit also hinter die Straftat und vor den Strafantritt fällt, hat man zu unterscheiden zwischen verbrecherischen Geisteskranken, deren Tat Ausfluß der Geisteskrankheit ist, und geisteskranken Verbrechern, deren Krankheit nach dem Verbrechen auftritt. Eine scharfe Abgrenzung ist praktisch hierbei freilich schwer durchzuführen. Die Anamnese der letzteren ergibt bei ihrer Ueberführung aus dem Gefängnis in die Anstalt nicht selten, daß ihre geistige Störung, und wenn nicht diese, so doch ihre Minderwertigkeit, so weit in die Vergangenheit zurückreicht, daß man annehmen kann, auch sie haben ihr Verbrechen bereits in geistiger Unfreiheit begangen. Hier beginnt das Gebiet der Gefängnispsychosen, denen namentlich die Minderwertigen leicht unterworfen sind. Hinsichtlich der anderen Kategorie, den verbrecherischen Geisteskranken mit ihrem ganzen asozialen Verhalten, fragt es sich, ob die Irrenanstalt überhaupt der richtige Ort für sie ist, oder ob es sich nicht vielmehr empfiehlt, sie in besonderen Anstalten unterzubringen. Von Bedeutung ist es auf alle Fälle, daß der verbrecherische Geisteskranke möglichst früh in die Anstalt kommt, ehe er die unangenehmen Eigenschaften und Angewohnheiten eines Gefangenen angenommen hat, daß daher schon bei der Voruntersuchung eines solchen Kranken dem untersuchenden Arzte keinerlei Schwierigkeiten vom Staatsanwalt oder Richter in den Weg gelegt werden. Die Gefängnislazarette müßten außerdem eine eingehendere Beobachtung ermöglichen, als es bis jetzt vielfach der Fall ist. Eine crux bleiben die Minderwertigen, die Schwachsinnigen, Epileptiker und Alkoholisten, die noch nicht so krank sind, daß ihnen die Verantwortlichkeit ganz abgesprochen werden kann. In die Irrenanstalt passen sie noch nicht recht und scheiden, wenn einmal in diese gekommen, aus ihr bald wieder aus. Läßt man sie verurteilen, so macht man sich den Vorwurf, daß man dem Grade ihrer Willenskraft vielleicht doch nicht ganz gerecht geworden. Zwar geben sie sich oft nur mit der sogen. kleinen Kriminalität ab, aber gerade weil diese sich bei ihnen zu häufen und zu summieren pflegt, fragt es sich, ob es sich nicht empfiehlt, sie ebenfalls dauernd unschädlich zu machen. In Amerika gibt es vier von jeder anderen Anstalt unabhängige Zentralstationen für geisteskranke Verbrecher, das Matteawan State Hospital, die Anstalt in Bridgewater, das Michigan Asylum und das Dannemora Hospital, außerdem noch Anstalten in Illinois und Connecticut, mit allem Komfort, Theater, Speisesälen usw.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Die für den Sanitätsdienst wichtigen Aenderungen in der Felddienstordnung und in der Manöverordnung vom 22. März 1908.** Erläutert von Stabsarzt Dr. Georg Schmitz-Berlin. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, H. 9, S. 396.

2. **Kurze Betrachtungen über die Verwendbarkeit des Autans in seiner neuesten Form für militärische Verhältnisse.** Von Prof. Dr. W. Hoffmann, Stabsarzt, und Dr. H. Strunk, Korpsstabsapotheker. Ibidem, S. 384.

3. **Manövertyphus 1907 in Galizien.** Von Oberstabsarzt Hrach, Spitalskommandant in Theresienstadt. Der Militärarzt, 1908, Nr. 9, 15. Mai.

1. Anläßlich einer Neubearbeitung der Felddienstordnung vom 1. Jan. 1900 sind deren beide Teile jetzt gesondert und zwar als Felddienstordnung (F. O.) und Manöverordnung (M. O.) herausgegeben worden. In ersterer tritt besonders die schärfere Abgrenzung und bestimmtere Stellung des Sanitätsdienstes, wie er sie durch die Kriegssanitätsordnung vom 27. Jan. 1907 erfahren hat, hervor. Ueberhaupt sind die Neuerungen auch insofern von allgemeinem Interesse, als sie einerseits die stets fortschreitende Fürsorge für das Wohl der Mannschaften dartun, andererseits für die zunehmende Würdigung des Sanitätsdienstes als eines unentbehrlichen Faktors für die Schlagfertigkeit der Armee sprechen. Man braucht nur an 1866 zu denken, wo es einen Sanitätsdienst im heutigen Sinne überhaupt noch nicht gab und die Forderungen der Hygiene stellenweise nur als lästig und hindernd empfunden wurden. In der Kriegsgliederung ist neu, daß die kleine Bagage jetzt Gefechtsbagage heißt. Zu ihr gehören die Sanitätspackpferde mit ihren berittenen Führern sowie die Truppensanitätswagen und die Feldküchen. Letztere verbleiben im Gefecht, sofern nichts anderes befohlen ist, zunächst beim Sanitätswagen. Zur großen Bagage der Kavalleriedivision gehört der Sanitätsvorratswagen. Der Verband des Sanitätsbataillons, das noch in der Kriegssanitätsordnung erwähnt ist, fällt fort. Die Sanitätskompagnien gehören nicht mehr zum Train, sondern zur Infanteriedivision. Die Feldlazarette sind in den Verband der Trainbataillone (zwei bei jedem Armeekorps) eingetreten, zu welchen außer dem Stab die Proviant-, Fuhrparkkolonnen und Pferdedepot gehören. Munitionskolonnen und Trains werden für den Marsch in zwei Staffeln geteilt, der ersten Staffel werden in der Regel nach Bedarf auch Feldlazarette zugewiesen. Steht ein Gefecht bevor, so können Munitionskolonnen und einzelne Feldlazarette als Gefechtsstaffel vor die große Bagage oder bis ans Ende der Truppen vorgezogen werden, die Führung dieser Staffel übernimmt, falls kein besonderer Führer ernannt ist, der älteste Offizier. Ebenso können der Vorhut „Sanitätstruppen" (bisher nur eine Sanitätskompagnie oder ein Teil derselben) beigegeben werden. Der Truppenbefehlshaber trägt für die Vermehrung der Bagage durch Vorspänner zum Fortschaffen Nichtmarschfähiger (bisher „Kranker") persönlich die Verantwortung, ist aber zur Meldung verpflichtet. Für den Marsch sind besondere Schutzmaßregeln gegen Kälteschäden vorgesehen. Ein Teil der Ausrüstung Schonungsbedürftiger darf auf den Truppenfahrzeugen gefahren werden. Bei schlechten Wegen, die erst ausgetreten werden müssen, sowie bei Wind ist Abwechslung unter den an der Spitze oder an der Windseite Marschierenden geboten. Während der Eisenbahnfahrt ist die Möglichkeit der Verabreichung von Branntwein wesentlich eingeschränkt. Bei großer Hitze hat der Transportführer telegraphisch die Bereithaltung von Trinkwasser zu bestellen. Aus der Manöverordnung ist zu erwähnen, daß bei der „Besprechung" die auf Grund der Kriegslage für den Sanitätsdienst getroffenen Anordnungen je nach den Umständen zu erörtern sind. Schonungsbedürftige Mannschaften, die der Bagage zugeteilt sind, können vom Truppenteil eine schriftliche Ermächtigung zum Aufsitzen erhalten.

2. Das Autandesinfektionsverfahren — eine Formalindesinfektion ohne Apparat — (vergl. das bezügliche Referat in Nr. 19 des laufenden Jahrganges dieser Zeitschrift) hat in neuester Zeit insofern eine Aenderung erfahren, als die Fabrik jetzt eine Neupackung des Autans („Neu-Autan") erscheinen läßt, wobei pro 1 cbm Raum statt wie bisher 35 g Autan eine etwa 20% größere Menge zur Verfügung steht. Außerdem wird das Autan, eine Mischung von Paraform und Baryumsuperoxyd, in seine beiden Komponenten getrennt geliefert, weshalb bei Beginn der Desinfektion eine gründliche Mischung beider vorzunehmen ist. Diese Mischung mit Wasser läßt sich allerdings jetzt leichter als bisher ausführen, da die Reaktion bei dem Neu-Autan später eintritt als bei dem alten bereits gemischten. Möglich also, daß ein Teil der früheren ungünstigen Resultate auf ein nicht genügendes Durchmischen zurückzuführen ist. Neuere Versuche hatten denn auch ein besseres Resultat, es wurde das zur Prüfung der Desinfektionsapparate in der Armee eingeführte saprophytische Sporenmaterial (Resistenz etwa drei Minuten) bei oberflächlicher Anordnung hier und da abgetötet. Bedingung war aber eine gewissenhafte Abdichtung, wie sie bei den übrigen Formalinapparaten ebenfalls gefordert wird, für Kriegs- und Manöververhältnisse aber nicht ausführbar ist. (Darüber, wieviel Formaldehyd und Wasser durch das Autanverfahren für die Desinfektion nutzbar gemacht wird, liegen nur wenige Angaben vor. Nach Christian werden aus 1 kg Autan 32 bis 33 g Formaldehyd, bei Verwendung der vorgeschriebenen Menge also knapp 1 g für 1 cbm Raum vergast.) Die Kosten sind unter Berücksichtigung militärischer Verhältnisse ungefähr doppelt bis dreimal so hoch wie bei den übrigen Verfahren, so daß auch das Neu-Autan bis jetzt für militärische Verhältnisse noch nicht empfohlen werden kann.

3. Aus Anlaß mehrerer, bei einem Artillerieregiment aus den Manövern in die Garnison Jaroslau (Galizien) eingeschleppten Typhusfälle gelangt Oberstabsarzt Hrach zu einer Reihe von Vorschlägen, zu denen Ref. bemerkt, daß sie bei uns zum Teil längst Vorschrift sind. Wir erwähnen sie nur, weil dies ein Beleg ist zu dem, was wir in Nr. 1 des vorstehenden Referats gesagt haben. Die Erkenntnis, daß die Militärhygiene kein Luxus, sondern ein Faktor ist, auf dem zu seinem Teil die Schlagfertigkeit der Armee beruht, hat sich je länger je mehr überall Bahn gebrochen und ist einer der Hauptgründe geworden, auf dem sich die Fortschritte des Sanitätskorps aufgebaut haben. Verf. schlägt vor, daß den „quartierregulierenden Aerzten" von der politischen Behörde mitgeteilt werde, ob in den als Kantonnements in Aussicht genommenen Orten während der letzten zwei Jahre Typhus oder andere Infektionskrankheiten vorgekommen sind. Konstatieren die die Kantonnements bereisenden Aerzte, daß im selben Jahr Typhus in einem Orte vorgekommen, so sei dieser für Manöverunterkunftszwecke auszuschließen. Ist Typhus im Vorjahre vorgekommen, so sind nur die betr. Häuser nicht zu belegen, die in ihrer Nähe gelegenen Brunnen bakteriologisch zu untersuchen und beim Vorhandensein pathogener Keime in ihnen zu schließen. Vor dem Beziehen einer Ortschaft seien außerdem Aerzte vorauszuschicken, die jeden Kranken dieser zu besuchen und auf das etwaige Vorhandensein einer Infektionskrankheit zu untersuchen hätten.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Ueber Yoghurt.

Sammelreferat von Dr. **Richard Braungart**, Wien.

Seit etwa vier Jahren wird in der französischen, seit zwei Jahren in der deutschen Fachpresse auf die hygienische und therapeutische Bedeutung eines früher bei uns unbekannten Gärungsproduktes der Milch, Yoghurt, hingewiesen. Besonders Metchnikoff (1) war es, der mit Nachdruck dessen vielversprechende Eigenschaften als wohlschmeckendes und vor allem ausgesprochen gesundheitschützendes, lebensverlängerndes Nahrungsmittel hervorhob. Seinen Veröffentlichungen über Yoghurt folgte eine in Anbetracht der kurzen Zeit erstaunlich große Menge von Arbeiten anderer Autoren, die beinahe durchwegs dem neuen Mittel hohen Wert zusprechen. Diese Publikationen sind in französischen und deutschen Zeitschriften und Sitzungsberichten zerstreut und zum Teil schwer zugänglich; deshalb kann eine Zusammenstellung der bisher über Yoghurt veröffentlichten Arbeiten vielleicht auf einiges Interesse rechnen.

Yoghurt ist eine Art Sauermilch. — Sauermilch galt von jeher als hygienisch und therapeutisch wertvolles Mittel; in den ältesten Schriften wird sie erwähnt, bei den verschiedensten Völkern steht sie in Gebrauch. Teils in Gestalt der rohen, spontan geronnenen Milch, wie bei uns; teils verändert durch besondere Behandlung und Impfung: bei den Kaukasusbewohnern als Kefir und Kumys, bei den Armeniern als Mazun. Leben raib genießen die Aegypter und Yoghurt die Türken und Bulgaren. Und gerade diese Völker zeichnen sich trotz mangelhafter hygienischer Lebensbedingungen durch Gesundheit und Langlebigkeit aus, was Metchnikoff zum Teil wenigstens auf den Sauermilchgenuß zurückführt.

Die Sauermilch scheint ihm dadurch zu solcher Wirkung befähigt, daß sie durch Entwicklung bakterieller Milchsäuregärung im Darm die Bildung von Fäulnisgiften hindert. Diese Fäulnisgifte erzeugen nicht nur bei größerer Menge die bekannten Autointoxikationserscheinungen, sondern sind auch in der gewöhnlichen, geringen Menge schädlich. Metchnikoff hält sie sogar für die Hauptursache unseres vorzeitigen Alterns und Sterbens und sieht deshalb in der Sauermilch, welche die Darmfäulnis bekämpft, einen Faktor, der zur Gesundheit und Langlebigkeit der Hirtenvölker beiträgt.

Somit ist der Genuß der Sauermilch warm zu empfehlen; doch müssen Unterschiede in der Bewertung der verschiedenen Dickmilcharten gemacht werden. Unsere gewöhnliche, durch Spontangärung entstandene Sauermilch ist vor allem nicht hygienisch einwandsfrei. Sie enthält manchmal Krankheitskeime und häufig finden neben der willkommenen Milchsäuregärung noch andere, unerwünschte Nebengärungen statt: Bakteriengifte, wie Subtilistoxin, Buttersäure, Alkohol können entstehen. Ferner wirkt sie lediglich auf chemische Weise, durch ihren Gehalt an Milchsäure, ebenso wie andere Sauermilcharten z. B. Kefir und Kumys, die überdies den Nachteil verhältnismäßig hohen Alkoholgehaltes haben.

Deshalb wird von verschiedenen Forschern empfohlen, Milch durch Einkochen zu sterilisieren und dann erst durch Impfung mit Reinkulturen von Milchsäurebakterien zu säuern, um derart die Gefahren des Sauermilchgenusses zu umgehen, seine Vorzüge aber zu erhalten und zu vergrößern. Und dies geschieht beim Yoghurt.

Denn Yoghurt wird aus sterilisierter, aus abgekochter Milch bereitet. Und zwar wird in seiner Heimat, dem nördlichen Balkan und der Türkei, Schaf-, Büffel- oder Kuhmilch verwendet. Diese wird nach starkem Kochen in ein geräumiges Gefäß gebracht, in dem die Temperatur durch wollene Tücher hochgehalten ist; man läßt nun so lange abkühlen, bis die eingetauchten Fingerspitzen die Wärme eben noch ertragen, verreibt dann einige Eßlöffel dieser Milch mit der Maya, dem Yoghurt-Ferment (das eine Art Hefe darstellt und aus Schafsmägen gewonnen wird), und mischt gut durch. Nach etwa zwölf Stunden ist dann die Milch geronnen, der Yoghurt genußfertig. Einfacher und sauberer geschieht die Zubereitung bei uns: die Milch wird zur Hälfte eingekocht — statt dessen kann man zehn Prozent Trockenmilch zusetzen —, dann auf 45 Grad abgekühlt und erhält das Mayaferment in der Menge von ca. 1 ccm auf 1 Liter zugefügt; nach 12—15stündigem Stehen in einer Wärmkiste, die nach Art der Kochkisten isoliert ist und ein Gefäß mit kochendem Wasser enthält, ist der Gärungsprozeß beendigt.

Das zur Impfung verwendete bulgarische Ferment enthält nach Combe (2) Hefepilze — Oidium, Torula — und andere Bakterien, welche seine Wirkung beeinträchtigen, ja sogar die Entwickelung gewisser Infektionskeime begünstigen. Deshalb ließ Metchnikoff Reinkulturen herstellen und diese sind in Frankreich als Laktobazilline-Pulver und Laktobazilline-Tabletten im Handel, in Deutschland als Dr. Trainers Maya und Dr. Trainers Yoghurt-Tabletten, die auch in Oesterreich (Mariahilfapotheke in Graz) ein Depot haben. In den letzten Monaten erscheinen noch andere Präparate in Vertrieb, doch liegen die beiden oben erwähnten den später zu erörternden Versuchen und Beobachtungen zugrunde.

Der auf die beschriebene Art zubereitete Yoghurt stellt eine homogene Masse von puddingartiger Konsistenz, säuerlicharomatischem Geschmack und spezifischem Geruch dar, die für sich allein oder mit Zucker, Brot, Fruchtsaft, Kakao etc. genossen werden kann.

Ueber ihre chemische Beschaffenheit geben die Untersuchungen von Bertrand und Weisweiller (3) Aufschluß, welche fanden, daß vom ausgefällten Kasein nach einem Tage etwa $^1/_{20}$ wieder gelöst, Butterfett in sehr geringer Menge verseift, die Laktose fast ganz zu einem Gemisch von Rechts- und Linksmilchsäure hydrolisiert, etwa $^1/_2$ g pro Liter Bernsteinsäure und ungefähr ebensoviel Essigsäure, aber kein Azeton und kein Alkohol gebildet werde. Fourro (4) fand ca. 38 Prozent des Kaseins und 68 Prozent des Kalkphosphats gelöst. Combe (2) gibt die folgende chemische Analyse:

Laktokasein	2,7,
Laktoalbumin	0,8,
Pept. und Albumos.	3,7,
Fett	7,2,
Milchzucker	9,4,
Milchsäure	0,8,
Alkohol	0,2,
Mineral. Bestandteile	1,3,
Wasser	73,7.

Andere Autoren, wie Piorkowski (5), konnten Alkohol im Yoghurt überhaupt nicht nachweisen; jedenfalls ist der Alkoholgehalt im Vergleich zu Kefir und Kumys gleich Null. Dagegen ist der Gehalt an Eiweiß, Fett und Milchzucker fast noch einmal so groß wie bei unserer gewöhnlichen Sauermilch, was ja aber damit zusammenhängt, daß die zur Yoghurt-Bereitung dienende Milch zur Hälfte eingedickt ist. Wesentlicher ist der relativ große Gehalt an Milchsäure. Denn wenn die Milch bekanntlich schon an sich die Darmfäulnis herabzusetzen vermag, da Milchzucker langsam gespalten wird und im Darm Milchsäure abgibt, die um so wirksamer ist, als sie in statu nascendi ist, so ist dies bei Yoghurt sicherlich noch mehr der Fall. Aber die therapeutischen Vorzüge des Yoghurt vor anderen Sauermilcharten beruhen vorwiegend auf anderen Faktoren: auf der Tätigkeit der Bakterien, die den wirksamen Bestandteil des Yoghurt-Ferments bilden.

Diese Bakterien sind durch zahlreiche Arbeiten von Grigoruff, Mazé, Fuhrmann, Kühn und Luerssen, Piorkowski (7) studiert worden, die, im wesentlichen übereinstimmend, zu folgenden Resultaten gelangten: Der wichtigste von den das Maya-Ferment bildenden Bakterien ist der Bazillus bulgarikus. Dieser bildet Stäbchen von verschiedener Länge und Dicke, ist scheinbar unbeweglich, tritt oft in Ketten auf. Er ist grampositiv, färbt sich mit allen Anilinfarben, gibt bei der Färbung nach Neißer nie Hörnchenbildung; er wächst aërob und anaërob, schlecht auf gewöhnlichen Nährböden, sehr gut auf, zumal flüssigen, Zuckernährböden. Auf guten Nährböden zeigen sich nach zwei Tagen Kolonien von 2 bis 3 mm Durchmesser, flach, glattrandig, saftig, weißgelblich. Sein Temperaturoptimum ist 45 Grad, doch gedeiht er gut auch bei 37 Grad.

Dieser Bazillus ist von sämtlichen Untersuchern im Yoghurt gefunden und mit unwesentlichen Abweichungen gleich beschrieben worden. Dagegen differieren die Angaben bezüglich seiner Begleitmikroben, von denen Grigeroff zwei, Mazé eine und Guerbet vier Arten fand, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß verschiedene Autoren mit verschiedenen Arten und Varietäten arbeiteten. Am konstantesten findet sich ein Bakterium, das von manchen als Bazillus paralytikus angesprochen wird. Dieser ist auch in den Laktobazilline- und den Dr. Trainerschen Präparaten enthalten, weil er nach Metchnikoffs Ansicht die Fette nicht so angreift wie Baz. bulgar. und der Milch einen angenehmen Geschmack verleiht. Piorkowski hält ihn für ganz überflüssig, da mit guter Vollmilch oder auch Magermilch, bei der ja ein Angreifen der Fette nicht so zu besorgen ist, die erwünschte Wirkung ohnedies erreicht wird.

Jedenfalls sind die Begleitmikroben von untergeordneter Bedeutung; der Hauptfaktor bei der Wirkung des Yoghurt ist der Baz. bulgarik. Dies beweist auch das Tierexperiment, wie es Bélonowsky (nach Metchnikoff) (1) anstellte.

Dieser machte Parallelversuche mit Mäusen, die zum gewöhnlichen, sterilisierten Futter Reinkulturen von Baz. bulgar.

erhielten, und solchen, die zum gewöhnlichen Futter die „entsprechende" Menge Milchsäure bekamen. Er fand nun, daß die ersten bedeutend besser gediehen und sich zahlreicher fortpflanzten als die letzteren, und Metchnikoff erklärt dies damit, daß es nicht nur die mit Yoghurt eingeführte Milchsäure sei, die im Darm fäulniswidrig wirke, sondern daß Baz. bulgar. die übrige Darmflora verdränge und auf diese Weise die Bildung von Fäulnisgiften verhindere.

Die Substituierung von schädlichen Bakterien durch nützliche wäre ja an sich nicht neu. Schon Escherich, Baginsky, De Jager, Brudzinski hatten diesen Plan, wenn auch nur bei Krankheitszuständen und nicht im gewöhnlichen Leben. Brudzinski (7) hatte bei Säuglingen mit Proteus-Enteritis durch Eingeben von Baz. lakt. aërogenes in Reinkultur die Proteus-Bazillen aus dem Darm verdrängt; Tissier (8) erzielte durch Baz. azidi paralakt. bei Säuglingskrankheiten ähnliche Erfolge, die seine Kuren weithin bekannt machten. Herter (9) hatte den Einfluß der Milchsäurebakterien auf die Darmfäulnis durch die günstige Wirkung auf die Ausscheidung von Jndikan und Aetherschwefelsäure gewiesen, und so wandten alle Forscher, die die biologische Wirkung des Yoghurt studierten, ihr Augenmerk auf die Ansiedelung von Baz. bulgarik. im Darm und die Verdrängung der übrigen Darmflora.

Cohendy (10) genoß bei regelmäßiger gemischter Diät durch sechs Wochen Yoghurt und fand, daß der Bazillus sich nach drei bis fünf Tagen im Darm angesiedelt hatte; die Menge der im Harn nachweisbaren Aetherschwefelsäure war gegen früher um zwei Drittel vermindert, die Fäzes erwiesen sich als neutral oder schwach sauer. Diese Veränderungen fanden sich noch 12 bis 24 Tage nach Beendigung der Yoghurt-Kur und ebensolange gelang der Nachweis von Baz. bulgar. in den Fäzes. Die gleichen Resultate erhielt er bei 34 anderen Versuchspersonen. Pochon (11) bestätigt diese Ergebnisse in allen Punkten durch seine Versuche. Kotschi (12) konnte bei siebenbürgischen Hirten, die regelmäßig Yoghurt aßen, Bakt. koli nur selten mikroskopisch und kulturell nachweisen und konstatierte bei Leuten, die erst auf seine Veranlassung Yoghurt zu genießen begannen, ein deutliches Zurücktreten dieses Bakteriums. Duclaux (13) fand ebenfalls schon nach vierwöchigem Yoghurt-Gebrauch ein Absinken der Bakterienmenge in den Fäzes von 26 Millionen im Dezigramm auf 1200. Combe (2) endlich hat durch instruktive Kuren, welche die Abnahme der Fäulnisprodukte im Urin veranschaulichen, die Wirkung des Yoghurt auf die Darmfäulnis aufgezeigt. Und Kühn und Luerssen (6) konnten bei Yoghurt-Genuß, allerdings erst nach 14 bis 17 Tagen, Baz. bulgar. in den Fäzes nachweisen und einen Rückgang der Tagesmenge von Aetherschwefelsäure um ein Viertel konstatieren. 5 bis 10 Tage nach Aufhören des Yoghurt-Gebrauches gelang dieser Nachweis nicht mehr.

Uebereinstimmend beweisen alle diese biologischen Untersuchungen, daß Yoghurt tatsächlich die Möglichkeit bietet, Baz. bulgar. im Darm anzusiedeln, die schädliche Darmflora zu verdrängen und dadurch der Entstehung von Fäulnisgiften vorzubeugen. Diese Möglichkeit, im Verein mit der Bildung der desinfizierenden Milchsäure außerhalb und vor allem innerhalb des Darmtraktus (in statu nascendi), lassen von Yoghurt hygienische und auch therapeutische Bedeutung erwarten.

Und diese Erwartungen werden durch die bisher vorliegenden klinischen Ergebnisse durchaus bestätigt.

Naturgemäß betreffen diese zunächst das Gebiet der Magen-Darmkrankheiten. Von den Krankheiten des Magens kommen diejenigen nicht in Betracht, bei denen es sich um abundante Sekretion und verzögerte Magenentleerung handelt; im allgemeinen auch nicht Magengeschwüre, doch kann nach Wegele (14) Yoghurt auch hier in älteren Fällen mit schwacher Sekretion besonders in der Form der Yoghurt-Tabletten mit Vorteil Anwendung finden. Dagegen paßt die Yoghurt-Kur bei allen Kranken, bei denen eine Insuffizienz der Leistung des Magens, besonders der Sekretion vorliegt; Yoghurt ist das Medikament der muskulären und sekretorischen Mageninsuffizienz.

So fand Wegele (14), der über 20 in seinem Sanatorium behandelte Fälle berichtet, bei chronischem Magenkatarrh mit herabgesetzter Saftsekretion und bei der Achylia gastrika — sowohl der atrophischen wie der nervösen Form —, daß „die bulgarische Sauermilch nicht nur eine wegen der Vorverdauung der Eiweißkörper zuträgliche Speise ist, sondern auch wegen Ausfall der desinfizierenden Tätigkeit der Salzsäure im Magen und der günstigen Wirkung der Milchsäure . . . auf das vorteilhafteste wirkt." Das gleiche konstatiert er bei Neurosen des Magens (ohne Sekretionssteigerung), besonders bei der „nervösen Dyspepsie" mit Ernährungsstörungen, „um so mehr, als in solchen Fällen die Suggestionswirkung, welche in der Behandlung mit einem neuen Mittel liegt, eine große Rolle zu spielen pflegt".

Auch Patschkowski (15) sah in 90 bis 100 Fällen von gestörter Verdauungstätigkeit im ganzen recht gute Resultate. Er empfiehlt „bei mageren Leuten die mit Maya Dr. Trainer bereitete Milch in der Dosis von $^1/_4$ bis 1 Liter täglich in verteilten Gaben neben der gewöhnlichen Kost, bei fetten die Yoghurt-Tabletten".

Martinet (16) berichtet über günstige Erfolge selbst bei fortgeschrittenen Fällen von Magenkrebs in bezug auf Schmerzen und Erbrechen; es kann sich nur um Fälle von geschwächter Motilität handeln, bei denen zur Hebung der Ernährung beispielsweise nach einer Operation, die einen rascheren Uebertritt des Speisebreies in den Darm wieder hergestellt hat, Yoghurt sicherlich von Wert ist.

Bei Darmkrankheiten des Säuglingsalters wandten Tissier, Rosenthal, Ribot, Bomet (17) Yoghurt mit bestem Erfolge an. Und Willke (18) berichtet, daß er bei Dyspepsie der Kinder „zweimal täglich eine halbe Yoghurt-Tablette Dr. Trainer in Tee gab — — am fünften Behandlungstage war das abnorme Aussehen und der üble Geruch des Stuhles geschwunden, der Meteorismus, das Aufstoßen und die Schmerzen waren völlig beseitigt".

Ueber gute Resultate der Anwendung bulgarischer Sauermilch bei akuten infektiösen Darmkrankheiten schrieben Ribot, Tissier, Robin, Nigoul (17). Bei Abdominaltyphus liegt nur ein Bericht von Parrot (19) vor, bei dessen Fall mit dem Gebrauch der Yoghurt-Tabletten die Diarrhöen nachließen und die Temperatur sank, um beim Aussetzen des Mittels wieder zu steigen. Zahlreicher sind die Fälle von Erfolgen bei akuter und chronischer Dysenterie, über welche Publikationen vorliegen; Brochet (20) berichtet begeistert von den Heilungen, die er im Hospital von Haiphong (Indochina) bei allerlei tropischen Darmkrankheiten durch die alleinige Anwendung von Yoghurt hatte. Und Wegele (14) war im vorigen Jahre Gelegenheit geboten, bei einem Fall der seltenen Tropenkrankheit Indian spruc (aphthae tropicae) die außerordentliche Wirkung des Yoghurt auf die — bei dieser Krankheit besonders stark auftretende — Darmfäulnis zu beobachten.

Diese Wirkung macht Yoghurt für alle mit Fäulnisprozessen einhergehenden Darmkrankheiten geeignet. Löbel (21) konstatierte in mehreren Fällen von chronischen Dünndarmkatarrhen sowie von Jejunaldiarrhöen ohne Katarrh Heilung. Wegele hatte auch bei jenen Diarrhöen, die als Folge der Achylia gastrika so häufig entstehen (weil die nicht genügend vorverdauten und nicht durch Salzsäure desinfizierten Speisen Zersetzungen erzeugen), bei einer Reihe von Patienten ohne Ausnahme Erfolge.

Wie auf Diarrhöen, so kann Yoghurt auch auf chronische Obstipation günstig einwirken, obgleich er nicht an sich abführend ist; nach ca. 14tägigem Gebrauch fand Patschkowski (15) „stets regulären, schmerzlosen, reichlichen Stuhlgang".

Bei den als Teilerscheinung der Darmtuberkulose auftretenden Durchfällen haben Jaquet, Kauselme, Nigoul (22) Abnahme der Diarrhöen zugleich mit Hebung der Ernährung gesehen. Und weitere nicht näher bezeichnete Erfolge bei Darmkrankheiten beobachteten Metchnikoff, Combe, Rosenthal und Zikel (23).

Ob solche Erfolge auch bei Leberaffektionen (Cholelithiasis, Zirrhosis) regelmäßig zu erwarten sind, läßt sich noch nicht übersehen. Vorläufig erzielten Willke und Martin (24) befriedigende Resultate, die sie teils auf Behebung der Verdauungsstörungen durch Yoghurt zurückführen, teils mit dem durch die Milchsäure vom Darm aus gesetzten, reflektorischen Anreiz der Lebertätigkeit begründen.

Sicherer fundiert ist die Annahme einer spezifischen Wirkung des Yoghurt gegenüber hydropischen Zuständen; und zwar sowohl bei solchen, die kardialer Natur sind, als auch bei solchen, die sich im Verlaufe von akuten und chronischen Nierenkrankheiten einstellen. Hat schon die Milch an sich, nach Karrel und Immermann, diuretische Eigenschaften, so gilt dies noch mehr vom Yoghurt, was zweifellos in Beziehung zur leichteren Diffusibilität und Assimilierbarkeit steht. Darauf gründen sich auch wohl die Erfolge, welche Dybowski, Tülbendjan (25) und auch Metchnikoff bei solchen Fällen erzielten.

Die günstigen Ergebnisse des Yoghurt-Gebrauches bei kachektischen Zuständen, wie sie Willke sah und wie sie im Hospital Boucirаut bei Tuberkulose erreicht wurden, beruhen weniger auf spezifischer, sondern wohl lediglich auf allgemeiner Nährwirkung des Yoghurt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in der kurzen Zeit, in der Yoghurt Anwendung findet, eine so große Zahl von überaus günstigen klinischen Erfahrungen gemacht wurde, daß weitere Versuche mit dem neuen Mittel, welches niemals schädlich wirken kann, geboten erscheinen.

Literatur.

1. Metchnikoff, Etic. La vieillesse. (Rev. scientif., T. II., 1904); derselbe, Essaies optimistes, Paris, St. Malvine 1907. Daraus „Einige Bemerkungen über Sauermilch". Deutsch von L. Schliep. Paris, A. Rémy, 1907.
2. Combe, L'autointoxikation intestinale. Paris 1906.
3. Bertrand u. Weisweiller, Ann. de l'institut Pasteur, 1906.
4. Zitiert bei Metchnikoff, „Quelques remarques" etc.
5. Piorkowski, Berliner mediz. Gesellschaft, 13. XI. 1907.
6. Grigoroff, Rev. medic. de la Suisse romande, 1905, p. 714; Maze, Ann. de l'inst. Pasteur, 1905; Fuhrmann, Zeitschr. f. Nahrungs- und Genußmittel, 1907, p. 598; Kühn u. Luerssen, Zentralbl. f. Bakteriol , 1908, Nr. 8/9.
7. Brudzinski, Jahrbuch f. Kinderheilk., 1900.
8. Tissier, Ann. de l'inst. Pasteur, 1905.
9. Herter, British Medical Journ.. 25. XII. 1897.
10. Cohendy, Compte rend. de la soc. de biol., 1906.
11. Zitiert bei Combe.
12. Kotschy, Reichs.-Med-Anz., 13. XI. 1906.
13. Duclaux, zit. Allgem. med. Zentr.-Ztg. 1907, Nr. 42/43.
14. Hegele, Deutsche med. Wochenschr., 1908, I.
15. Patschkowski, Berliner med. Gesellschaft, 13. XII. 1907.
16. Martinet, Presse medicale, 1906, März.
17. Zitiert bei Nigoul, „Contribution a l'Etude clin. de l'Antisept. intest."
18. Willke, Allg. med. Zentr.-Ztg , 1907, Nr. 42/43.
19. Parrot, bei Nigoul a. a. O.
20. Brochet, Observat. clinique recueillis sur l'action de la Lactobacilline.
21. Löbel, Therap. d. Gegenwart, 1907, III.
22. Nigoul a. a. O.
23. Zikel, Zeitschr. f. neuere phys Therap., 1908, I.
24. Martin, Le Montpellier médical, 14. VII. 1907.
25. Dybowski, Par. Acad. de Med., März 1904; Tülbendjan. Journ. de scienc. medic. d'Angers. November 1904.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Hygiopon, ein osmo-therapeutisches Eisenpräparat.** Von Dr. Peters. Deutsche Aerzte Zeitg., 1908, H. 10.

2. **Ueber Kühlsalbengrundlagen, insbesondere über Eucerin als Salbengrundlage.** Von Dr. v. Boltenstern. Ibidem.

3. **Bornyval und seine große klinische Bedeutung.** Von Dr. Kabisch. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 13.

4. **Zur Therapie der Basedowschen Krankheit mit Antithyreoidin Möbius.** Von Dr. Baumann. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

5. **Woraus besteht der „Fleischsaft Puro"?** Von Dr. Schmidt. Med. Klinik, 1908, Nr. 21.

6. **Ueber Gonosan.** Von Dr. Badel. Oesterr. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 6.

7. **Formeston bei der Behandlung der Ohrenkrankheiten.** Von Dr. Theimer. Ibidem, Nr. 4.

8. **Phosidin und Asferryl.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 41.

9. **Ueber die Verwendung von Gummi als Zusatz zum Anästhetikum bei Lumbalanästhesie.** Von Dr. Erhardt. Münch. med. Woch., 1908, Nr. 19.

1. Auf Grund seiner Beobachtungen bei neun Fällen empfiehlt P. wiederum Hygiopon als gutes organisches Eisenpräparat. Seine Vorzüge seien: Sehr starke Diffusionskraft, daher leichte Resorptionsfähigkeit im Darm; ausgezeichnete Assimilationsfähigkeit im Organismus; absolutes Freisein von allen schädlichen oder störenden Nebenwirkungen, wodurch seiner Ordination auch bei empfindlichen oder magenleidenden Patienten nichts im Wege stände. P. hält auch den Preis des Mittels für sehr niedrig, da ein Originaltropfglas von 50 g (3 M.) ca. acht Wochen reicht.

2. Entgegen den Anschauungen Liebreichs, daß die große Hydrophilie des Wollfettes den Cholesterinestern (= Fetten) zuzuschreiben ist, haben Lifschütz und Darmstädter nachgewiesen, daß die Wasseraufnahmefähigkeit des Wollfettes auf seinem Gehalt an Alkohol beruht. Der Träger dieses großen Wasseraufnahmevermögens ist die Alkoholfraktion 2 c. Diese ist bei gewöhnlicher Temperatur von honigähnlicher Konsistenz und ebensolchem Aussehen; sie löst sich leicht in allen Lösungsmitteln mit Ausnahme des Wassers und erstarrt bei niedriger Temperatur zu einer undurchsichtigen amorphen Masse. Die Fähigkeit dieses Stoffes, Wasser aufzunehmen, ist so groß, daß schon 1% genügt, um z. B. bei Vaselin eine Wasserabsorption von 150 bis 200% hervorzurufen. Das zähe Wollfett ist aber nicht das geeignete Vehikel für diese hydrophile Körpergruppe, sondern diese dürfte bei anderen geschmeidigeren Konstituentien wie Unguent. paraffini, Vaselin usw. unter sonst gleichen Bedingungen eine weit höhere Wasserkontinenz hervorrufen als beim Wollfett. Unna und Dieterich haben die hydrophile Eigenschaft des Lanolinum anhydricum Liebreich genau untersucht. Diese (= 105%) konnte nach Versuchen Unnas durch Zusatz anderer Fette, z. B. Adeps benzoatus, noch erheblich erhöht werden (250%). Da die Kühlung der entstehenden Kühlsalbe nur dann zur Geltung kommt, wenn dem Lanolin außer Wasser noch ein anderes Fett, z. B. Glyzerin, hinzugesetzt wird, zog Unna daraus den Schluß, daß es bei Konstruktion der Kühlsalben nicht auf große Wassermengen ankommt, sondern darauf, in welchen Quantitäten Wasser zur Verdunstung gelangt. Nun wird Lanolin an der Luft leicht hart, riecht schlecht, und die Cholesterinester sind nicht absolut unzersetzlich. Nach Lifschützs Entdeckungen scheint es aber möglich, die Hydrophilie des Wollfettes zu isolieren. Dies ist eine braungelbe, wachsartige Masse, welche mit dem absolut unzersetzlichen, weichen Unguentum paraffini im Verhältnis 1 : 20 verschmolzen wird. Diese Mischung, mit gleichen Teilen Wasser verrieben, liefert „Eucerin", während das wasserfreie Gemisch „Eucerinum anhydricum" zu bezeichnen ist. Eucerin ist absolut haltbar, geschmeidig, in der Kälte mit anderen Medikamenten, Salben und Pasten beliebig mischbar, vollkommen geruchlos und imstande, wässrige Medikamente in großer Menge aufzunehmen. Hauptsächlich stellt es eine Kühlsalbe dar. Zur Bereitung von Kühlpasten muß dem Eucerin nur etwas Pulver (z. B. Talkum) zugesetzt werden. Eucerin macht als Zusatz auch andere Salben oder Pasten zu Kühlsalben oder Kühlpasten; ferner gibt es eine vorzügliche Grundlage für Lippenpomade. Zur Verwendung auf Schleimhäute eignet es sich nicht; hier nimmt man besser Eucerin. anhydric. Bisher empfiehlt Unna nur das Eucerin, als von ihm erprobt; mit dem wasserfreien Eucerin müssen noch weitere Untersuchungen angestellt werden.

3. Auf Grund eigener Erfahrungen lobt K. das Bornyval-Riedel (d. i. der Isovaleriansäureester des Borneols) bei funktionellen Neurosen des Herzens, bei den nervösen Beschwerden des Gastro-Intestinaltraktus, bei allgemeiner Neurasthenie, bei psychischen Erregungszuständen leichterer Art. Ganz besonders günstig soll Bornyval bei einigen Frauenleiden im Klimakterium wirken. Anstatt Morphium hat K. oft das Mittel bei Magenkrampf angewendet.

4. Auf die Zeit des Enthusiasmus, der auf die ersten Veröffentlichungen über Heilungen der Basedowschen Krankheit mit Antithyreoidin überall Platz griff, folgte bald eine Zeit der Enttäuschungen. Das kam wohl daher, daß man bezüglich des Antithyreoidin die Erwartungen zu hoch gespannt hatte. Das Richtige liegt, wie bei so vielen Neuerungen in unserer Wissenschaft und unserem therapeutischen Handeln, in der Mitte. Jetzt wird wieder von B. ein Fall von Basedowscher Krankheit berichtet, der mit Antithyreoidin-Moebius behandelt wurde und in Heilung überging. Dasselbe wurde drei Wochen lang, zuerst dreimal täglich acht, später dreimal zehn Tropfen gegeben; im ganzen erhielt die Kranke 30 ccm. Die sehr unregelmäßige Herzaktion wurde fast normal, die Struma ging um 1 cm zurück; die nervösen Störungen schwanden. Um die reichlichen Gaben Rotwein zu vermeiden, die notwendig sind, wenn das Mittel in diesem Vehikel gegeben wird, empfiehlt B. die Verabreichung in einem Mineralwasser. So wird der widerliche Karbolgeschmack am besten ertragen, der in Verbindung mit einem süßen Korrigens einfach unerträglich wird.

3. Verfasser, der Untersuchungen über Präzipitinreaktion und denaturierte Muskeleiweißstoffe angestellt hat, zog — mehr zufällig — auch den „Fleischsaft Puro“ in das Bereich seiner Experimente und machte dann zu seinem höchsten Erstaunen die Entdeckung, daß die laut Angabe der Fabrik Ochsenfleischeiweiß enthaltende Purolösung weder mit einem Rinderblutantiserum noch mit einem Rindermuskelpreßsaftserum reagierte. Auch mit Pferdeantiserum erzielte er ein negatives Resultat. Nunmehr stellte er direkte Immunisierungsversuche mit Puro an und erhielt schließlich ein „Fleischsaft Puro“-Antiserum. Aber auch dieses wirkte auf Rindermuskeleiweißlösungen (Preßsaft: Puro soll ja Preßsaft sein!) ebenfalls negativ. Auch auf Pferdeeiweiß reagierte das Puroserum negativ. Aus diesen Untersuchungen folgerte Sch., daß Puro überhaupt kein genuines Rindereiweiß enthielt. Zu diesem Resultat kam Autor auf Grund seiner biologischen Untersuchungen. Sie wurden dadurch bestätigt, daß er im Puro nicht einmal Spuren von Blutfarbstoff nachweisen konnte. Auch Globuline, aus denen jedes Muskeleiweiß (Preßsaft) besteht, waren in nennenswerter Menge nicht zugegen. Da nun Verfasser — der übrigens in Kairo lebt — die Angaben der Fabrik für glaubhaft hielt, konnte er sich nicht erklären, welches natürliche Eiweiß im Puro enthalten sei, bis ihm die Bekanntmachung der Firma Puro „Zur Aufklärung“ zu Gesicht kam, und er vernahm, daß „es nichts als Eiereiweiß“ sei. Er holte nun sein vor $1\frac{1}{2}$ Jahren hergestelltes „Fleischsaft Puro“-Antiserum aus dem Eisschrank und verwandte es bei einer verdünnten Hühnereiweißlösung. Da entpuppte sich denn sein vermeintliches Fleischsaftantiserum als ein recht wirksames Hühnereiweißserum. Auch ein Hühnerblutantiserum (Hühnerblut ist mit Hühnereiweiß biologisch verwandt) gab in verdünnter Purolösung deutliche Präzipitinreaktion. Auf Grund aller dieser Versuche behauptet Sch.:

a) Puro ist zusammengesetzt aus Fleischextrakt und natürlichem (genuinem) Eiweiß.

b) Das im Puro vorhandene natürliche Eiweiß ist weder Rindermuskel- noch Rinderbluteiweiß, noch ist es Muskel- oder Bluteiweiß irgendeiner anderen Tierart.

c) Das im Puro vorhandene natürliche Eiweiß ist Hühnereiweiß.

6. B. hat bei 45 Kranken mit akuter Gonorrhöe Gonosan neben der Lokaltherapie angewandt und kommt zu folgenden Schlüssen: Gonosan kann zur internen Behandlung der akuten Gonorrhöe neben der Lokaltherapie mit Vorteil in Verwendung gezogen werden; es wirkt schmerzstillend und sekretionsbeschränkend, wird vom Organismus gut vertragen und behindert die Entstehung von Komplikationen.

7. Formeston, über das ich schon an dieser Stelle referiert habe, wird von Th. mit gutem Erfolge bei Ohrenkrankheiten angewandt. Meist benutzte er 10%iges Formeston, das er als gutes Mittel bei der konservativen Behandlung der Ohrenkrankheiten betrachtet, speziell bei starker Sekretion. Das Formeston ist — um zu rekapitulieren — ein Derivat der essigsauren Tonerde, nämlich basisch essig-ameisensaure Tonerde.

8. Ende 1907 wurden von dem Chemischen Laboratorium Dr. C. Sorger-Frankfurt a. M. zwei neue Präparate in den Handel gebracht: Phosidin und Asferryl. Das erste ist ein organisches Phosphor-Eisensalz, das andere ein organisches Arsen-Eisensalz. Phosidin ist ein hellgelblich graues, amorphes, körniges Pulver ohne Geruch und Geschmack, das beim Erhitzen eine dunkelviolette Farbe annimmt. Asferryl stellt ein graugelbliches Pulver dar, das sich analog dem Phosidin verhält. Nach Z.s Untersuchungen erhält Phosidin 24,0% Eisen und 34,85% Phosphorsäure, Asferryl dagegen 26,0% Arsen und 20,22% Eisen.

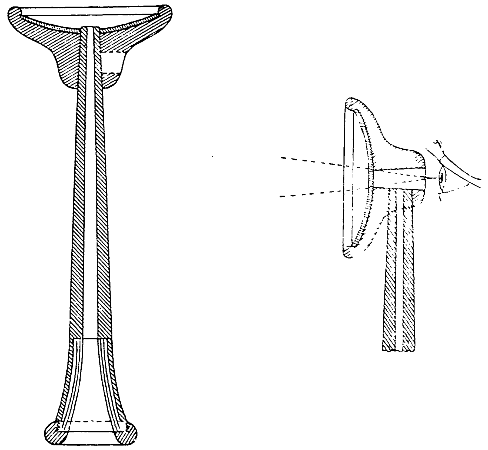
9. Nach Tappeiner wird die Reizeigenschaft der zur Lumbalanästhesie benutzten Anästhetika auf motorische und sensible Nerven durch Schleimstoffe bedeutend herabgesetzt, auch wird die Resorption verhindert. Der Verfasser hat durch Tierversuche festgestellt, daß als Dosierung ein 3%iger Gummizusatz zu 1%iger Tropakokainlösung zu empfehlen ist. Eine Kombination mit anderen Narkotizis erscheint nicht wünschenswert und sollte höchstens in vorhergehender Injektion von Skopomorphin oder dergleichen bestehen, wenn die Ausschaltung des Sensoriums wünschenswert ist. Uebrigens ist die Entkeimung einer Gummi arabikum enthaltenden Lösung sehr umständlich. Verfasser hat deshalb die benutzten Lösungen von Merck-Darmstadt herstellen lassen. Doch wird über das eingeschlagene Verfahren nichts berichtet. Wichtig ist, daß nach jedem Gebrauch die Injektionsspritze gründlich gereinigt wird. Denn das zurückbleibende Gummi arabikum wird durch Luftzutritt sauer, und durch Injektion aus einer mit sauer reagierenden Resten verunreinigten Spritze könnten schwerste Nacherscheinungen resultieren.

Technische Neuerscheinungen.

Das Retrodiaskop, ein Refraktionsmonokel zur Durch- und Spiegelsicht.

Nach Dr. Krusius, Marburg. (Aerztliche Polytechnik, Heft 4.)

Dasselbe besteht aus einem Plan-, Konvex- oder Konkavspiegel, je nachdem es für einen Normal-, Kurz- oder Fernsichtigen Verwendung finden soll, in Größe der üblichen Augenglasmonokel. Zentral ist ein mehrere Millimeter Radius umfassender Bezirk des Spiegels unbelegt; diese Partie kann zum Durchsehen benutzt werden und ist je nach der Refraktion des Auges des Benutzers noch besonders ausgeschliffen. Die belegte Rückseite des Spiegels ist durch eine Metallfassung geschützt, an der ein Stielgriff befestigt ist. Zur Benutzung wird das Refraktionsmonokel mit der spiegelnden Seite dicht vors Auge gehalten, so daß man durch die zentrale Partie deutlich hindurchsehen kann und zugleich durch kleine entsprechende Spiegeldrehungen im belegten Spiegelteile seitlich, oben und unten rückwärts vom Beobachter befindliche Gegen-



stände sich deutlich sichtbar machen kann ohne Kopfdrehungen und sonstiges korrigierendes Glas. Der Apparat ermöglicht, im Konzert, Theater etc. die Vorgänge auf der Bühne scharf zu verfolgen und doch zugleich rückwärts oder seitlich vom Beobachter befindliche Personen oder Gegenstände unauffällig zu fixieren. Zu beziehen von der Firma William Schuberth, Leipzig, Seeburgstr. 37. M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Zur Ernährungslehre. Von Dr. Stille (Stade). Verlag der Aerztl. Rundschau. 1908. Preis 0,75 M.

Eine klare Darstellung der Resultate von Baelz und Chittenden, der weiteste Verbreitung zu wünschen ist, in Anbetracht der großen hygienischen und sozialen Bedeutung der Frage. Stille legt dar, wie der von Liebig aufgebrachte und von Moleschott und andern fortgepflanzte Irrtum dazu kam, die Herrschaft so lange zu behalten, und wie wenig weit wir mit der bloß chemischen Betrachtung des Stoffwechsels kommen.

F. von den Velden.

Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich 1908. Nach amtlichen Quellen zusammengestellt und redigiert von Dr. Emil Fuhrmann-Wien. Wien 1908. Verlag Spielhagen & Schurich, Kumpfgasse 1. 614 S. Preis 8 Kr. = 7 M.

Das im dritten Jahrgange erschienene Buch ist unserm Berliner Medizinal-Kalender an die Seite zu stellen; wie letzterer über die deutschen, so orientiert ersteres in übersichtlicher und gründlicher Weise über die österreichischen medizinischen Verhältnisse und ist daher allen Interessenten sehr zu empfehlen.

Lungwitz-Berlin.

ALLGEMEINES.

Noordyl. Folgendes gedruckte Rundschreiben gelangt z. Z. an die Apotheken der Reichshauptstadt zum Versand:

„Der Polizei-Präsident von Berlin hat Ihnen unter dem 10. März eine Verfügung zugehen lassen, wodurch Ihnen untersagt wird, auf Grund mit Dr. med. Fischer unterzeichneter Rezepte Noortwycks Noordyl abzugeben. Diese Rezepte sind von mir ausgefertigt.

Als in Deutschland approbierter Arzt erkläre ich, daß meine Rezepte gesetzliche Gültigkeit haben, und ersuche Sie, die etwa in Ihrer Apotheke vorkommenden Rezepte mit meiner untenstehenden Unterschrift auf jeden Fall anzufertigen. — Den Namen des betr. Patienten auf den Rezepten zu vermerken, besteht für mich keine gesetzliche Verpflichtung, dagegen wird in Zukunft jedes Rezept meine Adresse tragen.

Berlin-Karlshorst, April 1908. Hochachtend
Heiligenbergerstraße 12. Dr. med. Fischer."

Man darf gespannt sein, was der Polizeipräsident darauf antworten wird. Die Verfügung desselben richtete sich gegen die offenbare Umgehung der Verordnung über den Verkehr mit Geheimmitteln. Die Aerztekammer wird sich wohl mit dieser Angelegenheit auch noch zu befassen haben. (Zentralbl. f. Pharm. u. Chemie, 1908, Nr. 36.)

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Externe Salicyl-Therapie!
Deutsche Reichs- und Auslandspatente.
Dr. R. Reiss.
Promptwirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

DR. LAHMANN'S
Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**
vegetabile (Pflanzen) Milch
Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Pollantin
D.R.-P. No. 152163
Prof. Dr. Dunbar's spezifisches Heilserum gegen
Heufieber
Tannothymal
D.R.-P. 188318
Zuverlässiges Darmadstringens (Thymol-Derivat)
dargestellt von
Schimmel & Co. Miltitz bei Leipzig
Zu beziehen durch die Apotheken. = Literatur zu Diensten.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen,** Berlin. **C. A. Ewald,** Berlin. **P. Gerber,** Königsberg. **R. Kobert,** Rostock.
Ad. Schmidt, Halle a. S. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S. **H. Senator,** Berlin.
M. Koeppen, Berlin. **M. Mosse,** Berlin. **K. Partsch,** Breslau. **H. Rosin,** Berlin. **H. Schlange,** Hannover.
R. Sommer, Gießen. **H. Unverricht,** Magdeburg. **O. Vulpius,** Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung**
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 28. Juni 1908. **Nr. 26.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Ueber Asferryl,

ein neues Arsen-Eisen-Präparat.

Von Privatdozent Dr. **C. Bachem,** Bonn.

Arsenik und Eisen sind beides Präparate, an deren Wirksamkeit kein wissenschaftlich denkender Arzt mehr zweifelt. Bereits im Jahre 1619 finden wir eine in Rom erschienene Schrift, welche den Arsenik als Heilmittel verteidigt, und 1786 empfahl Fowler die arsenige Säure u. a. gegen Rückfallfieber und periodische Kopfschmerzen. Seit jener Zeit hat der Arsenik seine Stellung als Heilmittel bis auf den heutigen Tag zu behaupten gewußt.

Die innerliche Anwendung des Eisens ist noch älter. Schon die Hippokratiker bedienten sich desselben, und die Alchymisten des Mittelalters brachten es zu hohem Ansehen. Erst als sich die Ansicht von der Notwendigkeit des Eisens im Blute durchgerungen hatte, beschränkte man sich auf seine Anwendung bei chlorotischen und anämischen Zuständen. Heute bietet die Pharmakopöe dem Praktiker eine mehr als reiche Auswahl von organischen und anorganischen Eisen-Präparaten; dazu sucht die pharmazeutische Technik täglich neue Mittel dieser Art auf den Markt zu bringen.

Wegen der Aehnlichkeit ihrer Wirkungsweise — beide wirken als formativer Reiz — sucht man gern Eisen mit Arsen zu kombinieren. Diesem Bedürfnis ist die pharmazeutische Industrie ebenfalls bereits entgegengekommen, und beim Durchblättern der Kataloge unserer Großdrogisten und Spezialitätenhändler finden wir eine stattliche Anzahl von Arsen-Eisenver bindungen in fester oder flüssiger Form, die dem Laien schon durch ihre elegante Verpackung, Wohlgeschmack etc. imponieren müssen. Zum Teil erfüllen sie ihren Zweck auch recht gut. Ich erinnere nur an die Arsenferratose, die Arsoferrintektolettes und andere. Größere Mengen Arsen können aber mit Hilfe dieser Präparate dem Körper nicht zugeführt werden, weil der Arsengehalt einer Einzeldosis meist nur Bruchteilen eines Milligramms Arsen entspricht. Das Atoxyl ist eine organische Arsenverbindung (Metarsensäureanilid) mit einem Gehalt von etwa 38% Arsen und kann, infolge seiner veränderten chemischen Konstitution, in bedeutend höheren Gaben gereicht werden. Von dieser Eigenschaft macht man bekanntlich bei der Behandlung der Syphilis, der Trypanosomenkrankheit etc. weitgehenden Gebrauch. Allerdings sind auch im Laufe der letzten Jahre bedenkliche Vergiftungserscheinungen bei der Atoxylanwendung bekannt geworden. Es darf daher als sehr wünschenswert bezeichnet werden, nach Präparaten zu suchen, die relativ hohe Mengen Arsen in verhältnismäßig ungiftiger Form enthalten.

Das chemische Laboratorium Dr. C. Sorger in Frankfurt a. M bringt neuerdings ein organisches Arsen Eisenpräparat in den Handel, welches als Eisensalz einer komplexen Säure, der Arsenweinsäure, anzusprechen ist. Der Körper führt den Namen Asferryl und stellt ein grünlich-gelbes Pulver dar. in Wasser und verdünnten Säuren schwer löslich, dagegen leicht löslich mit rotbrauner Farbe in verdünnten Alkalien; Zusatz von Säuren läßt freies Asferryl wieder ausfallen. Beim Erhitzen auf höhere Temperatur verkohlt die organische Substanz und hinterläßt als Glührückstand Eisenpyroarseniat. Quantitativ enthält Asferryl 23% As und 18% Fe. (Neben dem neutralen Salz. mit welchem ich meine Versuche anstellte, existiert auch ein saures Salz.) Das Darstellungsverfahren ist zum Patent angemeldet.

Jedoch ist das Präparat nicht unlöslich, wie künstliche Verdauungsversuche und andere lehrten. Es handelt sich dabei nur um eine Lösung, nicht Spaltung des Körpers. Wurden z. B. 300 ccm Wasser + 1 g neutrales Asferryl 6 Stunden lang bei 35 im Brutschrank belassen, so zeigte sich, daß 0,38 g (bei einem anderen Versuch 0,36 g) Asferryl in Lösung gegangen war. Zusatz von Ferrozyankalium zum gelösten Filtrat ergab keine Bläuung, wohl aber trat eine solche nach Salzsäurezusatz ein; dasselbe geschah auch bei Versuchen, in denen im Brutschrank außer Pepsin 0,25 bis 0,4% Salzsäure zugesetzt war. Arsen ließ sich leicht mit der Bettendorfschen Probe nachweisen. Aus einem Gemisch von 300 ccm Wasser mit 0.25% Salzsäure und Pepsin unter Zusatz von 1 g Asferryl wurden im Brutschrank in 6 Stunden durchschnittlich 0.44 g Asferryl gelöst. bei 0,4% Salzsäure in 20 Stunden 0.64 g. In kaltem Wasser wurden von einer Mischung von 1 g Asferryl : 300 g Wasser bei häufigem Schütteln innerhalb $^1/_2$ Stunde 0.42 gelöst. dies entspricht einer Löslichkeit von annähernd 1 : 700. Diese Löslichkeit des Präparates im Magensaft scheint jedoch die Magenverdauung nicht zu beeinträchtigen.

Meine Versuche, die Wirkung des Asferryls zu erproben, erstrecken sich auf a) Kaninchen, b) Hunde, c) Versuche an mir selbst.

Von einem mittelschweren (2400 g) Kaninchen wird eine einmalige Gabe von 0.1 g Asferryl, in Alkali gelöst, anstandslos vertragen, einerlei, ob die Zufuhr per os oder subkutan geschah. Bei letzterer Art der Anwendung kommt es häufig zu Abszessen, was nicht dem Mittel als solchem, sondern der starken Alkaleszenz der Lösung zuzuschreiben ist. Herzschläge, Temperatur, Atmung und besonders das Körpergewicht bleiben normal. Während 0,04 g pro kg für Kaninchen schadlos sind, liegt die tödliche Dosis bei 0,06 bis 0,07 pro kg Tier. 0,01 g arsenige Säure töten Kaninchen in 3 bis 6 Stunden (Kunkel*), kleinere Gaben, ca. 0,002 pro kg und pro die in einigen Tagen (Saikowsky**).

Bei den Versuchen, die tödlich verliefen, konnte man je nach der Zeit des Todes deutlich zwei Arten der Arsenikvergiftung unterscheiden: 1. die zentrallähmende nach wenig Stunden ohne Aetzungen und 2. die resorptive, nach einem oder mehreren Tagen mit Organverfettungen, Aetzungen usw. Meist handelt es sich um Verfettung der Leber und der Nieren; Blutungen in den Dünndarm oder die Nieren wurden ebenfalls beobachtet: alles Symptome der akuten oder subakuten Arsenikvergiftung. In keinem Falle war eine Aetzung des Magens zu konstatieren, weil das Präparat, wie oben gesagt, in verdünnter Salzsäure sich nur wenig löst. Nimmt man als Dosis letalis des Asferryls pro kg Kaninchen 0,07 g an, die der arsenigen Säure zu 0,002 g (eine Menge, die für einen 70 kg schweren Menschen sich zu 0,14 g, der bekannten tödlichen Gabe, berechnet), so ist das Asferryl 35 mal ungiftiger als die arsenige Säure. Nun verhält sich der Gehalt an metallischem Arsen in dem Asferryl gegenüber der arsenigen Säure wie 1 : 3,3; dem Arsengehalt nach wäre demnach das Asferryl etwa 10 mal ungiftiger als Acidum arsenicosum.

Die relative Unschädlichkeit des neuen Präparates ergibt sich auch aus Fütterungsversuchen an jungen Kaninchen, die längere Zeit hindurch (drei Monate) Asferryl in aufsteigenden Gaben erhielten.

Ich wählte zu diesem Zwecke sechs junge Kaninchen von gleichem Wurf; drei wurden mit Asferryl behandelt, die drei anderen bildeten die Kontrolltiere und erhielten 20 bis 50 ccm Wasser. Etwa 6 Wochen nach Beginn der Behandlung schien ein Kontrollkaninchen aus unbekannter Ursache zu erkranken, magerte ab etc. und wurde aus der Versuchsreihe ausgeschaltet; aus rein äußeren Gründen mußte daher auch ein Asferryltier entfernt werden (dieses blieb jedoch dauernd gesund), so daß ich später nur mit zwei Asferryltieren und zwei Kontrolltieren arbeitete. In 25 Einzeldosen, die meist in Abständen von 3 bis 4 Tagen gereicht wurden, erhielt jedes Kaninchen aufsteigend pro dosi 5 bis 50 mg Asferryl in schwach alkalischer 1$^0/_{00}$ Lösung per os. In der ganzen Fütterungsperiode (drei Monate) bekam jedes der beiden Tiere 0,53 g Asferryl.

Bei Beginn der Versuche wog jedes Asferryltier durchschnittlich 1450 g, am Schluß derselben 2300 g, so daß jedes mit Asferryl drei Monate hindurch behandelte Kaninchen 850 g zunahm.

Bei Beginn der Versuche wog ein Kontrolltier durchschnittlich 1480 g, am Schluß derselben 2230 g, so daß jedes mit Leitungswasser gefütterte Kontrollkaninchen 750 g zunahm.

Wie man sieht, hat die lange Zeit durchgeführte Asferrylbehandlung den Tieren nicht nur nicht geschadet, sondern sogar ihr Körpergewicht gegenüber dem der Kontrolltiere etwas gehoben.***) Ich will noch bemerken, daß alle 3 bis 4 Tage, d. h. bei jeder Fütterung, eine genaue Wägung der Tiere stattfand. Die Kaninchen befanden sich während der ganzen Zeit der Behandlung völlig wohl, die Freßlust war nicht beeinträchtigt, insbesondere traten keine Durchfälle auf. Die Zahl der roten Blutkörperchen und die Hämoglobinmenge hielt sich, am Schluß der Versuche gemessen, sowohl bei den Asferryl- als auch bei den Kontrolltieren innerhalb der normalen Grenzen.

Die Kaninchen blieben auch späterhin andauernd gesund und wurden zu anderweitigen Versuchen gebraucht.

Hunden das Asferryl per os beizubringen, scheitert daran, daß diese Tiere das Präparat leicht ausbrechen; dies geschieht sowohl, wenn das Mittel in schwach alkalischer Lösung mit Wasser verdünnt mit der Schlundsonde eingeführt wird, oder auch beim Fressen von mit Asferryl durchknetetem Fleisch. Daher wandte ich einige Male die subkutane Injektion an. Ein Hund von 4500 g erhielt z. B. 0,2 g Asferryl in schwach alkalischer Lösung subkutan, ohne daß Störungen sichtbarer Art in seinen Funktionen eintraten. Einem anderen Hunde (7000 g) wurden 0,5 g auf einmal injiziert, am folgenden Tage ist er abgeschlagen, am zweitfolgenden Tage wieder munter, allerdings mit geringem Gewichtsverlust wegen anfänglicher Nahrungsverweigerung. Nach vier Tagen wurde der Hund getötet, weil an der Injektionsstelle infolge der alkalischen Lösung sich ein Abszeß und später eine große Hautwunde gebildet hatte. Daß das Asferryl ihm keinen dauernden Schaden zugefügt hatte, ergab die Sektion, bei der makroskopisch normale Organe gefunden wurden. Die tödliche Dosis liegt also bei Hunden ebenfalls sehr hoch, mindestens über 0,07 g pro kg.

Ermutigt durch die relative Ungefährlichkeit, ging ich daran, den neuen Körper an mir selbst zu erproben. Hierzu benutzte ich sowohl das pulverförmige neutrale Asferryl, mit Saccharum album als Pulver verrieben, oder die vom Erfinder hergestellten Asferryl-Schokoladetabletten mit einem Gehalt von 0,04 g Asferryl, entsprechend 0,0092 Arsen (15 Tabletten in Glasröhrchen kosten 1,50 M.). Ich nahm 7 Tage lang am ersten Tage eine, an den 6 folgenden Tagen je zwei Tabletten nach dem Essen, also Tagesgaben von 0,08 g Asferryl (= 0,02 As). Unangenehme Erscheinungen, besonders am Verdauungsapparat, waren nicht zu beobachten, Durchfall trat nie ein, eher, wohl infolge der Eisenkomponente, das Gegenteil.

Sodann nahm ich einige Tage lang täglich 3- bis 4 mal abgeteilte Pulver mit je 0,05 Asferryl, was einer Tagesmenge von 0,2 g Asferryl (oder etwa 0,05 As) entspricht. Endlich verschluckte ich an einem anderen Tage drei Asferryl-Tabletten à 0,04 g gleichzeitig, ohne auch hier nachteilige Folgen zu gewahren.

Soweit die Erfahrungen an Tieren und an meiner Wenigkeit. Ich bin mir wohl bewußt, daß der Unterschied der Wirkung zwischen einem gesunden Tier und einem kranken Menschen ein recht großer ist, und eine Uebertragung von Schlüssen dieser Art nicht ohne weiteres zulässig ist. Jedenfalls scheint festzustehen, daß das Asferryl ein Mittel ist, welches bei Erkrankungen herangezogen werden darf, in denen man gewöhnlich eine der bekannten Kombinationen von Eisen und Arsenik zu reichen pflegt, vor allem also bei Chlorose, Anämien verschiedenster Art usw. Daß eine typische Arsenwirkung in dieser neuen Verbindung zustande kommt, zeigt sich am charakteristischen Bild der Vergiftung bei großen Dosen. Endlich wird ein nicht unwesentlicher Nutzen des Asferryls darin liegen, daß auf relativ gefahrlose Weise große Gaben von Arsen dem Körper in Form dieses arsenweinsauren Salzes zugeführt werden können.

0,3 g Asferryl — eine Gabe, die leicht auf 2 Tage verteilt werden kann — entspricht an Arsengehalt etwa 0,2 g Atoxyl (die übliche Injektionsdosis) oder, auf arsenige Säure umgerechnet, 0,1 g $As_2 O_3$. Asferryl würde also auch da eventuell von Nutzen sein, wo ein Arsendepot angelegt werden soll, z. B. bei Hautkrankheiten, Lues usw., vorausgesetzt, daß es nicht zu schnell den menschlichen Organismus unzersetzt verläßt, worüber genaue Untersuchungen wünschenswert wären.

Soviel mir bekannt, ist das Asferryl auch bereits klinisch erprobt und für gut befunden worden, doch harren diese Versuche noch der Veröffentlichung.

Bimanuelle innere Wendung.

Von Dr. **E. Miller**, Kgl. Bezirksarzt in Stadtsteinach (Oberfranken).

Wenn der praktische Arzt, namentlich auf dem Lande und weitab von der hilfreichen Hand eines assistierenden Kollegen, vor eine verschleppte Querlage gestellt ist, dann läßt er all die Möglichkeiten, die ihm Schule, Studium und Erfahrung an die Hand geben, Revue passieren, um tunlichst ohne Nachteil für Mutter und Kind seines verantwortungsvollen Amtes zu walten und mit dem erzielten Resultate vor dem Forum der Wissenschaft sowohl als des eigenen Gewissens bestehen zu können. Verschleppte Querlagen dürften wohl, dank der besseren Ausbildung unserer jüngeren Hebammen und des hieraus resultierenden frühzeitigen Erkennens dieses ernsten pathologischen Zustandes, in neuerer Zeit erheblich seltener geworden sein; in größeren Städten, wo das Hebammen-Material im allgemeinen ein besseres ist, wo das Hebammenamt vielfach den Hauptberuf bildet, wo die Konkurrenz zum wissenschaftlichen Auf-der-Höhe-bleiben und zur Weiterbildung drängt und wo — last not least — ärztlicher Beistand stets in genügender Auswahl rechtzeitig zur Stelle steht, werden verschleppte Querlagen höheren Stadiums wunderselten zur Beobachtung gelangen, wenn nicht mal ausnahmsweise ein krasser Fall von Unverstand und Nachlässigkeit vorliegt; in Kliniken vollends werden, abgesehen von wenigen Fällen zu spät eingebrachter Kreißender, die verschleppten Querlagen zu den Raritäten zählen. Wenn ich also resümiere, so darf man wohl, ohne gerade mit statistischem Material aufwarten zu müssen, behaupten, daß dank der Verquickung verschiedener günstiger Faktoren die verschleppten Querlagen in den Städten eine erhebliche Abnahme erfahren haben. Anders auf dem platten Lande. Auch hier mag zugegeben werden, daß infolge des gehobenen Ausbildungsniveaus unserer Hebammen und der leichteren Erreichbarkeit ärztlicher Hilfeleistung heutzutage mancher Fall von Querlage seine erfreuliche Erledigung findet, der unter den ungünstigeren früheren Verhältnissen zu einem „verschleppten“ geworden wäre; gleichwohl werden aus Gründen anderer, vor allem orographischer Art — beispielsweise in Gebirgsgegenden mit weitverstreuten Einzelgehöften, bei dem Fernabgelegensein von größeren menschlichen Niederlassungen und dem Fehlen gut passierbarer Landstraßen usw. — die verschleppten Querlagen nie völlig aus dem ärztlichen Arbeitsbereiche verschwinden, und es wird dem in solchen Bezirken praktizierenden Arzte auch fürderhin jene körperliche und seelische Aufregung nie völlig erspart bleiben, die mit der operativen Erledigung einer verschleppten Querlage in so reichlichem Maße verknüpft ist. Gerade in dieser Situation ist es von unschätzbarem Werte, wenn man gute Nerven und ein ruhiges Temperament sein eigen nennt. Telephon und Telegraph existieren entweder nicht oder können, weil außerhalb der Bureauzeit, etwa mitten in der Nacht, benötigt, nicht benutzt werden; bis dann der Bote zum Arzt und dieser wieder zur Wöchnerin kommt, sind oft Stunden vergangen; in gedrückter Stimmung geht es dem Kreiß-Bette zu, mit banger Ahnung und Sorge, mit simulierter Seelenruhe zwar, in Wirklichkeit aber mit unruhiger Hast wird die erste Untersuchung vorgenommen, die entscheiden soll, ob eine Wendung ohne größeres Risiko noch möglich ist, oder ob durch die inzwischen stattgehabte Wehentätigkeit die Frucht bereits so tief ins Becken herabgedrängt ist, daß die gefahrlose Ausführung einer Wendung ausgeschlossen werden muß. In zahlreicheren Fällen, insonderheit bei Querlagen, pflegt die Wehentätigkeit nach dem Bersten des Fruchtwassers glücklicherweise für längere Zeit mehr oder minder vollständig zu sistieren, so daß auch nach längerem Zeitverlust, wenn auch unter erschwerten Umständen, die Wendung der Frucht noch in normaler Weise effektuiert werden kann; in anderen Fällen dagegen ist das nicht mehr möglich. Der amtierende Arzt ist dann vor die wenig ermutigende Alternative gestellt, entweder neuerdings mehrere Stunden zuzuwarten, bis ein Konsiliarkollege angekommen ist, um dann gemeinsam mit ihm nach einem nochmaligen, in Narkose vorgenommenen, aber vergeblichen Wendungsversuch die Embryotomie zu vollführen — oder er muß den ernsten, verantwortungsvollen Entschluß fassen, die Embryotomie ohne kollegiale Assistenz vorzunehmen und eventuell mit Unterstützung der Hebamme und sonstiger hilfreicher Laien auch noch die Narkose zu leiten und zu überwachen. Der einsichtsvolle, vorsichtige Kollege wird sich angesichts der eminenten Verantwortung dafür entscheiden, das Eintreffen eines assistierenden und das Risiko mittragenden Kollegen abzuwarten, selbstredend in der Voraussetzung, daß dieses mehrstündige weitere Zuwarten angängig ist und für das Befinden der Kreißenden keine weiteren Gefahren in sich birgt. Es gibt indes, wie bekannt, Fälle, in denen eine so heftige Wehentätigkeit einsetzt, daß zu befürchten steht, es werde durch längeres Zuwarten eine Uterusruptur sich einstellen und der letale Ausgang für die Mutter hierdurch verursacht werden. Dann heißts natürlich: Zugreifen! In solchen Notlagen wird man erfinderisch.

---

*) Kunkel: Handbuch der Toxikologie, Bd. 1, 1899.

**) Saikowsky, Virchows Archiv, Bd. 34, S. 73.

***) Dies stimmt auch mit den Versuchsergebnissen Lardellis überein. (Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 49.)

In nachfolgendem möchte ich die Herren Kollegen auf eine Manipulation hinweisen, die, in geeigneten Fällen angewendet, mir im Verlaufe von mehr denn zwanzig Praxisjahren zuweilen erfolgreiche Dienste geleistet hat. Wenn das Fruchtwasser bereits längere Zeit abgeflossen, die kindliche Schulter durch die Wehentätigkeit tiefer gedrückt und etwa gar noch ein Arm vorgefallen ist, der, möglicherweise hochgradig eingeschwollen, das Lumen der Vagina und damit den Zugang zur Frucht verlegt, dann weiß jeder Arzt aus Erfahrung, wie schwierig es ist, nach oben zu kommen, um behufs Wendung auf den Fuß letzteren fassen zu können; er weiß, wie der vorgefallene, verdickte Arm für das Vordringen ein verdrießliches Hindernis bildet; er weiß ferner, wie die Frucht, selbst wenn es mühsam gelungen sein sollte, einen Fuß derselben zu fassen, in dem trockenen, eng angeschlossenen Uterus sich nicht wenden lassen will. In solch kritischen Fällen nun hat es sich mir mehrmals bewährt, mit der einen Hand in die Vagina einzugehen, den vorgefallenen Arm möglichst nach oben zu heben und durch kräftigen Druck mit den Fingern in der Richtung gegen den Fundus den kindlichen Körper etwas zu lüften; während dieser Lüftung des kindlichen Körpers mit der einen Hand wird gleichzeitig die andere Hand — Handfläche gegen Handfläche — in die Vagina eingeführt, so daß gleichzeitig beide Hände des Operateurs sich in der Scheide befinden. Es wird dank des gewonnenen freien Raumes und des durch die eine Hand gelockerten kindlichen Körpers für die zweite Hand erheblich leichter sein, nach dem Fundus zu kommen und einen Fuß der Frucht zu erreichen. Aber auch bei der Wendung selbst wird die erste Hand durch Nachhelfen und Schieben im Sinne der Drehung erfolgreich zum Gelingen der Wendung beitragen können. Dieser Eingriff, den man als bimanuelle innere Wendung bezeichnen kann, wird in allen jenen Fällen zu versuchen sein, in denen man, bei länger abgeflossenem Fruchtwasser, die übliche einhändige oder kombinierte Wendung nicht zustande bringt und vor die Frage der Embryotomie gestellt ist; es werden namentlich Kollegen, die nur mit großem Zeitverluste und unter sonstigen Schwierigkeiten Assistenz erlangen können, diesen bimanuellen Handgriff nicht unversucht lassen. Ich bin mir wohl bewußt, daß die Zahl der für meinen Vorschlag in Betracht kommenden Fälle keine allzugroße ist; denn einerseits sind die Fälle von verschleppter Querlage glücklicherweise an und für sich ziemlich selten und werden vielleicht für die Zukunft noch seltener werden, andererseits setzt der Erfolg der vorgeschlagenen Manipulation einen noch nicht allzufest eingekeilten kindlichen Körper und außerdem ziemlich weite weibliche Genitalien voraus, wie sie zumeist nur der Multipara zu eigen sind — Momente, deren Zusammentreffen nicht gerade zu den Alltäglichkeiten zählt; es wird, wie schon oben erwähnt, in der Stadt, wo die Chancen für geburtshilfliche Erfolge viel günstiger liegen, äußerst selten vorkommen, daß ein Geburtshelfer den in Vorschlag gebrachten Handgriff in Erwägung ziehen muß; die Leidensgenossen von der Landpraxis indessen, welche die von mir geschilderte Situation vermutlich lebhafter nachfühlen können, werden es begrüßen, wenn ihnen zur glücklichen, erfolgreichen Erledigung einer verschleppten Querlage ein weiteres Hilfsmittel an die Hand gegeben ist und wenn es ihnen zuweilen erspart bleiben sollte, die Misère einer Embryotomie durchzukosten. Eine Gefahr ist, wie ich glaube, bei humaner Vornahme der beregten Prozedur, und wenn man, um eine Abreißung des Uterus zu verhindern, letzteren durch die Hebamme geeignet entgegendrücken läßt, für die Kreißende nicht gegeben.

Die bimanuelle innere Wendung kann auch zuweilen bei Schädellagen und engem Becken mit recht gutem Erfolge angewendet werden; es sind hier vor allem Fälle in Betracht zu ziehen, in denen das Fruchtwasser schon längere Zeit abgeflossen, die Gebärmutter infolge der Wehentätigkeit fest an die Frucht angedrückt und der Kopf noch nicht fest ins Becken eingetreten ist, und wenn die Wendung auf dem üblichen Wege ohne Narkose, bei mangelnder Assistenz nicht ermöglicht werden kann. Auch hier wird mit der einen Hand der Kopf des Kindes zuerst etwas gelüftet, während die andere Hand gleichzeitig am gelüfteten Schädel vorbei nach der Höhe vorzudringen trachtet, um einen Fuß erfassen und die Wendung der Frucht einleiten zu können; die erste Hand wird durch Nachschieben des Kopfes im Sinne der Drehung zum Gelingen der Operation beitragen.

Es soll nicht verhehlt werden, daß der vorgeschlagenen bimanuellen inneren Wendung auch in ausgesprochen geeigneten Fällen ein kleiner Nachteil anhaftet. Dieser Nachteil besteht darin, daß der Operateur dadurch, daß beide Hände im Innern des Genitaltraktus in Anspruch genommen sind, der äußeren Direktive entbehrt. Dieser Nachteil kann teilweise — nicht ganz! — ausgeglichen werden, wenn man eine geschickte, anstellige Hebamme an der Seite hat, welche die Anweisungen des operierenden Arztes auszuführen und damit die leitende äußere Hand desselben einigermaßen zu ersetzen vermag.

Verfasser dieser Zeilen hat bereits vor Jahresfrist in einer angesehenen, vielgelesenen Zeitschrift für die von ihm des öfteren ausgeführte bimanuelle innere Wendung eine Lanze gebrochen, und es hat sein Vorschlag sowohl in der Fachpresse als auch bei einzelnen Kollegen mehrfach wohlwollende und zustimmende Beachtung gefunden. Erwähnen will ich noch, daß in einem Fachblatte ein Kollege meinen Vorschlag in geeigneten Fällen zwar für sehr beachtenswert, aber für ein wenig schwierig bezeichnet; besagter Kollege glaubt außer der bimanuellen inneren Wendung auch ein anderes Verfahren empfehlen zu können, das sogar in verzweifelten Fällen mit Erfolg anzuwenden sei und welches ihn nur einmal im Stiche gelassen habe, nämlich in einem Falle, wo nachher trotz tiefer Narkose die Wendung so schwer war, daß die Hand nach vollzogener Wendung erlahmte und die Extraktion durch einen Kollegen zu Ende geführt werden mußte. Dieses Verfahren beruht in Ueberführung der Kreißenden in Knie-Ellenbogenlage, wobei das Zurückführen der vorgefallenen Hand und der eingeklemmten Schulter meist ohne Schwierigkeiten gelingt und die Wendung bedeutend erleichtert wird. Dies beruht nach Ansicht des Kollegen darauf, daß bei Querlagen, besonders von Mehrgebärenden, meistens Hängebauch besteht und hier der Uterus sich weiter nach oben senkt als bei Rückenlage, so daß zunächst ein Eingehen mit der Hand, auch bei stark vorspringendem Promontorium, erleichtert wird; dann aber auch darauf, daß die Kreißende in dieser Lage von ihrer Bauchpresse gar keinen oder nur wenig Gebrauch machen kann, was sonst bei Wendungen sehr ausgiebig geschieht. Die Gefahr von Lufteintritt in den Uterus dürfte zwar bei dieser Lagerung (durch Ansaugen) vermehrt, aber wahrscheinlich unbedenklich sein, da ja der Uterus noch vollständig mit Eihäuten austapeziert und da kein Gefäß abgerissen ist, weshalb Luftembolie nicht zu befürchten steht. —

Mögen gegebenenfalls beide Verfahren versucht werden! Der am Kreißbette stehende Arzt wird dankbar sein, wenn er in schwierigen Situationen mehrere Möglichkeiten besitzt, zum normalen Ziele zu gelangen, bevor er zur Embryotomie schreiten muß. Wenn mit der bimanuellen inneren Wendung, die ein Produkt der Notlage und der hieraus resultierenden Augenblickseingebung des Verfassers ist, gelegentlich ein positiver Erfolg erzielt werden sollte, dann ist der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

REFERATE.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Vorschläge zu einer medikamentösen Prophylaxe der Masern.** Von J. Langer. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 1179.

2. **Ueber Bolusbehandlung bei Diphtherie.** Von Stumpf. Ibidem, S. 1181.

3. **Nebennieren und Rhachitis.** Von W. Stöltzner. Med. Klinik, 1908, Nr. 18 bis 22.

4. **Der Phosphorlebertran in der Therapie der Rhachitis. Sein Einfluß auf den Kalkstoffwechsel.** Von J. A. Schabad. Therap. d. Gegenwart, 1908, S. 260.

1. Daß eine wirksame medikamentöse Prophylaxe der Masern zu den segensreichsten Entdeckungen gehört, kann wohl nur der ganz begreifen, welcher Spitalsendemien in Kinderkrankenhäusern zu verfolgen Gelegenheit hatte und beobachten konnte, wie gerade die Schwerkranken oft unrettbar der Ansteckung durch einen eingeschleppten Fall und damit nicht selten dem sicheren Tode verfallen. Aber auch außerhalb der Krankensäle des Spitals gibt es immer Kinder, für welche die Masern eine ernste, event. lebensgefährliche Krankheit darstellen; zu ihnen gehören, wie Langer ausführt, die Rhachitiker, die skrofulösen, die tuberkulös belasteten Kinder, ferner jene, die kurz vorher Keuchhusten, Lungenentzündung oder eine akute Infektionskrankheit durchgemacht haben.

Langer glaubt, in der Vornahme von Wasserstoffsuperoxyd-Inhalationen ein wirksames Prophylaktikum gefunden zu haben. Man benutzt zu diesem Zwecke die gewöhnlichen Wasserdampf-Inhalationsapparate, in deren Vorlegeglas man zur jedesmaligen Inhalation 20 bis 25 ccm der Wasserstoffsuperoxydlösung bringt (Perhydrol. Merck 10,0 auf Aq. dest. 300,0). Es empfiehlt sich, drei- bis viermal täglich die genannte Einzelmenge inhalieren zu lassen. Willig inhalierende größere Kinder tun dies in der Weise, daß sie abwechselnd durch Mund und Nase oder bei geschlossenem Mund durch die Nase inhalieren. Bei kleineren, abwehrenden Kindern dagegen muß man durch Fixation derselben durch eine Person und Offenhalten des Mundes mittels eingeführten Löffels, Korkstöpsels, Holzkeiles oder Mundspiegels hierfür sorgen. Die Augen benötigen keiner Deckung, da das von einzelnen Kindern gelegentlich geäußerte Brennen doch nur ganz flüchtiger Natur ist.

Wenn sich die Wasserstoffsuperoxyddämpfe als Masernprophylaktikum bewähren, was natürlich nur zu erwarten ist, wenn die Inhalationen systematisch und exakt mit wirksamer Lösung durchgeführt werden, möchte Ref. in dieser Entdeckung eine große Bereicherung unserer ärztlichen Hilfsmittel erblicken.

2. Die von Stumpf bei Cholera, Brechdurchfall und Vergiftungsenteritiden inaugurierte Bolustherapie hat mehrfach lebhafte Zustimmung und Fürsprache gefunden. Das gleiche, auf rein mechanischer Desinfektion beruhende Heilverfahren hat Verf. nun auch mit großem Erfolg bei 15 Diphtheriefällen (ohne gleichzeitige Heilserumbehandlung) angewandt.

Von einer Bolusaufschwemmung im Verhältnis 1 : 2 (z. B. 125 g Bolus auf ein Viertelliter frisches Wasser) reicht man den Kranken alle fünf Minuten oder auch noch häufiger einen Teelöffel bis einen halben Kinderlöffel voll zum Verschlucken. Gibt man die stets gut umgerührte Aufschwemmung in dieser Häufigkeit — von der möglichst häufigen Einführung des Mittels hängt der ganze Erfolg ab —, so wird man bei der Rachendiphtherie nach Stumpf etwa folgendes beobachten können:

Schon nach ganz kurzer Zeit verschwindet der üble Geruch im Munde, nach zwei bis drei Stunden beginnen Fieber und Pulszahl langsam zu sinken, gleichzeitig geht allmählich die Drüsenschwellung, und zwar oft ganz überraschend schnell, zurück. Diesem Rückgang der Krankheitserscheinungen entsprechend sistiert fast mit Beginn der Behandlung die Zunahme der Beläge; schon nach ungefähr 10 Stunden bricht der diphtheritische Rasen an einzelnen Stellen ein, er zerklüftet sich, zwischen den nunmehr inselförmigen Belagpartien wird die eigenartig glänzende und intensiv gerötete Rachenschleimhaut sichtbar. Schon nach 36 bis längstens 48 Stunden wird, wenn man die Behandlung nicht vorzeitig unterbricht, völlige Heilung beobachtet. Postdiphtherische Lähmungen werden dadurch nicht verhütet.

Verf. möchte sein Verfahren vor allem auch bei der schweren Nasenrachendiphtherie bei Scharlach empfehlen. Hier hätten dann noch recht ausgiebige und häufige, etwa stündliche Nasenspülungen mit Bolusaufschwemmung von der gleichen Konzentration stattzufinden.

3. Die Stoeltznersche Theorie von der Insuffizienz der Nebennieren als patho-physiologische Grundlage der Rhachitis dürfte wohl allgemein bekannt sein; ebenso auch der als mißlungen zu bezeichnende Versuch, diese Hypothese durch Heilung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz zu beweisen. In weiteren pädiatrischen Kreisen wenigstens hat die günstige Wirkung dieser Organotherapie keine Bestätigung gefunden, und Stoeltzner selbst hat seine früheren therapeutischen Empfehlungen zurückgezogen; in seiner bekannten Rhachitismonographie erklärt er, daß er es nicht mehr für zweckmäßig halte, die Nebennierenbehandlung der Rhachitis für die Praxis zu empfehlen; er setzt aber hinzu, daß die Zukunft der Rhachitistherapie wahrscheinlich doch auf dem Gebiet der Organpräparate liege.

In den nunmehr vorliegenden, durch klare Fragestellungen sich auszeichnenden Untersuchungen gelangt Stoeltzner zu der Auffassung, daß das Wesen der Rhachitis in einer ungenügenden Absonderung von Adrenalin durch die Nebennieren zu erblicken sei. Die Tatsachen, die er zur Begründung dieser Annahme ermitteln konnte, sind folgende: 1. Die Nebennieren der Rhachitischen sind anscheinend schon einfach an Gewicht nicht vollwertig; 2. sie enthalten abnorm wenig Suprarenin; 3. sie enthalten abnorm wenig chromaffine Substanz. Aus der Feststellung, daß die Zeichen der Insuffizienz der Nebennieren in allen Fällen von noch florider Rhachitis deutlich ausgesprochen sind, auch wo die Skelettrhachitis noch sehr gering ist, schließt Verf., daß die funktionelle Insuffizienz der Nebennieren keine Begleit- oder Folgeerscheinung, daß sie vielmehr die nächste Ursache der Rhachitis ist. Auch Tierversuche hat Stoeltzner unternommen und glaubt, durch einseitige Nebennierenexstirpation bei Meerschweinchen positive Ergebnisse erhalten zu haben; doch sind die hier erhaltenen Resultate wohl noch am wenigsten überzeugend.

Von besonderem Interesse sind nun die mitgeteilten Behandlungsversuche der Rhachitis mit Adrenalin. Verwendet wurde Adrenalin Parke, Davis & Co., und zwar wurde täglich 1 Tropfen einer 0,1%igen Lösung innerlich in ca. 100 ccm Fencheltee verschüttelt, gegeben. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich vier bis fünf Wochen. Schädliche Nebenwirkungen wurden unter 22 Fällen nur einmal gesehen (Erbrechen, Mattigkeit); hier wurde nach fünf Tagen die Behandlung abgebrochen. Bei allen Fällen konstatierte Stoeltzner eine überraschend schnelle Besserung der statischen Funktionen und des Allgemeinzustandes. In einem Fall konnte sich Verf. auch durch Untersuchung der Knochen eines interkurrent verstorbenen Kindes überzeugen, daß histologisch von der Rhachitis fast nichts mehr zu entdecken war.

Nicht ganz verständlich ist Stoeltzners eigene geringe praktische Bewertung seiner therapeutischen Beobachtungen. Er schreibt: „Daß die Adrenalinbehandlung der Rhachitis sich in der Praxis einbürgern wird, glaube ich kaum. Die Behandlung mit Phosphorlebertran genügt den praktischen Bedürfnissen vollkommen und ist bequemer. Und wen die Wirkung des Phosphorlebertrans nicht überzeugt, der wird auch zu der Adrenalinbehandlung nicht zu bekehren sein."

Ref. möchte glauben, daß die Adrenalinbehandlung der Rhachitis nach den mitgeteilten Erfolgen vielmehr eingehender Nachprüfung wert ist, und wenn ähnliche Resultate auch von anderen Beobachtern erzielt werden, sicherlich auch ausgedehnte praktische Anwendung finden wird.

4. Einstweilen ist zweifellos der Phosphorlebertran noch das souveräne Mittel in der Behandlung der Rhachitis; eingehende Versuche über den Kalkstoffwechsel von Kindern unter dem Einfluß von Phosphorlebertran stehen bisher noch aus, und die vorläufige Mitteilung von Schabad, die über derartige Versuche berichtet, ist daher von großem Interesse. Verf. stellte fest, daß der Phosphorlebertran auf den Kalkstoffwechsel gesunder Kinder keinen Einfluß ausübt, jedoch bei Rhachitis die Kalkretention erhöht. Diese Wirkung tritt bald nach dem Beginn der Darreichung des Mittels auf, ist nach drei bis fünf Tagen schon deutlich ausgeprägt und schwindet nach dem Fortlassen desselben sehr allmählich, so daß sie noch nach zwei Monaten nachweisbar ist (wenn das Mittel zweiundeinhalb Monate lang genommen wurde). Weitere Versuche des Verfs. sprechen dafür, daß im Phosphorlebertran beide Komponenten, sowohl der Phosphor als auch der Lebertran wirksam sind. Verf. stellt fernerhin Untersuchungen in Aussicht, die zeigen sollen, ob der Phosphor per se ohne Lebertran auch wirkt, und ob nicht auch andere Oele und Fette ebenso wie der Fischlebertran einen Einfluß auf den Kalkstoffwechsel bei Rhachitis ausüben, oder ob dies eine spezifische Eigenschaft des Lebertrans ist.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ueber Infektionen des Mittelohrs nach Eingriffen in der Nase und im Nasenrachenraum.** Von Doz. Dr. Ferdinand Alt. Wien. klin. Rundschau, 1908, Nr. 10.

2. **Ein Kühlapparat und seine Verwendung bei akuten Warzenfortsatzentzündungen.** Von Dr. Herschel. Fortschr. d. Medizin, 1908, Nr. 16.

3. **Ueber die Endresultate der Tracheotomie.** Von Dr. W. Wolf. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

4. **Fremdkörper in der Nase.** Von Dr. Carl Leuwer. Reichs-Med.-Anz., 1908, Nr. 11.

5. **Die Bedeutung des Fiebers bei Ohrenkrankheiten.** Von Dr. Mann-Dresden. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1908, Nr. 10.

6. **Ueber die klinische Bedeutung des chronisch entzündeten nicht hypertrophischen Gaumentonsillengewebes.** Von Dr. Muck-Essen. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

7. **Ueber die Behandlung von Fremdkörpern unter Bronchialstenosen.** Von Gustav Killian u. Wilhelm Brünings. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. 55, H. 4.

8. **Ueber Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** Von Carl v. Eicken. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

9. **Eine universale Demonstrations-Handgrifflampe für Laryngoskopie, Tracheotomie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** Von Dr. Horn. Ebenda.

10. **Die Tracheoskopie und Bronchoskopie.** Von Dr. Max Senator. Berliner Klinik, 1907, Heft 234.

1. Alt beschränkt sich nicht auf sein Thema, sondern führt in kurzer Uebersicht alle Ursachen von Infektionen des Mittelohrs an. Denn Schneuzen z. B. kann man doch kaum einen Eingriff nennen, ebensowenig wie Duschen der Nase etc.

Als Ursachen der Infektion sind zu beachten: Zu starkes Ausspritzen der Nase (was besonders bei akuter Rhinitis zu widerraten ist — Ref.), Schluckakte während der Ausspülung oder der Dusche seitens des Patienten. Aufziehen von Salzwasser aus der Hohlhand ist nicht selten Ursache akuter Otitis, ebenso wie Schneuzen, zumal wenn es unzweckmäßig ausgeführt wird. Viele Menschen schließen mit dem Taschentuch beide Nasenseiten und blasen dann bei plötzlichem Abheben der Finger forciert unter trompetenartigem Geräusch Luft und Schleim aus der Nase. Bei diesem „Valsalvaschen Versuch" kann leicht infektiöser Schleim ins Mittelohr gepreßt werden. Man soll schneuzen, indem man ein Nasenloch geschlossen, das andere offen hält und durch letzteres den Schleim heraustreibt. Erwähnen hätte Alt vielleicht müssen, daß dies nicht gilt während akuter Entzündungen. Da bläst man am besten bei beiderseits offener Nase vorsichtig hindurch.

Nach Nasenoperationen kommen zuweilen ebenfalls Otitiden vor, ebenso nach Operation von Adenoiden. In diesen Fällen dürfte aber immer unzweckmäßiges Verhalten der Patienten, Husten, Niesen, Pressen, Schlucken anzuschuldigen sein. Auch die Tamponade soll häufig die Ursache akuter Media sein. Referent sah sie von der Tamponade nicht häufiger als ohne diese, wenn genügend auf Asepsis geachtet wurde. Jede Verlegung der Nase durch Schwellungen, namentlich bei akuten Katarrhen, gefährdet das Ohr stärker als die Tamponade.

Mit Recht weist aber Alt besonders nachdrücklich auf die Gefahr für das Ohr durch Bellocquesche Tamponade hin. Dieselbe wird deswegen vom Rhinologen nur in extremen Fällen angewendet und sollte auch vom Praktiker möglichst vermieden werden.

2. Herschel beschreibt einen von ihm konstruierten Kühlapparat zur Behandlung der Mastoiditis mittels gleichmäßiger

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kältewirkung. Er will davon sehr gute Erfolge gesehen haben, zumal in schweren Fällen, die nach seiner Ansicht sonst leicht zur Operation gekommen wären.

Dem gegenüber muß betont werden, daß seit Jahren die großen Kliniken von der Kälteapplikation mehr und mehr abgekommen sind und die Anwendung heißer Kompressen, mit besonderer Vorliebe der heißen Breiumschläge, vorziehen. Die Erfahrungen mit der Hyperämiebehandlung nach Bier lassen ja ebenfalls die Wärmewirkung als das zweckmäßigere erscheinen. Die von Herschel beobachteten 20 schweren Fälle, von denen 17 ohne Operation ausheilten, dürften dem gegenüber nicht genügend beweiskräftig sein. Und schmerzstillend wirken die heißen Kompressen meistens auch!

Wir haben ebenfalls in der Mehrzahl der Fälle von der Wärme bessere Resultate gesehen. Doch sei zugegeben, daß diese nicht in allen Fällen gut vertragen wird, und bei einigen schwer Kranken uns Eis- oder Prießnitzumschläge bessere Hilfe leisteten. In solchen Fällen dürfte sich der Herschelsche Apparat bewähren.

3. Tracheotomie oder Intubation, das ist die Frage, vor die wir oft gestellt werden. Die Anhänger der Intubation werfen der Tracheotomie vor, sie veranlasse leicht narbige Stenosen und Erkrankungen der Atmungsorgane infolge Fehlens der Vorwärmung der Respirationsluft, und speziell in Amerika, dem Heimatlande O'Dwyers, wird die Tracheotomie kaum mehr angewandt.

Nun berichtet aber Lehnerdt von 16 Fällen, bei denen z. T. schwerste narbige Veränderungen nach Intubation beobachtet wurden, allerdings bei einem Material von 1539 Intubationen. Daß Tracheotomierte selten ein Alter über 20 Jahre erreichen und leicht der Tuberkulose erliegen, wird von Pipping (Münch. med. Wochenschr., 1905) als Ansicht französischer Autoren berichtet, von Trumpp aber auf Grund von Nachforschungen bei den bayerischen Militärbehörden wenigstens für Deutschland energisch bestritten. Er gelangte nach Erfahrungen bei 351 Operierten zu dem Resultat, daß die Tracheotomie wohl Folgeerscheinungen hinterlassen könne, aber nicht mehr als die Intubation, und daß insonderheit von einem Disponiertsein der Tracheotomierten für Tuberkulose kaum gesprochen werden könne. Ein gleiches Resultat fand Pipping.

Wolf, der hierüber genauer berichtet, hat das Material der Trendelenburgschen Klinik nach dieser Richtung einer sorgfältigen Untersuchung und Sichtung unterzogen. Er erwähnt, daß Trendelenburg auf Grund seiner Erfahrungen die Intubation nicht mehr ausführen läßt. Es wurde dort immer die Tracheotomia inferior gemacht. Die Mortalität ist hierbei fast genau die gleiche wie die von der Intubation berichtete.

Die Folgen hat er bei 173 Kindern von 404 Tracheotomierten in Erfahrung bringen können. 145 davon waren beschwerdefrei, gleich ca. 85%, eine Anzahl konnte schwere Arbeit ohne Atemstörungen leisten, einige waren besonders gute Sänger. Bei 24 = 14,2% waren Störungen, leichte bei 17 = 10,1%, schwerere bei 7 = 4,1%. Dieselben werden genauer besprochen, sind aber im ganzen so, daß sie nur mit Vorsicht der Tracheotomie zur Last gelegt werden dürfen.

Wolf resümiert, daß seine Untersuchungen durchaus gegen die Berechtigung der Vorwürfe sprechen, die man der Tracheotomie mache. Weder kämen narbige Stenosen häufiger vor als nach Intubation, noch habe sich eine Disposition zur Tuberkulose nachweisen lassen.

4. Fremdkörper in der Nase kommen wohl am häufigsten in die Behandlung des praktischen Arztes, nicht des Spezialisten, der nur verschleppte Fälle sieht. Leuwer gibt eine kurze Uebersicht über die beobachteten Fremdkörper, welche fast alle Möglichkeiten umfassen. Die Hauptstörungen sind Katarrhe und Erschwerung der Atmung. Ernstere Komplikationen sind denkbar bei organischen Fremdkörpern, welche wie Erbsen, Getreidekörner etc. aufquellen und Sprossen treiben können. Doch sind auch nicht selten Nebenhöhlen- und Mittelohreiterungen als Folge von Fremdkörpern beobachtet worden.

Wichtig sind die Erfahrungen, daß, namentlich bei großen Fremdkörpern, Kopfschmerzen, neuralgische, eklamptische und epileptiforme Anfälle einzig durch deren Entfernung geheilt wurden.

Die Diagnose ist nicht immer leicht. Starkes Sekret auf einer Seite, mehr oder minder starker Foetor, einseitiger Kopfschmerz führen auf den Verdacht, daß ein Fremdkörper die Ursache sein könnte. Sorgfältige Inspektion nach vorsichtiger Reinigung der Nase, am besten unter sorgfältiger Anwendung von Kokain und Adrenalin, was Leuwer wohl zu betonen vergessen hat, sichern die Diagnose.

Die Entfernung will Leuwer am besten mit einem flachen Ohrlöffel erreicht haben, den er an dem Fremdkörper vorbeischob und mittels dessen er ihn herausholte. Ich möchte glauben, daß für den Praktiker eine starke, hakenförmig gebogene Sonde das beste Instrument ist, die über den Fremdkörper nach hinten und unten geführt wird und mit festem ruhigem Zuge von hinten her denselben herausdrückt. Bei weichen Körpern ist vorsichtig! angewendet Haken oder Kornzange das richtige Instrument.

5. In seinen Vorträgen gelegentlich der Kurse für ärztliche Fortbildung bespricht Mann die Bedeutung des Fiebers bei Ohrenerkrankungen, vornehmlich für diagnostische bezw. operative Maßnahmen. Der Bestimmung seiner Vorträge gemäß bringt er nur Bekanntes, das sich etwa folgendermaßen zusammenfassen läßt:

Bei Otitis media akuta findet sich meist eine Temperaturerhöhung um 1 bis 2°, oft Schüttelfrost und hohes Fieber, zumal bei Kindern. Schmerz, Fieber, Vorwölbung des Trommelfells indizieren die Parazentese, die sich nach Einwirkung von 20% Alypinlösung während 10 bis 15 Minuten nahezu schmerzlos machen läßt. Fieber im Verlauf einer Infektionskrankheit aufs neue ansteigend deutet häufig auf Otitis media, besonders bei Masern und Scharlach.

Fieber während einer Otitis media plötzlich wieder ansteigend, zumal kombiniert mit Schmerzen und Schüttelfrost, läßt an otogene Pyämie denken.

Bei chronischen Mittelohrerkrankungen leistet die Thermometrie weniger gute Dienste. Schwerste Eiterungen, auch des Knochens, können anfangs fieberlos verlaufen. Tritt dann hohes Fieber auf, so sind schwere Komplikationen zu befürchten. In allen schweren Fällen rät Mann, einen geschulten Spezialarzt zu Rate zu ziehen.

6. Chronische Entzündungszustände in den Tonsillen werden seit langem als Ursache mannigfachster Krankheitserscheinungen angesehen. Moritz Schmidt beschreibt, daß erhebliche Beschwerden im Pharynx, als Kitzeln, Brennen, Stechen, Kratzen u. a., durch Tonsillenpfröpfe hervorgerufen werden. Grober will die Tonsillen als Eingangspforte für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbazillus, gewürdigt wissen. Andere, wie Beckmann und Verfasser, weisen auf Erfahrungen hin, die auf eine wesentliche Bedeutung des Tonsilleninhaltes für die Aetiologie des Rheumatismus zu sprechen scheinen.

Zur Behandlung der Tonsillenpfröpfe empfiehlt Muck, der auch schon für die Ohren einen Saugapparat angegeben hat, einen „Tonsillen-Exhaustor“. Es ist dies ein Glasballon mit aufgesetztem Gummischlauch, der durch eine Klemme abgeschlossen wird. Eine gewöhnliche Spritze saugt aus dem Ballon die Luft. Hierauf wird ein mit Mundstück versehenes Glasrohr auf das freie Gummiende gesetzt und durch Oeffnen der Klemme aspiriert.

Verfasser hat sehr gute Erfolge von dieser Behandlung gesehen.

Referent möchte aber dringend empfehlen, daran eine Schlitzung der Lakunen anzuschließen, weil sonst Rezidive der Mandelpfröpfe unvermeidlich sind.

7. Rastlos arbeiten Killian und seine Schüler fort an der Verbesserung seiner genial durchgearbeiteten Bronchoskopie. Ihre Haupterfolge bestehen immer noch in der Entfernung von Fremdkörpern aus der Lunge, die bisher nur auf dem Wege eines überaus gefahrvollen und selten erfolgreichen chirurgischen Eingriffs möglich war. Es ist bekannt, wie glänzend die Erfolge Killians und der ihm nacharbeitenden Laryngologen sind.

Einen besonders hervorragenden Fall beschreiben Killian und Brünings in erwähnter Arbeit.

Ein Tapezier hatte, wahrscheinlich etwa 5 1/2 Jahre früher, in einem epileptischen Anfall einen ziemlich großen Nagel „verschluckt“. Es stellten sich allmählich sich steigernde schwere Lungensymptome ein, Husten, Auswurf, Kurzatmigkeit, Pleuritis,

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Auswurf reichlichen Eiters. Eine Röntgenuntersuchung stellte das Vorhandensein eines Nagels im rechten Hauptbronchus fest. Die bronchoskopische Untersuchung ergab Vorhandensein des Nagels in der Tiefe von 21 cm unter der angelegten Tracheotomiewunde, aber eingekeilt in eine Stenose, die wahrscheinlich durch Usur des messerscharfen Nagelkopfes entstanden war.

In fast dramatischer Form beschreiben die Autoren, wie sie im Verlaufe von zwei Monaten nach Ueberwindung größter Schwierigkeiten endlich den Nagel extrahierten. Die Expektoration massenhaften Eiters in jeder Sitzung, exzessive Hustenstöße der gereizten Lunge mußten überwunden, eine Reihe schwerer Probleme durchdacht, sinnreiche Instrumente konstruiert werden, ehe die schwere Stenose von einem kaum nennenswerten Lumen auf 12,5 mm gedehnt werden konnte und der Nagel glücklich herausbefördert wurde. Später haben die Autoren in die Tiefe Intubationsröhren eingeführt, um den Schluß der Stenose zu verhindern und den Lungenabschnitt wenigstens teilweise der Atmung zu erhalten bezw. die großen Gefahren des abgeschlossenen Eiterherdes zu vermeiden. Der bisherige Verlauf ist relativ günstig.

Es wird immer mehr unzweifelhaft, daß die Bronchoskopie unter den großen therapeutischen Errungenschaften der Neuzeit einen ersten Platz einnimmt.

8. Die segensreiche Wirkung der Bronchoskopie illustrieren 13 weitere Fremdkörperfälle in der Lunge, die z. T. von v. Eicken, z. T. von Killian selbst behandelt worden sind. Nagel, Erbse, Bohne, Knochen, Kragenknopf, Spange waren die Ursachen mehr oder weniger schwerer Lungenerscheinungen, die nach glücklicher Extraktion, welche in 11 Fällen gelang, meist zurückgingen. Nachdrücklich weist v. Eicken darauf hin, wie wesentlich besser die Prognose ist bei möglichst unverzüglicher bronchoskopischer Behandlung, während in anderen Fällen die schweren pneumonischen Veränderungen auch nach gelungener Extraktion ad exitum führten, z. B. bei einem Kinde, das eine Bohne aspiriert hatte, oder doch langer Behandlung bedurften. Brechmittel haben sich in keinem Falle bewährt. Deswegen soll jeder Fall, wo ein Fremdkörper vermutet wird, unverzüglich bronchoskopisch untersucht werden.

9. Unser bronchoskopisches Instrumentarium wird immer mehr bereichert durch zweckmäßige Konstruktionen, die wir neben Killian vorzugsweise seinem befähigten Assistenten Brüning verdanken. Auch Horns neue Lampe scheint wesentliche Verbesserungen zu bringen. Eine genaue Beschreibung dürfte jedoch nur spezialistisches Interesse haben.

10. Senator gibt eine kurze Geschichte der Bronchoskopie, die sich auf eine ganze Reihe von Vorarbeiten stützte. Er erwähnt, daß Kußmaul 1868 als erster starre, gerade Röhren in den Körper einführte, daß Mikulicz, Schroeder, Schroetter sen. u. a. diesen Gedanken fortgeführt, daß aber erst Rosenheim in seiner Oesophagoskopie diese Methode zu brauchbarer Höhe erhoben und in die Praxis eingeführt habe. Auf diese Erfolge stützte sich Kirsteins Autoskopie, und wenn auch die Einführung der Bronchoskopie durch Killian von diesen Erfolgen ausgehend nur noch ein Schritt war, so tut das Killians Verdiensten doch keinen Abbruch.

Des weiteren beschreibt Verfasser die gebräuchlichsten Instrumente, die zum großen Teil wohl bekannt sein dürften, deren Gebrauch für den Praktiker aber doch zu große technische Schwierigkeiten bieten dürfte.

Auch zu rein wissenschaftlichen „Untersuchungen über die Blutzirkulation“ ist die Bronchoskopie von A. Loewy und H. v. Schrötter benutzt worden.

Alles in allem erfährt die Tracheo-Bronchoskopie vom Verfasser gerechte Würdigung.

Orthopädische Chirurgie.

Referent: Dr. **A. Stoffel,** Oberarzt an der Prof. Vulpiusschen Klinik, Heidelberg.

1. **Die wissenschaftlichen Prinzipien bei Herstellung von Schuhwerk mit Berücksichtigung von Jugend- und Militärschuhwerk.** Von K. Lengfellner. Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie, Bd. XX.

2. **Ein spezieller Plattfußstiefel.** Von K. Lengfellner. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 22.

3. **Die Behandlung des Knickfußes mit Einlagen und orthopädischen Apparaten.** Von K. Lengfellner. Wiener klin. Rundschau, 1908, Nr. 18 u. 19.

1. Als erste und vornehmste Bedingung für einen richtig gebauten Schuh fordert L. einen individuell gearbeiteten Leisten, der vor allem dem Fußgewölbe genau angepaßt ist. Der bisherige orthopädische Leisten krankte an dem Uebelstande, daß er die Fußwölbung nicht in der richtigen Weise berücksichtigte.

Die Konfiguration der Sohle und der Fußwölbung erhält man durch den einfachen Gipsbreiabdruck, der als einwandfreies Muster für den Leisten dient. Sehr wichtig ist ein bequemes Ballen- und Zehenmaß; die nicht unschöne halbrunde Form ist zweckmäßig. Die Fersenpartie soll solide, aber nicht zu schwer gearbeitet sein. Der von Hoffa angegebene breite und niedere Absatz ist zu empfehlen. Die Sohle soll nach Möglichkeit wasserdicht sein; bei empfindlichen Füßen (Anlage zu Plattfuß) wähle man eine kräftige Sohle.

Der Fuß des Neugeborenen wird, sobald er belastet wird, platt. Erst bei den Gehversuchen erstarkt er so weit, daß er die Körperlast zu tragen vermag. Es ist daher ganz verwerflich, wenn eitle Mütter ihre Kinder möglichst früh zum Laufen bringen wollen. Da in der Zeit, in der die ersten Schuhe gegeben werden, das Fußgewölbe noch nicht fertig ist und sich leicht senken kann, so ist gerade bei Kinderschuhen ein Augenmerk auf die individuell gearbeitete Schuhwölbung zu richten. Auch die folgenden Schuhe sollen diesem Umstande Rechnung tragen. Kinderschuhe sollen eine nahezu gerade Achse besitzen, später ist eine ganz gerade Achse am Platz.

Eine Besprechung des Militärschuhwerks behält sich L. für später vor; jetzt weist er nur darauf hin, daß auch beim Militärleisten die individuelle Fußwölbung berucksichtigt werden muß.

2. Lengfellner weist auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose des Plattfußes hin. Denn wir müssen mit unserm therapeutischen Handeln in dem Moment einsetzen, in dem das Fußgewölbe sich zu senken beginnt. Hat sich ein auch dem Laien auffallender Schwund des Fußgewölbes etabliert, so ist der geeignete Zeitpunkt für unsere Therapie vorüber.

Um irrige Vorstellungen auch beim Laien zu vermeiden, schlägt L. für die Anfangsstadien des Leidens den Namen „Senkfuß“ vor. Das Fußgewölbe ist bei solchen Füßen zwar noch erhalten, zeigt aber deutlich Neigung, sich zu senken. Für solche Formen mit ziemlich gut erhaltenem Gewölbe ist ein Plattfußstiefel zu empfehlen. L. versteht darunter einen Schnurstiefel, der keine lose Einlage besitzt, dessen Schuhgewölbe aber allen Anforderungen, die man an eine Einlage stellt, gerecht wird. Die Brandsohle wird über dem entsprechenden Leisten so gewalkt, daß sie über den ganzen innern Teil des Leistens, dem Gewölbe entsprechend, verläuft. Der Teil der Brandsohle, der die Schuhwölbung darstellt, wird mit einer festhaftenden, sehr bald erhärtenden Masse bestrichen, die das Eindringen von Wasser verhindert. Trotz der Eigenart der Konstruktion der Brandsohle bleibt die Eleganz der Form gesichert. In den Stiefel kommt eine feste, innere Kappe. Der Absatz ist breit, niedrig, womöglich elastisch.

3. Lengfellner spricht als Knickfuß diejenige Fußdeformität an, bei welcher der Fuß unterhalb der Malleolus medialis wie abgeknickt erscheint (ohne Rücksicht auf die Fußwolbung). Der Knickfuß findet sich als Deformität für sich (infolge gewisser Knochen- und Gelenkveränderungen), ferner in Verbindung mit Plattfuß oder Genu valgum und endlich als traumatischer Knickfuß.

Für leichtere Fälle empfiehlt sich eine individuell angepaßte Einlage, die in einem Schuh mit Korkauflagerung am innern Rand (um Supinationsstellung zu erzeugen) getragen wird. Viel Erfolg sah L. von seiner über den Spann verschnürbaren Zelluloideinlage sowie von seiner Knickfußeinlage mit Berücksichtigung des Malleolus medialis. Schwere Fälle erfordern einen Knickfußschnürstiefel, über den der gewöhnliche Schuh getragen wird. Die Konstruktion der betr. Apparate sowie technische Einzelheiten müssen in dem Originalartikel, dem mehrere instruktive Bilder beigegeben sind, nachgelesen werden.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Zur Verständigung über den Begriff der Unterernährung.** Von Kreisarzt Dr. Bachmann-Harburg. „Das Land", 1908, Nr. 16.

2. **Probleme der Ernährung.** Von Prof. Dr. E. v. Düring, Weißer Hirsch-Dresden. 1. Heft der „Beitr. z. ärztl. Praxis". Leipzig 1908. F. C. W. Vogel. 51 S.

3. **Stoffwechselversuche über den Eiweißbedarf des Kindes.** Von Dr. med. et phil. H. Lungwitz-Berlin. Halle 1908. C. Marhold. 82 S. Preis 1,80 M.

4. **Zur Behandlung der Migräne.** Von Dr. A. Herzfeld-New-York. New-Yorker med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.

Im Anschluß an die Referate über Ernährungsreform in Nr. 10 der Therap. Rundsch. seien noch einige einschlägige Arbeiten hier besprochen.

1. Bachmann führt folgendes aus:

„Die neuliche Eingabe, welche die Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Gemeinschaft mit dem Deutschen Verein für ländliche Wohlfahrt und Heimatpflege an die Bundesregierungen richtete, warnt vor den Folgen der heutigen Ernährung der Landbevölkerung, läßt jedoch über den dabei gebrauchten Ausdruck „Unterernährung" einige Zweifel bestehen. Daß diese Eingabe in Laien- ebenso wie auch in Aerztekreisen verkehrt aufgefaßt werden würde, fürchtete ich von Anfang an. Und so habe ich in dieser kurzen Zeit nicht nur von Tageszeitungen, sondern auch von Aerzten die Ansicht äußern hören: auf unsere nordwestdeutsche Landbevölkerung treffe das Wort Unterernährung doch gar nicht zu, denn sie nähre sich doch im allgemeinen sehr kräftig und reichlich, d. h. esse viel Fleisch. Also völliges Mißverstehen der Mängel heutiger Ernährung!"

Unter den bei diesem Kapitel gemachten Fehlern hebt B. zunächst den hervor, daß ein bedeutender Fettansatz oder auch Lymphreichtum der Gewebe als „guter Ernährungszustand" bezeichnet und Kinder sowohl wie Erwachsene gesundheitlich „nach ihrem Körpervolumen" taxiert werden [während es doch in Wirklichkeit auf das spezifische Gewicht (vergl. Lahmann, Dysämie. Ref.), d. i. vor allem auf kernige, feste Gewebe, speziell Muskulatur, ankommt].

Der Hauptfehler aber besteht in der berüchtigten Ueberschätzung des Eiweißes, insonderheit des Fleisches, und der Verwechslung der Begriffe Reiz und Ernährung bezw. „Kräftigung".

Hier muß die Wissenschaft die von ihr gemachten Fehler offen eingestehen und das Volk über ihre neugewonnenen Erkenntnisse aufklären.

Aber die Ueberzeugung von dem großen Nährwert des Fleisches ist dermaßen ins Volk eingedrungen, daß es der Wissenschaft hier wie dem Zauberlehrling gehen wird: die sie rief, die Geister, wird sie nun nicht los.

„Denn nicht nur in Arbeiterkreisen, sondern in stets steigendem Maße auch auf dem platten Lande gilt Fleisch als Nahrungsmittel erster Klasse, wozu in dem letzten Jahrzehnt noch die Seefische einen sehr beträchtlichen Zuschuß an billigem tierischen Eiweiß geliefert haben. Wenn zu dem Eiweiß des Fleisches nun noch das des Brotes, der Magermilch, des Käses und der Kartoffeln kommt, so kann von einer Unterernährung an Eiweiß auch auf dem Lande heutzutage in den hiesigen Provinzen absolut keine Rede sein!

Aber auch an Fett ist sicherlich in der ländlichen Nahrung kein Mangel vorhanden, dafür sorgt die hohe Wertschätzung, deren sich überall das Schwein erfreut. Wenn nun auch Vollmilch und besonders Butter in geringerer Menge als früher verwendet wird, so ist doch die aus frischem Kokosnußöl in stets steigender Menge produzierte Kunstbutter ein Ersatz, an den sich weite Kreise nicht zu ihrem Nachteile gewöhnt haben; schon die Zurückdrängung des früher massenhaft verwandten billigen, aber höchst zweifelhaften amerikanischen Schmalzes ist ein Gewinn.

Je mehr ich mich im Laufe von 15 Jahren davon überzeugen konnte, daß die nordwestdeutsche Landbevölkerung, welche nie an Fleischmangel litt, mit der Annahme städtischer Eßgewohnheiten geradezu eine Ueberernährung an Fleisch und Fett treibt, um so mehr fiel mir stets der Mangel an zucker- und an mineralstoffhaltiger Nahrung auf, wodurch es dem Körper nicht nur an Krafterzeugern gebricht, sondern auch eine Verarmung der Gewebe an Kalk, Magnesia, Natron und Eisen hervorgerufen wird, an jenen Stoffen, welche nicht nur zum Aufbau von Knochen, Zähnen, Sehnen und Blut, sondern auch für den osmotischen Zellbetrieb von höchster Bedeutung sind."

Die Bevölkerung ernährt sich vorwiegend mit Wurst, Kartoffeln (Kaffee) und einem höchst minderwertigen, an Mineralstoffen verarmten Feinbrot, viel Weißbrot, Kuchen und die Kinder zudem noch mit den das Land überschwemmenden Zucker- und Schokoladewaren.

Obst, Gemüse, Wurzeln und Salate gelten größtenteils als Nahrungsballast oder als allzu wasserhaltig und minderwertig. Der einzige Lichtblick besteht in der zunehmenden Menge der Südfrüchte, aber für das Land kommen sie leider immer noch wenig in Betracht.

„Wenn die höchst beachtenswerte Anregung, welche die Zentralstelle mit ihrer Eingabe bezweckt, wirklichen Segen bringen und nicht gar aus Mißverständnis zum Schaden der beteiligten Volkskreise ausschlagen soll, so dürfte darüber nicht der geringste Zweifel gelassen werden, daß es sich nicht um die Einführung der städtischen Lebensweise mit ihrem Eiweißüberfluß, Mineralstoffmangel und sonstiger Unnatur in immer weitere ländliche Kreise handelt, sondern um eine der neueren Ernährungsphysiologie entsprechende Reform der Volksernährung.

Im allgemeinen gilt es, unverfälschte, aus ganzer Körnerfrucht, aus Obst, Gemüse, Wurzeln und Salaten sowie aus Milch und Milchprodukten bestehende Nahrungsmittel zu bevorzugen, dem Fleisch eine nur nebensächliche Rolle anzuweisen und die giftigen Reizmittel des Städters und fremdländische Gewürze sehr einzuschränken. Geradezu dringend ist diese Reform der Ernährung bei der Jugend.

Es gilt in erster Linie, die landwirtschaftlichen Vereine für diese Reformen der Ernährung, wozu auch die Frage einer rationellen Düngung gehört, mobil zu machen. Baut zahlreiche Sorten von Gemüsen und alles Obst, was gedeihen will (und sorgt für Dörrobst und -gemüse. Ref.)!

Wenn wir es aber weiter mit ansehen, wie die heutige, notwendigerweise zum Verfall der Geschlechter führende städtische Lebensweise auch die Landbevölkerung verdirbt, so werden wir unsere Hauptquellen nationaler Kraft versiegen sehen."

2. „Die Ueberschätzung der Bedeutung der Organ- und Lokalerkrankungen, der äußeren Krankheitsursachen, der Technik — von Düring hätte noch hinzufügen können: des „exakten" Zählens, Messens, Wägens, „Beobachtens" — hatten das biologische Denken völlig in den Hintergrund gedrängt und damit einerseits zu den Auswüchsen eines an sich berechtigten Spezialistentums, andrerseits zu einem krassen Kurpfuscherunwesen geführt." v. D. möchte nun durch seine „Beiträge zur ärztlichen Praxis" mithelfen zur Neuschaffung einer einheitlichen Anschauung, zum Wohle des hoffentlich bald wiedererstehenden Hausarztes und des von diesem zur Gesundheitspflege zu erziehenden Publikums.

Im 1. Heft behandelt er die so überaus wichtige Ernährungsphysiologie, ein Gebiet, auf dem ganz besonders „wissenschaftlicher Irrtum lange Jahre die bessere Erkenntnis aufgehalten hat".

Zunächst bespricht er den Fortschritt, den Rubners energetische oder dynamische Bewertung der Nahrungsmittel gegenüber der rein stofflich-chemischen von Liebig-Voit bedeutete. Bircher-Benners einschlägige Theorie sucht er aber als zu extrem mit dem Hinweis zu widerlegen, „daß als Arbeitsquelle erst diejenige Form des Nährmaterials in Betracht komme, welche bei (den den hydrolytischen Spaltungen folgenden Resynthesen bei) der Assimilation angenommen werde.

Ueberhaupt, fährt er fort, treffe aber die energetische Auffassung nur die eine Seite der Sache und gebe uns auf eine ganze Reihe von Fragen keine Antwort. Nie könne durch den Kalorienwert allein die Eigenschaft eines Stoffes als „Nahrungsstoff" bedingt sein, eine ganz hervorragende Rolle beim Aufbau der

Gewebe, bei der osmotischen Ausgleichung der Druckunterschiede der Körperflüssigkeit, bei der katalytischen Auslösung der Umsetzungen im Zellstoffwechsel spielen die besonders von Lahmann in ihrer hohen Bedeutung gewürdigten Mineralstoffe, die Nährsalze. Diese sind aber in der heutigen, die Vegetabilien bei weitem nicht genügend würdigenden Kost meist nur in ungenügender Beschaffenheit und Menge vorhanden.

Im einzelnen wird dann an der Hand des einschlägigen Materials auch hier noch einmal

a) der Nachweis geführt, daß die bisher geltende Bewertung der Eiweißnahrung falsch ist, daß der Eiweißbedarf nur 30 bis 50% der Voitschen Zahl beträgt. Die Eiweißüberernährung bringt nicht nur keinen Nutzen, sie schadet vielmehr ganz enorm, so bedeutet z. B. die Spaltung des überschüssigen Materials für den Organismus eine starke Arbeitsleistung, die ihren Ausdruck in der erhöhten Temperatur findet und bei der auch noch Körpermaterial zum Zerfall gebracht wird.

Zugleich ist damit bewiesen, wie berechtigt die Vermeidung reichlicher Eiweißzufuhr bei Fieber war — wiederum ein Punkt, wo die zeitweise verlachte Empirie nachträglich von der Wissenschaft bestätigt wurde;

b) wird festgestellt, daß vegetarische Ernährung vollkommen genügend sein kann zur Erhaltung des Stoffwechselgleichgewichts und der Leistungsfähigkeit, und daß für körperliche Leistungen, für Muskelarbeit, die kohlehydratreiche vegetabilische Kost unbedingt die zweckmäßigere ist unter Beobachtung der drei Punkte: richtige Bemessung der Nahrungsmenge (nach Chittenden nur $^2/_3$ von Voits Kalorienzahl), gutes Kauen, richtiges Kochen. Auch hier wieder läßt v. Düring den Vorarbeiten Lahmanns die ihnen gebührende Anerkennung widerfahren;

c) gibt er seiner Ueberzeugung Ausdruck, daß zwar der weniger körperlich Tätige, der Geistesarbeiter eine wenn auch geringe Beigabe des konzentrierten animalischen Eiweißes mit seinen in geringer Menge nicht schädlich, sondern anregend wirkenden Extraktivstoffen bedürfe, daß aber andrerseits das Uebermaß des Genusses sich kaum irgendwo strenger bestrafe als gerade hier, und daß unsere Kulturschäden sich zweifellos weithin mit Eiweißüberernährung und Reizmittelmißbrauch erklären lassen:

Eine große Reihe der Neurasthenien, der periodischen Depressionszustände, dann die Stoffwechselkrankheiten im weitesten Sinne sind Autointoxikationen infolge von Zurückhaltung intermediärer, nicht genügend abgebauter oder gebundener Stoffwechselprodukte.

An den Folgen der Ueberernährung sterben sehr viele Menschen früher als nötig, und noch viel mehr sind in ihrer Leistungsfähigkeit lange vor der Zeit behindert.

Möchte die Erkenntnis der richtigen Ernährungsgrundsätze, denen gegenüber alle anderen Heilfaktoren für unser ärztliches Denken und Handeln von untergeordneter Bedeutung sind, immer mehr Gemeingut aller Aerzte werden!

3. Lungwitz hat seine bereits in Nr. 10 kurz referierte Arbeit nunmehr in erweiterter Form mit Einschluß einer Anzahl von ihm angestellter Stoffwechselversuche herausgegeben.

Nachdem eine immer größer werdende Zahl von Autoren sich dagegen ausgesprochen haben, daß die von Liebig, Voit, Pettenkofer, Ranke festgestellten Zahlen, die durch die Wucht dieser Persönlichkeiten im wahren Sinne des Wortes populär geworden sind, noch fast allgemein als die Kardinalpunkte der Ernährungsphysiologie gelten, daß das Eiweiß von den Laien und den meisten Aerzten immer noch als Nährstoff par excellence angesehen wird, von dem man dem Leibe nicht genug zuführen könne, und daß man, trotzdem wir die künstlich erzeugten Krankheitsbilder vor uns haben*), nicht einmal daran denkt, daß die Ueberfütterung mit Fleisch, Milch und Eiern schädlich gewesen sein, das Eiweiß als Gift gewirkt haben könnte, ist es, wie L. anführt, an der Zeit, für uns Kulturmenschen, die wir uns vom „ewigen Urstande der Natur" allzu weit entfernt haben, die wirklichen Bedarfszahlen in Hinsicht auf Nahrungsmenge und Beschaffenheit wissenschaftlich festzustellen.

Für den Erwachsenen ist das bereits von seiten Chittendens geschehen, der an der Hand großartig angelegter Versuchsreihen den unwiderleglichen Beweis geliefert hat, daß für den arbeitenden Erwachsenen nicht die bisher angenommenen 1,5 g, sondern höchstens etwa 1,0 g Eiweiß pro Kilo Leibessubstanz die Normalzahl darstellt.

Für das Säuglingsalter sind die Bedarfszahlen ebenfalls bereits festgestellt. Sie fehlen dagegen für ältere Kinder, nach dem Uebergang zur gemischten Kost.

Lungwitz hat deshalb auf Anregung Siegerts im Laboratorium der Kölner Kinderklinik Stoffwechselversuche darüber angestellt, ob die von diesem Autor in langen Jahren praktisch erprobten Werte für die einzelnen Nahrungskomponenten der Diät des Kindesalters der wissenschaftlichen Untersuchung Stand halten.

Die Versuchsanordnung wird genau beschrieben und das gefundene umfangreiche Zahlenmaterial (24 Seiten) tabellarisch mitgeteilt. Die Beobachtungen haben vor allem zur Genüge dargetan, daß ein Eiweißgehalt der Nahrung von 10% der Gesamtkalorien, wie ihn Siegert an Stelle der bisher üblichen 17% forderte, durchaus genügt, um nicht nur N-Gleichgewicht, sondern auch N-Retention zu erzielen. —

Der aufrichtige Chronist darf nicht verschweigen, daß die besprochenen neuesten Erkenntnisse der Ernährungsphysiologie insofern eigentlich schon etwas Altes sind, als sie bereits längere Zeit vorher von einer Anzahl Autoren, die allerdings in einen gewissen Gegensatz zur offiziellen Heilkunde traten, zutage gefördert waren. Es sei hier wieder an den leider zu früh verstorbenen Lahmann erinnert, dessen Anschauung sich fast wörtlich mit folgendem Ausspruch von Lungwitz deckt:

„Prinzipiell ist zwischen einem Kinde jenseits der Säuglingsperiode und einem Erwachsenen hinsichtlich der Ernährungsfrage kein Unterschied: Beide leben von gemischter Kost. Natürlich ist bei Bestimmung der Speisemenge der lebhaftere Stoffwechsel des wachsenden Organismus zu berücksichtigen, aber, was die Relation der einzelnen Nährstoffe angeht, so herrscht ein ganz überraschendes Gleichmaß. Das physiologische Paradigma: Eiweiß 1, Fett 4, Kohlehydrat 7, wie es in der Frauenmilch gegeben ist, findet bei vernünftiger Ernährung durch alle Lebensalter hindurch Anwendung — wie auch für jedes Tier in der arteigenen Milch die Verhältniszahlen seiner Ernährung absolut gegeben sind. Man braucht diese Koeffizienten nur mit der der Entwicklungsstufe des Individuums adäquaten, die Quantität bestimmenden Zahl zu multiplizieren, um das physiologische Ernährungsmaß für jedes Alter zu finden." (Ref.)

4. Einschränkung des übertriebenen Fleischgenusses und Einhaltung einer mehr lakto-vegetarischen Diät empfiehlt auch Herzfeld, und zwar bei Besprechung seiner Therapie der Migräne. Er hat selbst jahrelang an dieser Affektion gelitten und brachte sie erst dann bei sich und daraufhin auch bei vielen Patienten zum Schwinden, als er das Primum nocens in einer gastrointestinalen Abnormität erkannte, nämlich in der durch mangelhafte Oxydation und Ausscheidung entstandenen Autointoxikation, wobei vor allem die Eiweißfäulnisprodukte in Betracht kommen.

(Bei Besprechung dieses Punktes weist H. die Auffassung Mangelsdorfs ab, der die bei Migräne und anderen Vergiftungen, wie z. B. bei Epilepsie, Eklampsie gefundene Magenatonie auf die — Migräne etc. zurückführt.)

Seine auf Grund dieser Erkenntnis ausgebildete Therapie besteht vor allem in der obenerwähnten Diät, die bei schwereren Fällen sogar zum Totalverbot von Fleisch und Eiern übergeht. Desgleichen läßt er Alkohol, Tabak, starken Tee und Kaffee, Anregungen, sexuelle Exzesse meiden, dagegen viel Bewegung in frischer Luft, Gymnastik, Abreibungen, Bäder etc. machen. Zeitweise ist auch ein Abführmittel am Platz, um die Toxine des in Fäulnis geratenen Darminhalts zu entfernen. H. empfiehlt, ahnlich wie Meyer, dazu die Mittelsalze, wie er auch die Behandlung des eigentlichen Anfalls selbst zunächst mit einer Darmspülung und einer Gabe von Mg. oder Natr. sulfur. einleitet. Danach gibt er ein Pulver aus $^1/_2$ bis 1 g Natr. salizyl. (ex ol. gaulth. präp.), 0,2 bis 0,3 Coff. cit. und 0,01 bis 0,02 Codein. pur., nötigenfalls später noch 0,5 bis 1,0 Veronal in heißem Wasser. Alle übrigen Medikamente hält er für überflüssig bezw. schädlich, Massage, Elektrizität etc. allenfalls bei rheumatischem Kopfschmerz wirksam.

---

*) Die Beziehungen der Ueberfütterung zum Ekzem und anderen Hautleiden, die „exsudative Diathese" Czernys, der „Lymphatismus" Siegerts wird u. a. von Brocq, Bouchard, v. Düring, Feer, Finkelstein, Henoch, Ullmann besprochen unter Ablehnung der Hebraschen Lokaltheorie und -therapie. Esser führt auch die Rhachitis auf Ueberfütterung zurück. Lungwitz läßt zwar letztere als eins unter verschiedenen in Betracht kommenden ätiologischen Momenten gelten, will aber weniger die „das Knochenmark überanstrengende Leukozytose" als die Durchsäuerung des Organismus hier verantwortlich machen.

Interessant ist seine Stadieneinteilung des Migräneanfalls: Er unterscheidet ein gastrointestinales Stadium mit Appetitlosigkeit, Brechreiz, Flatulenz, unregelmäßigem Stuhl, allgemeiner Gereiztheit und Abgeschlagenheit, ein Stadium der Sehstörungen: Brennen und Schmerzen in den Augen, Lichtscheu, Akkomodations- und Gesichtsfeldstörungen, Pupillenverengerung und meist Flimmerskotom. Mit dieser „visuellen Aura“ ist zuweilen eine „sensorische“ verbunden; Kältegefühl, An- und Parästhesien der Extremitäten, Schwindel, Verwirrtheit etc. Das dritte Stadium des typischen Migräneanfalls ist dann dasjenige des eigentlichen Kopfschmerzes. Daneben gibt es natürlich leichtere, abortive Formen der Migräne.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber die praktische Bedeutung der Vierzellenbäder.** Von Dr. Tobias. Med. Klinik, 1908, Nr. 20.

2. **Zur lokalen Therapie der Gonorrhöe.** Von Dr. Beutler. Ibidem.

3. **Zur Frage der Entgiftung des Chloralhydrats.** Von Prof. Blumenthal. Ibidem, Nr. 21.

4. **Zur Symptomatologie, Prognose und Therapie der akuten Veronalvergiftungen.** Von Dr. Steinitz. Therap. d. Gegenw., 1908, Mai.

5. **Escalin-Suppositorien zur Behandlung von Analfissuren und Hämorrhoidalblutungen.** Von Dr. Sußmann. Ibidem.

6. **Erfahrungen über Subcutin (Anästhesin solubile).** Von Dr. Floer. Aerztl. Rundsch., 1908, Nr. 20.

7. **Praktische Erfahrungen bei Trinkkuren mit Salvatorquelle.** Von Dr. Kurrein. Oesterreich. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 5.

8. **Inhalierapparat „Promptin“ und Schnupfpulver „Promptin“.** Apoth.-Zeitg., 1908, Nr. 8.

9. **Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß.** Von Dr. Horowitz. Ibidem.

1. Auf Grund seiner in der Praxis gewonnenen Erfahrungen spricht T. über die praktische Bedeutung der Vierzellenbäder. Er hat das Schneesche System angewandt und hält es für rationeller, in der Mehrzahl der Fälle schwache galvanische Ströme zu verwenden. Eindringlich warnt er davor, die Ausführung der Therapie dem Wärter zu überlassen. Daß bei der Behandlung mit Vierzellenbädern die Suggestion eine Rolle spiele und als das allein wirksame Moment anzusprechen sei, hält T. für ausgeschlossen. Die Domäne der Vierzellenbadtherapie sind die nervösen Krankheiten; rein nervöse Zustände wie Angst, Schwindel, Kopfdruck, ziehende Schmerzen von unbestimmtem Charakter werden durch einen nicht zu starken, konstanten Strom oft wesentlich gebessert. Leichte und mittelschwere Fälle von Schlaflosigkeit werden, wenn zur richtigen Tageszeit angewandt, entschieden gebessert; denn es ist zweifellos, daß das Bad schon an sich müde macht. Die Anwendung des Vierzellenbades bei frischen Neuralgien rät T. dringend ab, da Exazerbationen aufzutreten pflegen; bei solchen, die schon längere Zeit bestehen, lassen sich langandauernde Besserungen erzielen. Nach T.s Erfahrungen sind die Bäder bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker von ungünstiger Wirkung. Dagegen wirken sie beim Schreibkrampf günstig und unterstützen bei Lähmungen die lokale Elektrisation der Muskeln in hervorragendem Maße. Desgleichen empfiehlt T. die Bäder bei organischen Nervenleiden, ganz besonders aber bei den Folgezuständen der Hemiplegie. Mit Recht werden Vierzellenbäder auch bei Hysterie und traumatischer Neurose empfohlen. Dagegen glaubt T. nicht an eine Wirkung bei Herzklappenfehlern und Arteriosklerose, sowie bei chronischem Rheumatismus und chronischer Gicht. Die erste Bedingung bei dieser Therapie bleibt aber stets eine präzise Indikationsstellung und die nötige Kritik der Anwendung.

2. Zur lokalen Behandlung der akuten und subakuten Gonorrhöe empfiehlt B. folgende Methode: Nachdem der Kranke uriniert hat, wird ihm 1 l Kaliumpermanganatlösung (1 : 5000) per urethram in die Blase mit einer 100 ccm fassenden Spritze injiziert. Nach jeder Spritze hält B. die äußere Harnröhrenöffnung $^1/_2$ bis 1 Minute zu, damit die Wirkung der Lösung eine möglichst langdauernde ist. Nach Entleerung der Blase injiziert B. eine Spritze Argentum nitricum-Lösung 1 : 10000 in zwei Teilen. Nach jedem Teil hält er das Orifizium wieder $^1/_2$ Minute zu. Nachdem Pat. die Argentumlösung entleert hat, spritzt B. nochmals eine Spritze Kaliumpermanganat ein. Diese Prozedur, täglich einmal vorgenommen, führt in vier Wochen zur Heilung. Wenn die Patienten nicht täglich zum Arzte kommen können, verschreibt er ihnen zwei Lösungen (Kaliumpermanganat 0,1 : 200,0 und Argent. nitric. 0,02 : 200,0). Der Kranke muß dann vier- bis fünfmal hintereinander von der ersten Lösung eine gewöhnliche Tripperspritze voll injizieren, jede $^1/_2$ bis 1 Minute in der Harnröhre lassen, danach zweimal eine Spritze Argentum, jede auch $^1/_2$ Minute darinnen lassen. Auch diese Methode wird täglich nur einmal ausgeführt; sie soll aber bei weitem nicht so günstig sein wie die erste Methode.

3. Giftige Nebenwirkungen, vor allem die Furcht vor solchen auf das Herz, haben die Anwendung des Chloralhydrats heutzutage etwas in den Hintergrund gedrängt. Doch haben neuere Untersuchungen gezeigt, daß diese Furcht übertrieben ist. Das Chloralhydrat übt einen depressiven Einfluß auf das Gefäßnervensystem aus, insbesondere auf das Splanchnikusgebiet. Bei großen Dosen des Mittels sinkt dann der Blutdruck enorm. Auf das gesunde Herz wirken auch erst toxische Dosen ein; auf das kranke oder geschwächte aber können schon therapeutische Gaben eine Schädigung hervorrufen. Man muß daher in solchen Fällen mit der Anwendung des Chloralhydrats ebenso vorsichtig sein wie mit der des Chloroforms. Immerhin ist, wie Ewald neuerdings betont, in der Praxis bei den üblichen Gaben von 1 bis 2 g kaum etwas zu befürchten. Um nun der Möglichkeit einer Vergiftung zu begegnen, hat man versucht, das Chloral zu entgiften. Es entstanden eine Reihe neuer Präparate (Chloralamid, Chloralose, Somnal, Hypnal, Dormiol u. a.), die aber den Erwartungen nicht entsprachen. Neuerdings wurde von A. Horowitz, Berlin, ein neues Produkt hergestellt, welches eine Vereinigung von Trichloralantipyrin, Trimethylxanthin und Karbaminsäurementhylester darstellt und sich als eine dickflüssige, wasserhelle, klare Flüssigkeit von aromatischem Geruch und neutraler Reaktion repräsentiert. Falls weitere Untersuchungen seine Einführung in die Praxis ergeben, soll der kurze Name des Präparates „Eglatol“ sein. Die theoretischen Vorbedingungen dafür scheinen günstig zu sein; nicht minder waren es die Untersuchungen an Tieren und Menschen. B. hat sehr große Dosen bei Tieren angewandt, die, für den Menschen umgerechnet, eine kolossale Menge sein würden, ohne daß Vergiftungserscheinungen auftraten. Bei 40 Fällen erprobte B. auch die Verhältnisse am Menschen und fand, daß das Mittel, in Gelatinekapseln dargereicht, keine Nebenerscheinungen hervorrief. Zu 0,5 g war es ein gutes Beruhigungs-, zu 1,0 ein Schlafmittel; als letzteres war es nicht unbedingt zuverlässig, besonders bei Schmerzen. Bei nervösen Zuständen, leichter Erregbarkeit wirkte es recht gut. Ueber die Anwendung bei wirklichen Erregungszuständen konnte B. keine Erfahrungen sammeln.

4. Nach der Schwere der Symptome lassen sich praktischerweise die Grade der Veronalvergiftung feststellen: leichte Vergiftungen mit weniger als 5 g, mittelschwere mit 5 bis 10 g und schwere, in der Regel tödliche mit größeren Dosen. Die Symptome der Veronalvergiftung beziehen sich fast nur auf das Nervensystem. Dabei lassen sich vier Intensitätsgrade feststellen: 1. Der Schlaf, welcher durch stärkere Reize ohne weiteres zu unterbrechen ist und auf die gebräuchlichen Dosen eintritt. 2. Der

rauschähnliche Zustand, bei dem ein völliges Erwecken nicht möglich ist, der auch öfter bei empfindlichen Personen oder nach stärkeren, aber noch therapeutischen Dosen eintritt. 3. Der dem hysterischen Anfall ähnliche Zustand der leichten und mittelschweren Vergiftungen. 4. Das tiefe Koma mit Erloschensein fast aller Reflexe. Die Erscheinungen der Vergiftung sind im einzelnen: Tiefer Schlaf ohne jede Reaktion. Die Pupillen sind normal weit und reagieren auf Lichteinfall. Nur in ganz schweren Fällen findet man zuweilen Pupillenstarre. Korneal- und Konjunktivalreflexe erloschen. Schlaffe Extremitäten mit erhaltenen Sehnenreflexen. Relativ gute Atmung und Herztätigkeit. Da das Veronal hauptsächlich durch den Urin ausgeschieden wird, kann man es in ihm chemisch nachweisen. Die Prognose der Vergiftung bei unbekannter Veronalmenge ist günstig, solange die Pupillenreaktion und die Sehnenreflexe erhalten sind. Mit dem Ablauf der ersten 48 Stunden ist die Hauptgefahr vorbei. Wenige Stunden nach Einnahme des Giftes ist eine Magenspülung vorzunehmen. Wichtiger ist die Entleerung des Darmes; denn Veronal wird nur langsam resorbiert. Man gibt zu diesem Zwecke Rizinus durch die Magensonde und Klistiere von unten. Dann Sorge für Diurese (Kochsalzinfusionen). Meist ist Kampfer und Koffein unnötig. Die während der Abheilung auftretenden Aufregungszustände werden gut durch Morphium beeinflußt.

5. Das von Klemperer in die Therapie des Magengeschwürs eingeführte Escalin hat sich sowohl gegen die Blutungen wie als schmerzlinderndes und die Ausheilung beförderndes Deckmittel beim Ulkus ventrikuli bewährt. S. wandte deshalb das Mittel bei ähnlichen Erkrankungen des Darmes an, bei Analfissuren und Hämorrhoidalblutungen, und zwar in Form von Suppositorien, die sich der Kranke selbst einführen kann. Das geschieht täglich zweimal, einmal nach der Stuhlentleerung, die durch geeignete Mittel eine breiige Beschaffenheit erhalten muß, und das zweite Mal vor der Nachtruhe. Vor der Einführung empfiehlt es sich, die Spitze des Zäpfchens zu erwärmen.

6. Subcutin ist das wasserlösliche phenolsulfosaure Salz des Anästhesins, dessen Lösung sich im Gegensatz zu den anderen Salzen des Anästhesins beliebig sterilisieren läßt und unbegrenzt haltbar ist.

Nach einer Arbeit von Stabsarzt Dr. Becker im Städtischen Krankenhaus Frankfurt a. M. (Prof. Rehn) (Münch. med. Wochenschr., 1903, Nr. 20) haben die Fütterungs- und Injektionsversuche gezeigt, daß Subcutin in gleicher Weise wie Anästhesin selbst als gänzlich frei von schädlichen Allgemeinwirkungen für den Organismus zu bezeichnen ist.

Da nach dem gleichen Autor Subcutin neben seiner anästhesierenden Wirkung die Eigenschaft hat, die Entwickelung pathogener Keime zu hemmen, war es von Interesse, das Subcutin auf anderen therapeutischen Gebieten zu versuchen, worüber F. seine Erfahrungen mitteilt. Er verwendete es als Mund- und Gurgelwasser in 1%iger Lösung bei Verdünnung von 1 : 2 bei katarrhalischen Entzündungen der Mundschleimhaut und der Mandeln sowie bei akutem Rachenkatarrh zum Pinseln in genannter Verdünnung. Ferner wandte F. das Subcutin bei Schnupfen an vermittels der Nasendusche und besonders als lokales Anästhetikum.

7. K. lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte auf Trinkkuren mit Salvatorquelle. Er hält das Salvatorwasser wegen seines großen Gehaltes an kohlensaurem Lithion für ein vorzügliches Adjuvans bei Behandlung der Gicht. Das Wasser soll kristallrein sein und einen angenehm prickelnden Geschmack besitzen.

8. Die Garantol-Gesellschaft m. b. H., Dresden-A. 19, bringt zur Bekämpfung von Hals-, Nasen- und Rachenkatarrhen einen Taschen-Inhalierapparat „Promptin“ und ein Schnupfpulver „Promptin“ in den Handel.

Der Inhalierapparat besteht aus einem kleinen gläsernen Behälter, an dessen oberer Seite sich zwei birnenförmige Stutzen befinden, die beim Einatmen in die Nasenlöcher eingeführt werden. Am entgegengesetzten Ende, am Boden, befindet sich eine Oeffnung, welche beim direkten Einsaugen in den Mund gebracht wird. Der Apparat ist mit Watte gefüllt, die mit einer Lösung von Menthol, Eukalyptus-, Latschenkiefern-, Kubeben- und Sassafrasöl in absolutem Alkohol und weingeistiger Ammoniakflüssigkeit getränkt ist.

Zum Gebrauch führt man den Apparat je nach der gewünschten Wirkung mit den birnenförmigen Röhrchen in die Nase oder mit der Oeffnung an den Mund und zieht die Luft durch Nase oder Mund kräftig ein. Bei Schnupfen verspürt man schon nach einigen Atemzügen die angenehmste Erleichterung; bei Asthma wird sofort die Atemnot gelindert.

Der kleine Apparat ist stets gebrauchsfertig. Er kann bequem in der Tasche getragen werden und bildet deshalb einen Ersatz für die umfangreichen und kostspieligen Nasenduschen und Inhalationsapparate sowie für Riechflaschen.

Das „Promptin“-Schnupfpulver, welches nach Art von Schnupftabak angewendet werden soll, besteht aus einem Gemisch von Acid. boric., Acid. tannic. leviss., Sacch. Lactis, Rhizom. Iridis pulv., Amylum, Coff. tost., Menthol, Ol. Cacao und einem Zusatz von Ol. Thymi und Ol. Gaulther. procumb.

Beim Promptin-Schnupfpulver wird vor allen anderen Schnupfmitteln als wichtiger hygienischer Vorzug der Zusatz von Ol. Cacao gerühmt, es soll dadurch im Gegensatz zu den anderen Schnupfmitteln wesentlich an Wirksamkeit gewinnen. Ist Promptin-Schnupfpulver in die Nase gezogen, so zerfließt das Ol. Cacao sofort durch die innere Nasenwärme und verteilt sich, gleichmäßig die darin suspendierten wirksamen Bestandteile mit sich führend, über die entzündeten Stellen.

9. Auch H. berichtet über einen Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiß bei einem 54jährigen Herrn, der nach Genuß kleiner Mengen desselben heftige Leibschmerzen kriegt, so daß er sich wie ein Kranker mit Gallen- oder Nierensteinkolik windet. Er nennt diesen Zustand geradezu „Eierbauchweh“. Gleichzeitig tritt furchtbare Abgeschlagenheit, Uebelkeit, Erbrechen, zuweilen Diarrhöe ein. Nach sieben bis acht Stunden ist die Krankheit vorüber; doch hinterläßt sie noch eine einen halben bis einen Tag dauernde Mattigkeit. Diesem Kranken gab nun H. zwei knappe Teelöffel Puro in seiner Bouillon und — nach drei Viertelstunden war das „Eierbauchweh“ da! Die Erkrankung verlief genau wie die sonstigen nach Genuß von Hühnereiweiß, und da nach Verf. auch in seinem Falle jede Autosuggestion ausgeschlossen wurde, so mußte in dem Puro Hühnereiweiß sein — quod erat demonstrandum.

Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer Wandarm für Röntgenröhren

ist von Dr. R. Pflugradt konstruiert worden, und wird von der Firma Paul Beez, Berlin, Friedrichstr. 133, in den Handel gebracht. Der neue Wandarm hat gegenüber den bisher gebräuchlichen Vorrichtungen zum Halten von Röntgenröhren während der Durchleuchtungen wesentliche Vorzüge, welche ein leichtes und rasches Zentrieren der Röntgenröhren ermöglichen. Wenn man bisher die Röhre genau einstellen wollte, mußte man unter einem nicht unbeträchtlichen Aufwand von Zeit die Arme des Stativs durch Schrauben verstellen. Beim Gebrauche dieses neuen Wandarmes ist aber zur jeweiligen Einstellung der Röntgenröhre nur eine einzige Manipulation notwendig. Man faßt mit der linken Hand den Klemmarm, welcher die Röntgenröhre hält, und dreht denselben in seinem Kugelgelenk nach der gewünschten Richtung, während man mit der rechten Hand das Kugelgelenk durch die einzige an dem Apparat befindliche verstellbare Schraube fixiert, nachdem man der Röhre die richtige Position gegeben hat. Der Arm besteht weiter aus einer sogen. Nürnberger Schere, durch welche man den Abstand der Röntgenröhre von der Wand regulieren kann, und welche sich bei dem Einstellen der Röhre verstellt, immer in der gegebenen Lage feststellt, ohne daß man sie durch Anziehen einer Schraube fixieren muß. Der ganze Wandarm läßt sich sehr leicht durch Drehen eines Handrades in der Höhe verschieben. Nach dem Gebrauch kann man den Arm ganz an die Wand zurückschieben, und er nimmt da nur einen ganz geringen Raum in

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Anspruch. Dieser sehr praktische Wandarm hilft entschieden einem Bedürfnis ab, was der am besten zu schätzen weiß, der mit dem Röntgenapparat arbeiten muß.

W. B. Müller, Berlin.

ALLGEMEINES.

Kurze Zyklen von Fortbildungskursen und Vorträgen, an denen jeder deutsche Arzt unentgeltlich teilnehmen kann, werden demnächst unter Förderung des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen von den Landeskomitees in Bayern und Preußen veranstaltet. Die Zyklen umfassen die wichtigsten praktischen Disziplinen und finden in München vom 13. bis 25. Juli, in Berlin vom 19.—31. Oktober statt. Nähere Auskunft erteilen für den Zyklus in Berlin: das Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses, Berlin N.W. 6, Luisenplatz 2 bis 4, für den Zyklus in München: Herr Dr. Jordan, München, Lessingstraße 4.

Ferner finden unentgeltliche kurzfristige Zyklen für deutsche Aerzte in den nächsten Monaten in folgenden Städten statt: Danzig vom 29. Juni bis 11. Juli (Auskunft: Dr. Wallenberg, Olivaer Tor 5); Dresden vom 5. bis 24. Oktober (Auskunft: Geh. San.-Rat Credé, Dresden-A., Canalettostr. 11); Düsseldorf vom 28. September bis 24. Oktober (Auskunft: Sekretariat der Akademie, Moorenstr. 2); Erlangen im Juli (Auskunft: Hofrat Dr. L. Schuh, Nürnberg); Freiburg vom 13. bis 31. Juli (Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Link, Albertstr. 41); Hamburg vom 5. bis 24. Okt. (Auskunft: Prof. Dr. Lenhartz, Eppendorfer Krankenhaus); Heidelberg vom 13. bis 31. Juli (Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Willmanns); Leipzig vom 12. bis 24. Oktober (Auskunft: Universitätsquästur); Magdeburg vom 29. September bis 16. Oktober (Auskunft: Ob.-A. Dr. Schreiber, altstädt. Krankenhaus); Rostock vom 5. bis 15. Oktober (Auskunft: Prof. Dr. Martius).

An dem Zyklus in Berlin sind als Dozenten hervorragende Universitätslehrer bezw. sonstige Vertreter der Sonderfächer beteiligt und zwar die Herren: Professor Dr. Benda, Geh. Med.-Rat Professor Dr. Bier, Geh. Med.-Rat Professor Dr. Brieger, Geh. Med.-Rat Professor Dr. Bumm, Dr. Eschbaum, Prof. Dr. Finkelstein, Prof. Dr. Haike, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. His, Dr. Immelmann, Prof. Dr. Joachimsthal, Priv.-Doz. Dr. Jochmann, Prof. Dr. Klapp, San.-Rat Dr. Köhler, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus, Prof. Dr. L. Kuttner, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. L. Landau zusammen mit Dr. Th. Landau, Med.-Rat Prof. Dr. Leppmann, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lesser zusammen mit Dr. Arndt, Prof. Dr. E. Meyer, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Michel, San.-Rat Dr. Mugdan, Prof. Dr. Pels-Leusden, Prof. Dr. Posner, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Senator zusammen mit Prof. Dr. H. Strauß, San.-Rat Dr. Schütze.

Die Anwendung leicht **verdaulicher** und **assimilierbarer** Kalkpräparate zur prophylaktischen und kurativen Behandlung der **Tuberkulose** bricht sich Bahn.

Als erprobte Anwendungsform empfiehlt

Geh. Sanitätsrat Dr. Wattenberg seine **„Phosphorkalkmilch“.**

Abhandlungen, Prospekte durch

Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Externe Salicyl-Therapie!
Deutsche Reichs- und Auslandspatente.
Dr. R. Reiss.
Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

DR. LAHMANN'S
Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**
vegetabile (Pflanzen) Milch
Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Pollantin
D.R.-P. No. 152163
Prof. Dr. Dunbar's
spezifisches Heilserum gegen
Heufieber

Tannothymal
D.R-P 188318
Zuverlässiges Darmadstringens (Thymol-Derivat)
dargestellt von
Schimmel & Co. Miltitz bei Leipzig
Zu beziehen durch die Apotheken. = Literatur zu Diensten.

Therapeutische Rundschau
Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin. P. Gerber, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 5. Juli 1908. Nr. 27.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Die Ernährung der Lungenkranken und eine Rückschau in eigener Sache.

Von Hofrat Dr. **Volland** in Davos-Dorf.

> Motto: Es ist ganz unglaublich, wie langsam alte Irrtümer verschwinden. Einmal das Richtige sagen hilft in der Regel gar nichts, man muß es hundertmal sagen. Möbius, Stachyologie.

Nach meinen immer neuen Wahrnehmungen dürfte es immer noch nicht unzeitgemäß sein, nochmal alles das über die Ernährung der Lungenkrankheiten mitzuteilen, was sich mir in meiner sehr langjährigen Tätigkeit als Phthisiater als das beste bewährt hat.

Ich habe schon oft über mein Verfahren, das den geltenden Anschauungen vielfach widersprach, geschrieben, und dafür auch reichlich Widerspruch, Abweisung, Hohn und Spott geerntet. Aber ich fand doch auch bei manchen Verständnis, Nachahmung, Anerkennung und Beifall. Und so hoffe ich, mit dem nachfolgenden den Kreis meiner Zustimmenden und Freunde wieder um einiges zu vergrößern.

Der Name Schwindsucht deutet darauf hin, daß mit der Krankheit ein langsames Hinschwinden der Kräfte und Körpergewebe einhergeht. Es ist also erstes Erfordernis, durch Zufuhr geeigneter Nahrungsmittel dem Kräfteverfall entgegenzuwirken und die Substanzverluste zu ersetzen. So selbstverständlich das ist und so einfach das klingt, so stellen sich doch der Erfüllung dieser Anzeichen die mannigfaltigsten Hindernisse in den Weg.

Sehr oft hat der Patient keinen Appetit, er genießt alle ihm vorgesetzten Speisen nur gezwungen und mit Widerwillen. Namentlich ist der Ekel vor Fleischnahrung recht häufig. Solche hochgradige Appetitlosigkeit beruht meist auf vorhandenem, wenn auch noch so niedrig scheinendem Fieber. Die richtige Behandlung des phthisischen Fiebers gehört also auch mit in das Kapitel der Ernährung. Denn ohne seine Beseitigung wird es mit der Ernährung und der Wiederherstellung des Patienten nie ernstlich vorwärts gehen. Wenn seine Behandlung aber erfolgreich sein soll, so muß vor allem das richtige Verständnis für das Fieber bei Arzt und Patienten vorhanden sein. Es muß als solches sicher erkannt und gewürdigt werden.

Schon das Aussehen des Phthisikers und weiterhin der schwache Puls sagen uns deutlich, daß bei ihm ein gewisser Grad von Blutarmut vorhanden sein muß. Das Blut ist in seinem Umlauf bekanntlich der Verteiler der Körperwärme im Organismus, denn jeder künstlich blutarm gemachte oder krankhaft blutleer gewordene Körperteil fühlt sich kälter an. Daraus folgt, daß ein blutarm gewordener ganzer Organismus ebenfalls kühler sein, also eine entsprechend niederere Körpertemperatur zeigen muß als ein gesunder. Die höchste Temperatur eines gesunden Menschen in der Achselhöhle gemessen ist 37,0° C. Der blutarme Phthisiker wird, wenn er fieberfrei ist, niemals diese Höhe erreichen, sondern nicht unerheblich unter diesem Werte bleiben. Meine Erfahrungen haben mich nun gelehrt, daß man einen Lungenkranken erst für fieberfrei erklären kann, wenn bei ihm die Temperatur, zehn Minuten lang in der Achselhöhle gemessen, mehrere Tage hindurch 36,7° C. nicht übersteigt. Es kann sehr verhängnisvoll für den Kranken werden, wenn man 37,5° C bei ihm nicht für Fieber erklärt, sondern ihn mit dem unglücklichen, aber viel gebräuchlichen Trostwort beruhigt, das sei nur höhere Temperatur. Das Fieber beginne erst mit 38,0° C. Je früher man diese Temperaturen zwischen 36,7° und 37,5° als Fieber erkennt und sie in die richtige Behandlung nimmt, desto früher wird das Fieber beseitigt sein und desto rascher wird sich der Appetit des Kranken einstellen. Verschlepptes phthisisches Fieber braucht aber gewöhnlich eine Behandlung von vielen Monaten und dann zwar am sichersten im Hochgebirgsklima. Nur da ist es möglich, den Kranken dauernd monatelang im Bett zu halten, ohne daß dadurch die Eßlust beeinträchtigt wird, wie das im Tiefland allgemein gefürchtet wird. Nur unter diesen Bedingungen kann das phthisische Fieber endlich zum Verschwinden gebracht werden. Es ist eigentlich überflüssig zu bemerken, daß das bei ganz schweren Fällen manchmal überhaupt nicht mehr gelingt.

Die Behandlung des phthisischen Fiebers kann erfolgreich nur durch ruhige Bettlage im luftigen, doch nicht zu kalten Zimmer durchgeführt werden. Hat es schon lange bestanden und will es bei gewöhnlicher Bettlage nicht weichen, so bleibt nichts weiter übrig, als den Kranken zur vollständigen Ruhelage zu bestimmen.

Dieses Verfahren, was ich zuerst angegeben und beschrieben habe, hat Anklang gefunden, und man hat dafür sogar Kadaverruhe verlangt, oder es wenigstens so bezeichnet. Nun, so schlimm ist es damit doch nicht: der Patient darf schon die Arme und Beine etwas bewegen, auch den Kopf darf er drehen und etwas aufrichten. Der übrige Körper muß allerdings möglichst unbeweglich liegen, und die Bettschüssel ist unentbehrlich. Das ist aber der wunde Punkt dieser Maßnahmen. Manche bringen die Defäkation auf ihr nicht zustande und strengen sich dabei noch mehr an als bei der Benutzung des Nachtstuhls. Die Bettschüsselfrage ist eben immer noch offen. Wer dieses schwierige Problem völlig befriedigend lösen würde, der würde sich ein großes Verdienst um zahllose Kranke erwerben.

Mit dem Absinken der Körpertemperatur und bei vorsichtiger Ernährung stellt sich der Appetit meist ganz von selbst ein, und man hat weiterhin leichtes Spiel.

Gegen das Darreichen von Fiebermitteln bin ich durchaus, ich nehme zu ihnen nur bei sich subjektiv schwer bemerkbar machenden Begleiterscheinungen vorübergehend meine Zuflucht, also besonders wenn heftige Schmerzen geklagt werden, die auf das Fieber zu beziehen sind. Bei hohem Fieber wird mit Eis gekühlt. Als Hilfsmittel zur Beseitigung der letzten Fieberzehntel zwischen 37,5 und 36,8° C hat sich mir die Anwendung von Vesikatoren gut bewährt. Nach der Abheilung, die unter dem feuchten Sublimatverband nur drei bis vier Tage beansprucht, wird auf die vordere Brustfläche ein neues Blasenpflaster gelegt und damit alle vier Tage fortgefahren. Der Patient sieht selbst, wie dabei die Temperatur um Zehntel fällt, und verlangt stets selbst nach einem neuen Pflaster, zumal da die Sache sozusagen schmerzlos ist.

Infolge ihrer Blutarmut haben Lungenkranke ein schwaches Herz, und durch langdauerndes Fieber muß die Herzschwäche immer mehr zunehmen. Um dieser zu begegnen, habe ich tägliche Kampferdarreichungen in Gestalt des zehnprozentigen Kampferöls subkutan empfohlen. Zwei bis vier Spritzen à 1 Gramm jeden Tag müssen aber angewandt werden, wenn man bald den Puls regelmäßiger, gleichmäßiger, ruhiger und kräftiger finden will. Das gleiche Verfahren ist auch bei nicht fiebernden Lungenkranken erfolgreich. Man sieht dabei ein auffallend rasches Besserwerden der Lungenerscheinungen. Besonders bemerkenswert war die rasche Aufhellung ausgebreiteter Infiltrationen, wie das in der Vorkampferzeit kaum zu beobachten war. Ich kann das den Kollegen zur Nachprüfung angelegentlich empfehlen. Man begeht auch kein Verbrechen, wie es mir ungefähr angerechnet wurde, wenn man den Kranken anlernt, sich die Einspritzungen selbst zu machen. Der Kampfer wirkt in den Dosen, wie ich ihn gebe, nie giftig, eine Angewöhnung an ihn findet nie statt, man kann damit jederzeit ohne irgendwelche Beschwerden aufhören, und kampfersüchtig wird ganz gewiß niemand.

Die Appetitlosigkeit kann aber auch ohne Fieber beim Phthisiker bestehen und beruht dann auf einem chronischen Magenkatarrh, auf Grund dessen die Schwindsucht zum Ausbruch gekommen ist. Es kann aber auch umgekehrt sein: die ausgebrochene Krankheit hat den Magen ungünstig beeinflußt. Meistens liegt aber die Sache so: beim Ausbruch der Krankheit hat eine unzweckmäßige Ernährung stattgefunden, oder es sind zu viel Medikamente gegeben worden. Gewöhnlich ist beides der Fall gewesen. Bei solchen findet man häufig Atonie des Magens, die man leicht an den Plätschergeräuschen über der Magengegend erkennen kann. Die Größe des oft erweiterten Magens läßt sich leicht bestimmen, wenn man sich eines Apparates mit Hörschläuchen bedient, den man auf die Magengegend aufsetzt und mit ihm den Sukkussionsgeräuschen nachgeht.

Um nun den Lungenkranken richtig ernähren zu können, muß man die größte Sorgfalt auf die Pflege des Appetits verwenden. Der richtige Appetit ist das sicherste Merkmal, daß die Verdauung in Ordnung ist. Es ist aber eine ausgemachte Sache, daß nicht das den Menschen ernährt, was er ißt, sondern nur das, was er auch richtig verdaut. Im allgemeinen sollte es also als Regel gelten, daß der Patient nicht eher ißt, als bis er wirklich auch eine Appetitsregung spürt. Sie ist stets ein Zeichen, daß der Magen ganz oder wenigstens nahezu leer ist und neue Zufuhr verlangt. Dem ist freilich bei völliger Appetitlosigkeit zunächst nicht gerecht zu werden. Etwas muß dann doch dargereicht werden: Gern wird gewöhnlich noch morgens eine Tasse Milchkaffee mit Zwieback oder Weißbrot mit Butter genommen. Mittags etwa eine dicke Suppe mit geriebenem Fleisch darin, und abends gibt man ein wenig rohen gehackten Schinken oder Geflügelfleisch mit Butterbrot und ähnliches. Auch ist die sauere Milch zu versuchen, die für den Fiebernden oft ein wahres Labsal ist. Ob sie mit Laktobazillin oder als Yoghurt bereitet wird, das wird sich wohl gleich bleiben. Man muß auf die Geschmacksrichtung des Kranken die allergrößte Rücksicht nehmen und ihm nicht Sachen aufzwingen, die er nicht mag. In der Beziehung ist besonders auf die verschiedenen Nährpräparate acht zu geben. Wenn sie ungern genommen werden, so sind sie unbedingt wegzulassen. Dagegen kann man manchmal Dinge erlauben, deren Darreichung mit der Schulmeinung im Widerspruch steht.

Die Vorschrift aber, dem appetitlosen Lungenkranken womöglich alle zwei Stunden etwas Nahrhaftes gewöhnlich in flüssiger Form darzureichen, damit er nur nicht von Kräften komme, die ist ganz unzweckmäßig. Damit kommt es nie zum Appetit. Da wird der Magen nie leer, und die neu zugeführte Speise stört nur die Verdauung des schon vorhandenen Inhalts. Ja man erreicht damit nur das Gegenteil von der angestrebten Kräftigung des Kranken. Denn der Gang der Ereignisse ist dann gewöhnlich folgender: Nach Verordnung des Arztes und auf dringendes Zureden der Angehörigen zwingt sich der Patient aus Pflichtgefühl auf, was ihm nur immer so oft wie möglich dargeboten wird. Das geht dann so lange, bis bei einem halbwegs heftigen Hustenanfall die ganze Bescherung wieder zum Vorschein kommt. Das ist stets das Zeichen eines schlaffen Magens, denn ein widerstandsfähig gewordener gibt auch bei ganz heftigen Hustenanfällen keine Speisen wieder von sich.

Man lasse also eine längere Pause zwischen den Mahlzeiten vergehen in der Weise, daß man zunächst nur dreimal täglich essen läßt. Nun wird man bald die Genugtuung haben, daß der Patient zunächst wenigstens den Widerwillen gegen das Essen verliert und nach und nach schon leichte Appetitsregungen spürt. Damit ist aber für ihn schon viel gewonnen. Jetzt hat man die Sicherheit, daß das Genossene auch wirklich der Ernährung des Körpers dient und daß keine schädliche Ueberlastung des Verdauungskanals mehr stattfindet. Sind auch die zugeführten Nahrungsmengen noch nicht groß und dürften sie dem besorgten Arzt und der Umgebung des Kranken noch nicht ausreichend erscheinen, die durch die Krankheit verursachten Verluste zu decken, so hat man doch die Gewißheit, daß sie ordentlich verdaut werden und in Wirklichkeit dem Kranken mehr bieten als die vier- und fünffachen Mengen, die ihm wider Willen aufgezwungen werden.

Bei sonst richtigem Verhalten wird nun bald der eigentliche Rekonvaleszentenhunger kommen. Patient wird das ihm Gebotene jedesmal mit Vergnügen aufessen und kaum satt zu kriegen sein. Dem muß dann in reichem Maße nachgegeben werden.

Die erfreulichen Folgen werden sein: Verschwinden des Fiebers, gutes Befinden, bessere Stimmung, Wiederkehr der Kräfte, Körpergewichtszunahme, Besserung der Lungenerscheinungen.

Nun kommt es oft genug vor, daß der Patient der Meinung ist, mit der gewaltigen Zufuhr von Nahrung müsse es so weiter gehen, um möglichst rasche Gewichtszunahme zu erreichen. Er fährt fort, große Mengen zu sich zu nehmen, auch wenn die Sättigung schon eingetreten ist. Appetitsverlust, Magenbeschwerden und Gewichtsabnahme sind die Folgen. Jetzt heißt es wieder zur Mäßigung im Essen mahnen, und es wird bald nicht nur zum Essenkönnen, sondern zur wahren Eßlust kommen. Es ist wohl zu beachten, daß das in der Phthisiatrie sehr zweierlei Dinge sind, die sorgfältig auseinander zu halten sind.

Brehmer hat zuerst großen Wert darauf gelegt, daß die Nahrung der Phthisiker möglichst fettreich sein solle. Dieser alten Forderung wird zum Teil auch heute noch nachgelebt in der Absicht, damit reichlichen Fettansatz und rasche Gewichtszunahme zu erzielen. Man gibt also den Patienten recht reichlich Sahne zu trinken, die Speisen werden möglichst fett gekocht, auch Lebertran soll darauf hinwirken. Dieses einseitige Mästen auf Fettansatz, dem außerdem noch reichlicher Milchgenuß dienen soll, ist nicht das Zuträglichste für den Kranken. Wenn auch die großen Gewichtszunahmen, die

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

sich manchmal damit erreichen lassen, nicht nur dem Patienten, sondern auch der Umgebung gewaltig imponieren, so findet man gewöhnlich bei genauerem Nachsehen, daß der Lungenzustand sich trotzdem nicht gebessert hat. Der Husten und Auswurf ist nicht vermindert, und dementsprechend findet man auch objektiv keine Erscheinungen von Besserung über den Lungen. Dagegen hat sich mehr Kurzatmigkeit eingestellt, einmal weil an dem Körpergewicht mehr zu tragen ist, und dann weil sich unter anderem auch Fett auf dem Herzen abgelagert hat, wodurch die schon vorhandene Herzschwäche nur noch vergrößert werden mußte. Es ist wohl zu beachten, daß sich Fettsucht und Schwindsucht durchaus nicht gegenseitig ausschließen.

Man muß also darauf hinzuwirken suchen, daß sich womöglich sämtliche Körpergewebe verhältnismäßig an der Gewichtszunahme beteiligen. Das erreicht man aber nur, wenn der bei gutem Appetit gehaltene Lungenkranke durchaus gemischte Kost bekommt, wie sie gut bürgerlichen Verhältnissen entspricht und wie sie von den übrigen gesunden Angehörigen gegessen wird.

Die Wichtigkeit des Appetits für die reichliche Absonderung von Magensaft und somit für die richtige Verdauung und Ausnutzung für den Aufbau der Gewebe hat Pawlow durch seine berühmten und oft bestätigten Versuche an Hunden mit Magenfistel nachgewiesen. Sie sind zu bekannt, als daß ich hier darauf näher einzugehen brauchte. Nur das möchte ich sagen: Eine glänzendere Bestätigung meiner auf Nachdenken und Erfahrung begründeten Forderungen, die Ernährung der Lungenkranken betreffend, hätte ich mir nicht wünschen können.

Als besonders notwendiges Nahrungs- und Unterstützungsmittel der Kur galt von jeher die Milch. Nun, sie ist in der Tat unentbehrlich, wenn bei beschränkten Verhältnissen eine ausreichende gemischte Kost nicht zu ermöglichen ist. Dann muß sie als billigstes Nahrungsmittel, als Ersatz für den Ausfall von kräftigeren Speisen, eintreten. Man wird sie also zu den einzelnen Mahlzeiten als Milchsuppe, Milchbrei, sauere Milch und auch als Getränk geben. Wenn aber bei der sehr reichlichen Ernährung, wie sie in Heilanstalten, Hotels und Pensionen stattfindet, zwischen den einzelnen Hauptmahlzeiten noch gläserweise Milch getrunken wird, so bedeutet das eine Ueberlastung des Magens, die früher oder später Appetitlosigkeit, Magenkatarrh, Atonie und bei lange in dieser Weise fortgesetzter Milchkur endlich Magenerweiterung zur Folge haben muß. Die sehr reichlichen Mahlzeiten, mittags mit drei und abends mit zwei Fleischplatten mit Suppe und süßer Speise, nehmen die Tätigkeit des Magens recht erheblich in Anspruch, so daß er eben gerade noch von einer Mahlzeit bis zur anderen mit der Verdauung fertig werden kann. Wird sie aber durch die Zufuhr eines Glases Milch gestört, so kann man sich leicht vorstellen, daß der Verdauungsvorgang sich nun nicht mehr normal weiter abspielt. Man muß nur bedenken, daß die Milch kein einfaches Getränk darstellt, sondern in den Magen gebracht, alsbald zu Käseklumpen gerinnt und dadurch keineswegs leicht verdaulich wird. Die Verdauungsarbeit muß also von neuem beginnen; sie kann nun bis zur nächsten Mahlzeit nicht beendet sein und wird durch diese abermals beeinträchtigt.

Dadurch, daß der Magen den ganzen Tag sich nie entleeren kann und erst spät in der Nacht endlich sich seines Inhalts entledigt, bilden sich Gärungen im Magen, die sich besonders durch Aufstoßen von Luft bemerkbar machen. Außerdem wird der Patient das Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend nie recht los, wenngleich eigentliche Magenschmerzen bei diesen Zuständen kaum je von mir beobachtet worden sind. Die Zunge zeigt sich weiß belegt. Häufiges Durstgefühl, besonders nach den Mahlzeiten, was durch Trinken nicht gestillt wird, sondern nur das Gefühl von Druck und Unbehagen im Leibe vermehrt. Reichliche Blähungen, Ausfallen von Uraten, die den erkalteten Urin trüben. Nicht selten Herzklopfen, oft Tachykardie und unregelmäßiger Pulsschlag, manchmal auch Bradykardie. Auch findet man solche Kranke oft nervös, reizbar, verstimmt, hypochondrisch und zur Melancholie geneigt, ganz im Gegensatz zu den Magengesunden, die als Phthisiker immer mehr zum Frohsinn neigen. Das alles sind weitere Zeichen eines atonischen oder erweiterten Magens, die nicht immer alle, aber doch in der Mehrzahl bei den einzelnen Fällen beobachtet werden.

Die Behandlung dieser atonischen und ektatischen Magenzustände, die sich mir stets bewährt hat, besteht im wesentlichen in täglich nur dreimaliger Darreichung von Speisen in fester Form mit so wenig Getränk wie nur möglich. Auch die gewöhnlichen Mittagssuppen bleiben weg, nur die dicken Abendsuppen können beibehalten werden. Alkoholische Getränke in jeder Form sind ganz zu meiden. Auf besondere Leichtverdaulichkeit der Speisen braucht man nicht bedacht zu sein, wesentlich ist gemischte Kost, die sich von aller Einseitigkeit und Gleichförmigkeit fern hält. Getränke sind früh und nachmittags eine Tasse Milchkaffee oder Tee und abends vor Schlafengehen ein bis zwei Gläser frisches Wasser. Von der Beobachtung ausgehend, daß sich morgens im atonischen oder ektatischen Magen beim Aushebern häufig trübe oder auch gallig gefärbte Flüssigkeit findet, läßt man früh nüchtern ein Glas gewärmtes Tarasper Wasser trinken, öfter ein ebensolches noch eine halbe Stunde vor dem Mittagessen, gewissermaßen zur Magenreinigung. Gewöhnlich verschwinden unter diesem einfachen Regime die Zeichen von Magenatonie in kurzer Zeit, es tritt Wohlbefinden und richtiger Appetit ein. Aber noch lange Zeit nachher machen sich Rückfälle nach unvorsichtiger Ueberfüllung des Magens bemerkbar und zwar gewöhnlich am auffallendsten durch erneutes Ausfallen von Uraten im erkalteten Urin.

Von den künstlichen Ernährungs- und Kräftigungsmitteln, mit denen eine geschäftige Industrie den Aerzten und den Lungenkranken bei geschwächtem Magen zu Hilfe zu kommen sucht, will ich nicht reden. Ihrer Anwendung sich entgegenstemmen zu wollen, wäre angesichts der Reklame aussichtslos. Wir müssen zufrieden sein, wenn die Preise der Sachen nicht in gar zu grellem Gegensatz zu ihrem Nutzen stehen. Wenn wir sicher sind, daß damit kein Schaden angerichtet wird, so können wir dem Verlangen danach ruhig nachgeben. Der Patient wird nach längerem oder kürzerem Gebrauch schon von selbst die teueren Dinge weglassen. Unbestreitbar ist und bleibt die beste Nährmittelfabrik eine mit feinem Verständnis geleitete Küche.

Gegen den regelmäßig verordneten Genuß von Alkohol in der Phthisiatrie bin ich, wie weiter unten zu lesen sein wird, schon sehr früh aufgetreten. Seither ist man wohl allgemein zu der Ueberzeugung gekommen, daß für den Phthisiker große Mäßigkeit in Alkoholizis dringend notwendig ist. Deshalb brauche ich hierüber kein Wort mehr zu verlieren. Aber ich möchte doch nicht der völligen Abstinenz das Wort reden. Auch des Kranken Herz soll manchmal der Wein erfreuen.

Für diese meine den Magen des Kranken schonende Behandlung habe ich nun recht gewichtige Gewährsmänner und Gesinnungsgenossen. Schon der alte Jesus Sirach sagt: „Viel Essen macht krank, wer mäßig isset, der lebet desto länger.“ Sonderegger*) verlangt für den Menschen auch nur dreimal täglich zu essen. Billroth**): Die Idee, jeder Abmagerung und jeder Schwäche durch sofortige, massenhafte, beliebige Nahrungszufuhr selbst zwangsweise abhelfen zu wollen, muß man aufgeben. Das massenhafte Einführen von Nahrungsmitteln kann einem in seinen Ernährungsorganen Kranken ebensowenig nützen, wie wenn man einem Automaten das schönste Diner eingösse. Auch Richard Rosen***) und Dobczynski†) stimmen mir bei. Doll††) sagt: Sehr häufig steht bei den aus den Heilstätten Entlassenen das hervorragend gebesserte Allgemeinbefinden zu dem kaum veränderten, selbst verschlechterten Lungenbefund in schroffem Gegensatz. Die in den Anstalten angemästete Körperfülle schwindet in den alten Verhältnissen rasch wieder dahin und die Kranken eilen unaufhaltsam ihrem Schicksal entgegen. G. Schröder*) verfährt genau so wie ich.

---

*) Vorposten der Gesundheitspflege.

**) Die Krankenpflege. Wien, 1899, S. 224.

***) Berliner Klinik. Mai 1900.

†) Tuberkulose und deren Bekämpfung nach den Anschauungen eines praktischen Arztes. 1899.

††) Aerztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1889, Nr. 14.

Rosenfeld**) fordert auch nur drei große Mahlzeiten. Die verzettelten kleineren lassen den Magen nie zur Ruhe kommen.

O. Minkowski***): „Die Bedeutung des geringen Nahrungsvolums ist etwas, was bei der Behandlung der Magenkrankheiten schon häufig hervorgehoben worden ist, was aber in der Praxis nicht genug in Betracht gezogen wird. Mit der Milch, die ja in der Diät der Magenkranken eine so große Rolle spielt, wird in dieser Hinsicht viel gesündigt.“

Dagegen spricht sich Rumpf†) folgendermaßen aus: „Daß reichliche Nahrungsaufnahme die Prognose verbessert, dürfte außer von Volland allgemein angenommen werden.“

Man vergleiche nun mit diesem schnellen Wort, was Meißen in demselben Buche (S. 154) sagt: „Drei tägliche Mahlzeiten sind, wenn der Ernährungszustand auf einer genügenden Höhe ist, ausreichend. Auch wenn der Appetit nachläßt, tun manche Kranke gut, sich mit ihnen zu begnügen“, und S. 152: „Dem Bestreben mancher Kranker, durch allerlei Ernährungskünste oder durch unmäßiges Essen immer dicker zu werden, muß man entgegentreten. Magen und Darm versagen da, und es kann zu ernsten Störungen, sogar zu dauernden Schädigungen kommen.“

Abgesehen davon, daß ich meine Meinung noch etwas bestimmter ausgedrückt habe als Meißen, so ist das doch fast dasselbe, worauf ich seit 1895 immer und immer wieder hingewiesen habe. Wodurch mag ich mir nun wohl Rumpfs Ungnade zugezogen haben, daß er mich, doch wohl ohne meine Schriften richtig gelesen zu haben, in dieser Weise abtut? Ich bin ihm doch niemals zu nahe getreten? So vermag ich mir dafür keinen andern Grund zu denken, als daß nach seiner Meinung ein gewöhnlicher praktischer Arzt sich gar nicht zu unterstehen hat, eigene Gedanken und Anschauungen zu haben, noch weniger aber solche zu publizieren oder gar öffentlich vorzutragen. Wenn er es dennoch tut, so nimmt man am besten keine Notiz davon oder dann nur in der oben mitgeteilten Rumpfschen Weise.

Als selbständig denkender und kritisch veranlagter Arzt war es mir von jeher unmöglich, den bequemen und breiten Weg der medizinischen Mode mitzuwandeln. Ich mußte es sogar versuchen, einen etwas frischeren Zug in die alte Schablone zu bringen. Dabei ist freilich der Autoritätsglaube ganz in die Brüche gegangen. Sicher wäre es für mich ersprießlicher gewesen, wenn ich dem Goetheschen Sprüchlein nachgelebt hätte:

„Willst du aber das Beste tun,
So bleib nicht auf dir selber ruhn,
Sondern folg eines Meisters Sinn.
Mit ihm zu irren ist dir Gewinn.“

Dann hätte ich mir vielleicht auch Rumpfs Beifall erworben, oder hätte mir wenigstens nicht seinen Zorn aufgeladen.

Im nachfolgenden gebe ich nun eine Rückschau in chronologischer Reihenfolge über alle meine Ideen, Beobachtungen, Erfahrungen usw., die in über 50 Veröffentlichungen niedergelegt sind. Damit kann ich dann überall meine Priorität wahren. Ich überlasse es dem Leser selbst, zu beurteilen, welche von meinen Gedanken, praktischen Vorschlägen, Untersuchungen usw. schon Beifall und Nachprüfung gefunden haben, welche noch scharfer Opposition und Mißbilligung begegnen, und welche sich vielleicht nach und nach doch noch durchsetzen werden, wenn es auch noch so lange dauern mag.

1. Im Jahre 1879 habe ich mich zuerst mit vergleichenden Beobachtungen über Verdunstung und Insolation zwischen Hochgebirge und Tiefland, Davos-Dorf und Straßburg i. E. beschäftigt. (Broschüre, damals Schweighauserische Buchhandlung in Basel, jetzt Erfurt in Davos-Platz.)

2. Gegen den kurgemäß verordneten Kognakgenuß bei Phthisikern habe ich mich zuerst 1883 gewandt (Deut. Med. W. Nr. 39). Der war damals sehr in der Mode, jetzt gehört er aber schon in die medizinische Rumpelkammer.

3. Es wird die geringe Kindersterblichkeit trotz der großen Phthisikerfrequenz in Davos nachgewiesen und das Nichtvorkommen der Rhachitis in Davos festgestellt. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, N. F., 22. Band, 1884.)

4. Daß die erkrankte Lunge ebenso wie jeder andere erkrankte Körperteil zu seiner Genesung der möglichsten Ruhe bedürfe und daher das Bergsteigen und die Lungengymnastik aus der Phthisiatrie auszuscheiden sei, ebenso wie die Ueberernährung, findet sich zuerst abgedruckt in den Davoser Blättern, 1887, Nr. 27 u. ff.

5. Einen neuen Handgriff zur Korrektur sich falsch zur Geburt stellender Gesichtslagen habe ich im Jahre 1887 im Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 46 angegeben. Nach mündlichen Mitteilungen soll seiner im Operationskurs in München Erwähnung getan worden sein. Das wäre nach zwanzig Jahren immerhin schon etwas.

6. In der Broschüre: „Die Behandlung der Lungenschwindsucht im Hochgebirge“, Leipzig, Vogel, 1889, habe ich mich zuerst gewandt gegen den unmäßigen Milchgenuß zwischen substantiellen Mahlzeiten.

Ferner findet sich da eine Erklärung für die Entstehung der Anämie der Lungenspitzen als günstiger Nährboden für die Ansiedelung des Tuberkelbazillus.

Der Habitus phthisikus oder paralytische Thorax ist eine sekundäre Erscheinung und wird bedingt durch die mangelhafte Blutfüllung des kleinen Kreislaufs und dem daraus folgenden schwachen Gasaustausch in den Lungenspitzen. Die Thoraxheber kommen außer Gebrauch und atrophieren, während der Gasaustausch nur in den blutgefüllten Unterlappen besorgt wird.

Die horizontale Lage ist ein Mittel zur besseren Blutversorgung der Lungenspitzen. Durch die Dusche werden mächtige Inspirationen ausgelöst, diese dehnen die Lungen übermäßig und stören den Krankheitsherd in seiner Ruhe. Sie ist deshalb für die Phthisiatrie zu verwerfen.

7. In der Deut. Med. Zeit., 1889, Nr. 61, findet sich dann der experimentelle Nachweis, daß bei der Flüssigkeitsverteilung in einem geschlossenen, elastischen, ungenügend gefüllten Rohrsystem nur allein die Schwere in Betracht kommt, daß also bei allgemeiner Blutarmut, wie sie bei den Phthisikern das gewöhnliche ist, die unteren Lungenteile wohl mit Blut gefüllt sein müssen, während die Lungenspitzen an Blutmangel leiden. Denn die Verzweigungen der Lungenarterie besitzen zu ungenügende aktive Kontraktilität, als daß sie sich dem verminderten Blutvolum anzupassen vermöchten, weil sie sehr arm an glatten Muskelfasern sind. Zusatz von heute: Bei dem Ausfall der Tätigkeit einer ganzen Lunge, wenn es also nach schweren Pleuraerkrankungen nicht wieder zu ihrer Entfaltung gekommen ist, muß die ganze Blutmenge durch die gesunde Lunge getrieben werden. Daß das bei verhältnismäßiger Arbeitsfähigkeit sehr lange möglich ist und solche Leute manchmal alt werden können, ist bekannt. Wie ungenügend müssen nun die beiden Lungen eines blutarmen Menschen gefüllt sein, der sich im Beginn der Phthise befindet! Zudem werden ja bei ihm die Lungen durch den herabsinkenden Thorax nur noch länger. Durch diese Ueberlegung muß einem das Zustandekommen der Anämie der Lungenspitzen immer verständlicher werden.

8. Im Jahre 1890 (Aerztlicher Praktiker 20 u. 21) habe ich zuerst die scharfe Kritik geübt an den Cornetschen Schlußfolgerungen aus seinen Experimenten, mit denen er die Infektion mit Tuberkulose durch Einatmung des bazillenhaltigen trockenen Luftstaubes beweisen wollte. Ihm ist es zuzuschreiben, daß damit leider die unsinnige Bazillenangst über Aerzte und Laien hereinbrach. Auch heute noch glauben sehr viele Forscher daran, daß die Bronchialdrüsentuberkulose durch die Inhalation des Giftes entstände. Und

---

*) Zeitschrift für Krankenpflege. 1901, Nr. 6.

**) D. M. W. Vereinsb. 1905, S. 1295.

***) Medic. Klin. 1905, Nr. 52.

†) Handbuch der Therapie der chron. Lungenschwinds. von Schröder und Blumenfeld. Leipzig, 1904. S. 483.

doch hat Cornet selbst später*) zugegeben, daß es ihm nicht gelungen sei, experimentell durch Inhalation des trockenen bazillenhaltigen Staubes beim Tier Tuberkulose hervorzurufen. Auch ist es immer noch nicht gelungen, den Tuberkelbazillus in der Luft in einatembarem Zustand nachzuweisen.

Ich habe dagegen behauptet, daß die Bronchialdrüsen schon von der frühesten Kindheit an durch die so sehr häufigen Bronchialkatarrhe zu einem locus minimae resistentiae geworden sind. Dadurch bieten sie dem Tuberkelbazillus die allergünstigsten Verhältnisse zur Ansiedelung, er sei in den Organismus eingedrungen, auf welchem Weg nur immer, ob hereditär oder erworben.

In der gleichen Veröffentlichung findet sich der erste Hinweis auf die Infektion mit Skrofulose und Tuberkulose durch die vom Fußbodenschmutz unsauberen Kinderhände.

9. In der Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIII, Heft 1 u. 2, 1892, sind mitgeteilt: Untersuchungen der Schulkinder und Schüler, die das ungeheuer häufige Vorkommen der geschwollenen Halslymphdrüsen ergeben haben. Diese Untersuchungen sind nachher auch von anderen Forschern angestellt worden und haben das gleiche Ergebnis gehabt. Skrofulose tritt erst nach dem ersten Lebensjahre auf, nachdem die Kinder mit dem Fußboden auf Händen und Füßen in Berührung gekommen sind. Im ersten Lebensjahre ist sie selten und beruht dann auf ererbter Tuberkulose. Skrofulose und erworbene Tuberkulose sind Schmutzkrankheiten. Deswegen habe ich die Errichtung von Kinderpflegerinnenschulen empfohlen, ganz besonders für die Zeit nach dem Säuglingsalter. Eben lese ich in der Tägl. Rundschau (85, 1908), daß in dem demnächst in Berlin zu errichtenden Krippenhaus auch jüngere Mädchen praktisch für den Dienst als Kindermädchen angelernt werden sollen.

10. Die Behandlung der exsudativen Pleuritis und der akuten Tuberkulose mit völlig ruhiger Rückenlage habe ich zuerst angegeben im Juliheft der Therap. Monatshefte 1893 und habe sie auch da biologisch-physikalisch begründet.

11. Therap. Monatshefte 1895, Sept.: Durch die Ueberernährung der Phthisiker entstehen leicht Magenatonien und Ektasien. Mitteilung der erfolgreichen Behandlung dieser Zustände. Verminderte Urinausscheidung und Ausfallen von Uraten im erkalteten Urin deutet stets auf eine Magen- oder Darmstörung hin. Durch die Uebertreibung der Freiluftkur entstehen sehr leicht Rachen-, Kehlkopf- und Bronchialkatarrhe. — Damit stehe ich noch ziemlich allein da.

12. Die Abhärtung des Menschen gehört in die Verhütung und nicht in die Behandlung des Phthisikers. Darum ist die Kaltwasserbehandlung dem blutarmen Kranken nur von Nachteil. Seine niedrige Körperwärme verträgt nicht ohne Schaden die damit verbundenen größeren Wärmeentziehungen. Die Wasserbehandlung hat sich bei ihm auf tägliche Waschungen mit warmem Wasser und auf ein wöchentliches warmes Vollbad zu beschränken. Alles nur der Hautpflege wegen. Die allermeisten Neurastheniker leiden an Magen- oder Darmkatarrhen, mit oder ohne Erschlaffung dieser Organe. Die Heilung dieser Erscheinungen bietet deshalb den besten Angriffspunkt für eine erfolgreiche Behandlung der Neurasthenie. Ther. Monatsh. 1896, Juli.

13. In der Deut. Med. Zeit. 1900, Nr. 61, findet sich angegeben das häufige Vorkommen von Magenatonie bei blassen, blutarmen Kindern und chlorotischen Mädchen. Die so häufige Unwirksamkeit der verschiedensten, wenn auch noch so leicht verdaulichen Eisenmittel wird dadurch erklärlich.

14. Empfehlung der Behandlung des geringgradigen Fiebers mit Vesikatoren. In Zwischenräumen von drei bis vier Tagen wird ein halbhandtellergroßes Blasenpflaster auf die vordere Brustwand immer auf eine neue Stelle aufgelegt. Die Stelle der Blase wird nach Entleerung mit feuchtem Sublimatverband gedeckt. Schmerzlosigkeit, rascher Ersatz der Epidermis. Abkürzung der Zeit bis zum Verschwinden des Fiebers. (Näher beschrieben in der Neuen Therapie, 1904, Nr. 11.) Eine Erklärung für diese Heilwirkung können die Untersuchungen von Carrien und Lagriffoul*) geben. „Untersuchungen, die sich durch mehrere Jahre erstreckt haben, haben ihnen ergeben, daß auf die Anwendung des Blasenpflasters eine Vermehrung der Leukozyten folgt. Nicht bloß am Ort der Applikation, sondern im ganzen Kreislauf. Vermehrung um das zwei- bis zweieinhalbfache. Anstieg rasch, Abnahme allmählich. Man muß das Blasenpflaster als ein Reizmittel der Phagozytose ansehen."

15. Die trockene und verstopfte Nase zwingt besonders nachts zum Atmen durch den offenen Mund und verursacht dadurch Rachen- und Kehlkopfreizungen. Die sehr einfache und rasch Erleichterung bringende Behandlungsweise besteht in dem Ausschmieren des Naseninnern mit Zinkvaselin, das mit Watteträger bis zu den Choanen eingeführt wird. Genauer beschrieben im Augustheft der Therap. Monatsh. 1904.

16. Gegen das tägliche Auskultieren und Perkutieren der Pneumoniker und Pleuritiker, was mit Aufsitzen der Kranken verbunden ist, habe ich schon im Jahre 1896 (Therap. Monatsh. 7 u. 8) geschrieben. Ausführlicheres findet man darüber in der Neuen Therap., Nr. 10, 1905. Es ist da auseinander gesetzt, warum das dem Kranken schaden muß und warum es für die Krankenbehandlung vollständig gleichgültig ist. Die Pneumoniker und Pleuritiker dürfen in ihrer ruhigen, selbstgewählten Rückenlage auch durch den Arzt nicht gestört werden. — Vor kurzem sprach ein italienischer Bauunternehmer in Davos, dem eben wieder ein Arbeiter an Pneumonie gestorben war, mir gegenüber seine Verwunderung aus, wie es käme, daß von den zehn Arbeitern, die im Laufe der Jahre von mir an Pneumonia behandelt worden seien, auch nicht einer gestorben sei: — Ich habe die Kranken eben in Ruhe gelassen und sie nicht mit zwecklosen Untersuchungen gequält. Das ist das ganze Geheimnis.

17. Die Empfehlung der subkutanen Anwendung des sterilisierten zehnprozentigen Kampferöls gegen die chronische Herzschwäche der Phthisiker in ausreichender Dosis, nämlich täglich zwei bis vier Grammspritzen voll. Es gibt dabei keinerlei üble Nebenwirkungen, und durch die Regelung und Kräftigung des Herzschlags wird auch die Heilung des Lungenleidens befördert. Therap. Monatsh., 1906, Febr.

18. Endlich habe ich noch auf die Analogie der Vererbung der Syphilis und der Tuberkulose aufmerksam gemacht. Da die Spirochäte pallida sich schon vom leicht kranken Vater auf das Kind vererbt, ohne daß die Mutter krank zu werden braucht, so sind wir gezwungen, das auch dem Tuberkelbazillus zuzutrauen. Wie es unzweifelhaft eine Syphilis hereditaria tarda gibt, so ist die Tuberkulosis hereditaria tarda noch viel unzweifelhafter. Therap. Monatshefte 1907, April.

All das Gesagte habe ich meinem Motto entsprechend in den vielen Veröffentlichungen wieder und wieder gesagt. Freilich, das nach Möbius erst helfende hundertste Mal ist noch lange nicht erreicht.

---

*) Deut. Med. Wochenschr. 1898. Vereinsbeilage Nr. 9, S. 53.

*) Société de Biologie. Deut. Med. Wochenschr., Nr 5, Vereinsbeilage, S. 208, 1907.

REFERATE.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Zur Theorie der Schwefelwirkung.** Von Diesing. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 16, S. 785.

2. **Eine neue volumetrische Eiweißbestimmung mittels der Phosphorwolframsäure.** Von Tsuchiya. Zentralbl. f. innere Medizin, 1908, Nr. 5.

3. **Die volumetrische Eiweißbestimmung mittels der Phosphorwolframsäure.** Von Tsuchiya. Ibidem, Nr. 24.

1. Verf. stellte Versuche mit Schwefelbädern an Hunden an, die teils gesund, teils mit Trypanosoma Brucei und Piroplasma canis infiziert waren. Die Blutuntersuchungen ergaben, daß im Anfang eine Vermehrung der farbstoffhaltigen Elemente eintrat, die nach kürzerer oder längerer Zeit in das Gegenteil umschlug. Allmählich überwogen die farblosen Blutzellen, mononukleäre und polynukleäre Zellen nahmen ebenfalls durch die Bäderbehandlung zu, auch traten kernhaltige rote Blutkörperchen auf, so daß man das ganze als künstliche Leukämie bezeichnen kann. Bei Anwendung von nur zwei bis drei Bädern wöchentlich trat dieses pathologische Bild nicht auf, sondern es kam dann nur zu einer Hämoglobinvermehrung. Temperaturmessungen bei infizierten Tieren ergaben, daß der durch die Haut zugeführte Schwefel die Temperatur auf einer mittleren Höhe hielt; zwei beigefügte Fieberkurven zeigen dies auf das deutlichste. Ferner ergeben die Kurven, daß das mit Schwefel behandelte Tier fünf Tage länger lebte als der Kontrollhund, was bei der Piroplasmainfektion viel heißen will. Die Wirkung des Schwefels erklärt sich (nach D.) aus seiner bindenden Kraft gegenüber dem lebenden und seiner reduzierenden Kraft gegenüber dem verbrauchten, zur Ausscheidung bestimmten Hämoglobin. Die stärkere Bindung des aktiven Blutrots hindert seinen schnellen Verbrauch, und es kommt nicht zu der tödlichen Hämoglobinurie.

Verfasser erzielte bei Trypanosomiasis mit Schwefelbädern eine Verlängerung des Lebens der Hunde um eine Woche gegenüber den Kontrolltieren; ferner konnten durch Kombination mit Sublimatinjektionen bei Piroplasmosis die Hunde über zwei Monate am Leben gehalten werden. Die Verbindung von Schwefelbädern mit Arsen- oder Atoxylinjektionen bei Trypanosomen erwies sich jedoch als nicht wirksamer gegenüber der einfachen Arsen- oder Atoxylbehandlung.

2. Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, für die mit manchen Fehlern etc. behaftete Esbachsche Probe eine neuere zuverlässige und brauchbare Mischung herzustellen. Nach zahlreichen Vorversuchen kam er dazu, die Phosphorwolframsäure zu diesem Zweck nutzbar zu machen. Da nun normale Harnbestandteile durch diese Säure in wässeriger Lösung niedergerissen werden, zog er die alkoholische Lösung vor.

Am besten bewährte sich folgendes Rezept:

Azidum phosphorwolframik. 1,0,
Azid. hydrochl. konz. 5,0,
Alkohol 96% 100,0.

Diese Lösung, zu der man immer frische Phosphorwolframsäure nehmen muß, ist lange Zeit hindurch haltbar. Das eigentliche Verfahren gestaltet sich genau wie das Esbachsche.

Nach Ansicht des Verfassers besitzt das neue Reagens folgende Vorzüge: Aus normalem Harn fällt kein Niederschlag zu Boden, wie es bei Esbachs Reagens nach 24 Stunden beobachtet wird. Der Niederschlag aus eiweißhaltigen Harnen setzt sich regelmäßiger ab als bei der Esbachschen Methode. Die bei letzterer sich häufig bildenden Schaumbläschen, das Schwimmen des Niederschlags auf der Flüssigkeit wurde bei der neuen Methode niemals beobachtet. Die Genauigkeit bei mittlerer Zimmertemperatur ist bedeutend größer als beim Esbachschen Verfahren. Auch für höheren Eiweißgehalt (bis 7‰) ist die Genauigkeit noch annähernd die gleiche; bei Exsudaten und Transsudaten ist eine Verdünnung am Platze. Geringe Eiweißmengen werden mit dem neuen Reagens noch ebensogut niedergeschlagen wie größere. Besonders für die Untersuchung von Fieberharnen kommt dieser Vorzug in Betracht, da die Esbachsche Methode bei Fieberharnen unbrauchbar ist. Der Niederschlag enthält annähernd dieselbe Stickstoffmenge wie das im Urin enthaltene Eiweiß, während der Esbachsche Niederschlag ziemlich viel Harnsäure enthält. Hierzu kommt, daß bei dem neuen Reagens die immerhin etwas gefährliche Pikrinsäure vermieden wird, der Arzt sich das Reagens selbst herstellen kann; auch der Umstand, daß das neue Reagens keine Flecke in die Wäsche macht, ist von Wichtigkeit.

3. In der zweiten Arbeit über dasselbe Thema bespricht Verf. einige äußerliche Praktiken bei Anstellung der Reaktion. Die konisch zulaufenden Glasröhrchen sind empirisch eingeteilt. Man mischt 9 Teile Urin mit 8 Teilen Reagens, der Harn muß stets filtriert sein und das spezifische Gewicht 1006 bis 1008 haben, das Röhrchen schwenkt man 10- bis 15mal um und läßt 24 Stunden stehen. Die Fehlergrenzen sind sehr gering, wie T. dies durch Kontrollversuche (durch Wägen) feststellen konnte. Die beigefügten Tabellen geben hierüber Auskunft.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff,** Berlin.

1. **Ueber Embolie der Zentralarterie.** Von R. Hesse. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XIX, H. 5, S. 441.

2. **Ueber einen Fall von Hornhauttransplantation mit erhaltener Transparenz.** Von O. Plange. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. XLVI, S. 277.

3. **Die Serotherapie bei schweren Infektionen des Auges.** Von M. Teulières. Ophthalmol. Klinik, Nr. 6, S. 161.

1. Hesses Beobachtung gibt einen Fingerzeig, in Fällen von Embolie der Zentralarterie der Retina möglichst frühzeitig einen Versuch mit der Massage zu machen. An der Grazer Augenklinik wurde eine an einem Herzfehler leidende Patientin mit plötzlicher Sehstörung auf dem linken Auge beobachtet; es fehlte ihr die ganze untere Gesichtsfeldshälfte; ophthalmoskopisch war die obere Papillenarterie stark verdünnt. Es wurde die Diagnose auf Embolie der Zentralarterie mit Fortschwemmung des Embolus in die obere Netzhautarterie gestellt. Bei fortgesetzter Massage (Fingerdruck und plötzliches Nachlassen des Druckes) des Augapfels wurde der Embolus im Anfangsteile dieser Arterie sichtbar, rückte weiter hinauf, bis er am folgenden Tage fehlte und die Gefäße wieder von normaler Beschaffenheit waren. Das Gesichtsfeld zeigte wieder normales Verhalten, die Sehschärfe betrug $^{8}/_{10}$.

2. Einem Patienten, dessen eines Auge seit früher Kindheit durch Verletzung blind und phthisisch war, wurde durch Kalkverbrennung die Kornea des gesunden Auges zerstört, das Oberlid verlötete völlig mit der ganzen Kornea. Nach operativer Beseitigung dieses Symblepharon und eines Entropiums beider Lider trug P. die oberen getrübten Schichten der Kornea mit dem Messer ab, eine dünne untere, noch durchsichtig gebliebene Schicht stehen lassend. Zur Transplantation benutzte er die durchsichtige Kornea des phthisischen Bulbus, indem er einen entsprechenden Lappen ausschnitt und diesen auf der transparenten Stelle der verbrannten Kornea mit Nähten befestigte. Nach acht Monaten war die Transparenz des angeheilten Lappens erhalten geblieben, so daß die Pupille sichtbar war und Finger in 4 bis 5 m Entfernung gezählt werden konnten.

3. Teulières schreibt dem Serum eines immunisierten Tieres eine Wirksamkeit bei Infektionen jeglicher Art zu. Gemäß dieser Ansicht hat er alle nichtdiphtherischen Infektionen des Auges mit subkutanen Injektionen von Antidiphtherieserum (Roux) behandelt, „das am meisten Vertrauen verdient und am leichtesten zu beschaffen ist". Der Einfachheit dieser therapeutischen Indikationsstellung entsprechen die Erfolge der Behandlung: die Schmerzen werden gelindert, das Fortschreiten der Infektion aufgehalten, die Aufsaugung von Infiltraten begünstigt, die Hornhautnarben sind durchsichtiger und weniger ausgedehnt wie gewöhnlich. Mehr kann man von einem einzigen Heilmittel nicht verlangen.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Arthur Schwenk,** Berlin.

1. **Die Erkrankungen des Kollikulus seminalis und ihre Beziehungen zu nervösen und anderweitigen Störungen in der Urogenitalsphäre und zur sexuellen Neurasthenie.** Von Wossidlo-Berlin. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Nr. 2.

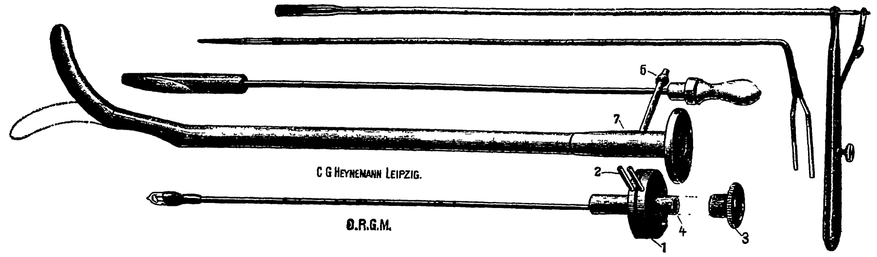
2. **Ueber die Nierentuberkulose.** Von Illyés-Budapest. Fol. urolog., 1908, März.

3. **Wie soll sich der Arzt gegenüber Blasentumoren verhalten?** Von Posner-Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1908, März.

4. Zur Behandlung der Uratdiathese. Von Rosenfeld-Breslau. Med. Klinik, 1908, Nr. 21.

1. Wossidlo resümiert nach 103 behandelten Krankheitsfällen seine Beobachtungen wie folgt: Schmerzen oder lästige Empfindungen in der vorderen und hinteren Harnröhre beim oder nach dem Urinieren und öfterer Harndrang. Sehr häufig strahlen die Schmerzen nach den Innenseiten der Oberschenkel, der Leistengegend und den Hoden aus. Reiten und Fahren, wobei der Kollikulus stärker gereizt zu werden scheint, steigert die Beschwerden oft bis ins Unerträgliche. Eine Entzündung des Samenhügels findet man häufig bei vermehrten Pollutionen, Prostata- und Spermatorrhöen, mangelhaften Erektionen und Ejakulatio praekox.

Die Diagnose der Kollikuluserkrankungen bestätigt am zuverlässigsten die Urethroskopia posterior. Ein zu diesem Zweck von Wossidlo modifiziertes Instrument hat folgende Konstruktion.



An der konvexen Seite des Tubus befindet sich ein offenes Fenster; in der Nähe desselben ist der Tubus leicht abgeknickt, wodurch das Gesichtsfeld vergrößert wird. An dem Okularende des Tubus ist ein kleines Röhrchen angebracht, durch das Luft in die Harnröhre eingeblasen wird; das distale Ende schwillt etwas an zum Zwecke des dichteren Verschlusses der Harnröhre. Der Lichtträger mit der Valentinschen Lampe wird luftdicht in den Tubus eingeschoben und mit einem abnehmbaren Glasfenster versehen. Dem Instrumente sind außerdem ein sterilisierbarer Pinsel und Kauter zur Behandlung des Samenhügels beigefügt.

Die Bilder, die der erkrankte Kollikulus zeigt, sind die verschiedenartigsten; dieselben näher zu beschreiben, hat nur spezialistisches und kein allgemein medizinisches Interesse.

Referent hatte selbst Gelegenheit, zwei Fälle von chronischer Spermatorrhöe verbunden mit vollkommener Impotentia koeundi und fehlenden Erektionen zu beobachten und zu behandeln. Bei beiden ergab die Urethroskopie eine starke Schwellung des Samenhügels. Es wurden daraufhin mehrere Aetzungen (Argent. nitr. 10%) im Urethroskop gemacht. Der Effekt war der, daß die Spermatorrhöe sich verlor, die Erektionen und die Potentia koeundi, wenn auch in etwas schwächerer Weise, sich wieder einstellten. Es wäre demgemäß sehr wünschenswert, wenn der praktische Arzt, der oft als Hausarzt in dieser Angelegenheit zu Rate gezogen wird, nicht bloß mit symptomatischen Mitteln (Yohimbin etc.) zur Hand wäre, sondern die Aetiologie des Leidens ergründen und dementsprechend seine Therapie einrichten würde.

2. Die Häufigkeit der Tuberkulose der Nieren ist rechts so groß wie links und bei beiden Geschlechtern gleich. Die Tbk. entsteht vorwiegend auf hämatogenem Wege. Die Infektion schreitet dem Saftstrome entsprechend weiter fort, in seltenen Fällen verbreitet sie sich auch in der dem Saftstrome entgegengesetzten Richtung. Die häufigste Form ist die Kavernenbildung; spontane Ausheilungen kommen vor, aber selten, und sind meist nur scheinbar und nicht anhaltend. Der tbk. Herd hat sich für eine Zeit geschlossen, um eines Tages wieder aufzubrechen. Die Diagnose wird am sichersten gestellt durch den doppelseitigen Ureterenkatheterismus und die Gefrierpunktsbestimmung des aufgefangenen Urins. Ist die Diagnose einer einseitigen Tbk. gestellt, dann ist so bald als möglich die Nephrektomie auszuführen, bevor die andere Niere und die Blase infiziert werden. Etwaige im Urin der nichttuberkulösen Niere gefundene Eiweiß- oder Nierenbestandteile kontraindizieren die Operation nicht, wofern nur die Funktion dieser Niere eine gute ist. Eventuelle zirkumskripte tbk. Blasenherde pflegen nach der Nierenexstirpation spontan abzuheilen.

3. Das Bestehen eines Blasentumors ist an und für sich kein Grund zu operativem Eingriff; einerseits sind Selbstheilungen beobachtet, andrerseits sind die Operationsresultate im allgemeinen keine ermutigenden. Macht ein Tumor keine nennenswerten Beschwerden, dann überläßt man ihn am besten sich selbst. Posner stellt für einen Eingriff folgende Indikationen fest:

a) Hochgradige örtliche Störungen, die in dauernden Blutungen, heftigem, unerträglichem Harndrang oder Unvermögen zu urinieren bestehen.

b) Durch das Zystoskop kontrolliertes rapides Wachstum der Geschwülste.

c) Infektion in Form von Zystitis.

Posner empfiehlt, jedesmal, wo es irgend geht, den Versuch mit der schonenderen intravesikalen Methode zu machen, die den Vorzug hat, dem Patienten ein langes Krankenlager zu ersparen; andrerseits kann, wenn die Methode im Stiche läßt, immer noch die radikalere Sektio alta angeschlossen werden. Die Resultate bei der intravesikalen wie bei der radikalen Operationsmethode sind dieselben, Rezidive sind bei dieser wie bei jener gleich oft beobachtet worden.

4. Die Behandlung der Uratsteindiathese zerfällt in zwei Teile: die diätetische und medikamentöse. Da die Harnsäure im Organismus durch den oxydativen Abbau der Purinbasen entsteht, ist dementsprechend die Harnsäuremenge bei purinfreier Kost am geringsten. Deshalb muß bei der Behandlung der harnsauren Diathese vor allem die Verabreichung des purinhaltigen Fleisches eingeschränkt und dem Fischfleische zur Nahrung der Vorzug gegeben werden. Da auch Zucker und Alkohol bei purinhaltiger Kost die Harnsäuremenge vermehren, ist auch möglichst sparsame Verabreichung derselben am Platze. Von Medikamenten kommen in Betracht a) Harnstoff, der die Harnsäurebildung einschränkt und bewirkt, daß die Harnsäure im Urin gelöst bleibt: Nieren oder Magen werden dadurch nicht alteriert. Tägliche Menge beträgt 10 bis 15 g; b) Glyzerin, welches die im Nierenbecken event. zurückgehaltenen Harnsäurepartikelchen herausschwemmt und hervorragend lindernd auf die Nierensteinkoliken wirkt. Tagesmenge pro Kilo des Körpergewichts 2 g; d. h. bei einem Gewicht von 75 kg beträgt die zu verabreichende Menge Glyzerin 150 g. Die Dosierung geschieht so, daß die Tagesration in vier Portionen, und zwar in Tee, Selters oder Milch genommen wird. Die Glyzerinmedikation wird vier- bis sechswöchentlich wiederholt, in der Zwischenzeit bekommt der Patient täglich 10 bis 15 g Harnstoff.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Ueber die Zunahme der Körpergröße der militärpflichtigen Jugend in einigen europäischen Staaten.** Von Dr. Heinrich Schwiering, Stabsarzt im Kriegsministerium. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, H. 10, S. 409.

2. **Einiges aus den eigenen Erfahrungen im japanisch-russischen Feldzuge von 1904/1905.** Von Prof. Dr. Haga, Generalarzt der kaiserlich japanischen Armee. Ibidem, S. 424.

3. **Der deutsche Kriegssanitätsdienst.** Von Oberstabsarzt Dr. Hahn-Stettin. Der Militärarzt, 1908, Nr. 10.

4. **Behandlung der Fußschweiße im dänischen Heere.** Von E. Böcher. Referat nach Militärläger XIII, 1906. Ibidem, S. 158.

1. St.-A. Schwiering hat vor kurzem in einer im klinischen Jahrbuch, Bd. 18, S. 399, veröffentlichten Arbeit „Beiträge zur Rekrutierungsstatistik“ zahlenmäßig mit einigen Vorbehalten nachgewiesen, daß von 1894 bis 1903 in Deutschland (außer Bayern, Sachsen und Württemberg) die Zahl der militärpflichtigen kleinen Leute ab-, die der großen dagegen zugenommen hat, während die der mittelgroßen dieselbe geblieben ist. Aus dem neuerdings von ihm an obengenannter Stelle mitgeteilten und verarbeiteten Material ergibt sich, daß sich eine ähnliche Erscheinung in den letzten Jahrzehnten in allen Kulturstaaten Europas, aus welchen überhaupt verwertbares Material vorliegt, bemerkbar gemacht hat, d. h. eine deutliche Tendenz zur Größenzunahme bei der männlichen Jugend im militärpflichtigen Alter. Ob dies auch einer Zunahme der endgültigen Körperlängen entspricht, ließ sich nicht beurteilen, das Ergebnis konnte auch dadurch bedingt sein, daß das Wachstum schneller vor sich geht und so die größeren Körperlängen schon in etwas früheren Lebensjahren erreicht werden als vordem. An diese Tatsache selbst schließt sich eine Reihe anthropologischer Fragen, die allerdings zum Teil schwer oder gar nicht zu beantworten sind. So fragt es sich z. B., seit wann diese Wachstumstendenz in den einzelnen Staaten eingesetzt hat und auf welchen Gründen sie beruht. Daß die männliche Bevölkerung früherer Jahrhunderte kleiner gewesen ist als die jetzige, läßt sich aus den alten Rüstungen schließen, die einem Manne von Durchschnittsgröße heute meist zu klein sind. Zu einer vollständigen Beantwortung der Frage nach dem Beginn dieser Erscheinung reicht das Material aber leider nicht aus. Unter den Gründen sind vielerlei Faktoren, so auch pathologische (Rhachitis, Struma, Zahnverderbnis, Säuglingsernährung) zu berücksichtigen. Für die Niederlande scheint bessere Ernährung und Hygiene mit Sicherheit nachgewiesen zu sein. Sei dem, wie ihm wolle, die Erscheinung spricht gegen die vielfach behauptete Dekadenz der heutigen Generation und für Verbesserung der allgemeinen sanitären und sozial-hygienischen Verhältnisse, wenngleich freilich dem Längenwachstum nicht immer auch die Entwicklung der übrigen, namentlich der Brustorgane entspricht. Militärisch ist die Körpergrößenzunahme unter Voraussetzung der gleichzeitigen Entwicklung des übrigen Körpers unter mehrfachen Gesichtspunkten jedenfalls zu begrüßen.

2. Dem von Haga auf Einladung des Generalstabsarztes der Armee in der Kaiser Wilhelms-Akademie gehaltenen Vortrag entnehmen wir zunächst, daß H. in dem volle 21 Monate dauernden japanisch-russischen Kriege 20 Monate lang leitender Sanitätsoffizier einer Division der zweiten Armee (etwa gleich einem deutschen Armeekorps) war und an zahlreichen Schlachten und Gefechten teilgenommen hat. Es ist klar, daß seine Beobachtungen infolgedessen wertvoll sind. Die Truppenverbandplätze befanden sich etwa 500 bis 600 m hinter der Gefechtslinie; dabei nahmen die Schützenlinien oft eine Frontausdehnung von 1000 m pro Bataillon ein, so daß die Hilfskrankenträger 200 m in Abständen hinter den Schützen folgen mußten, um nicht von einem Flügel zum andern zu weite Wege zu haben. Bis zum Errichten des Hauptverbandplatzes vergingen vom Beginn des Gefechts an nur etwa 30 bis 60 Minuten, weil man meist auf den Angriff vorbereitet war und die Sanitätskompagnie bereit stand. Diese hatte etwa 80 Tragen, aber keine Krankenwagen. Der Transport der Verwundeten vom Hauptverbandplatz zum Feldlazarett erfolgte daher meist auf chinesischen Bauernwagen. Auf dem Schlachtfelde selbst war die Verwendung von Wagen während des Gefechts unmöglich, selbst die Krankenträger konnten oft nicht einmal bis zu den Verbandplätzen und weiter vor herankriechen, so daß die Verwundeten meist bis in die Nacht liegen bleiben mußten. Ein Verbandplatz (einer anderen Division) wurde so stark unter Feuer genommen, daß etwa ein Drittel von ihm aufgerieben wurde. Auch in der Nacht mußte meist im Dunkeln gearbeitet werden. Sowie sich Licht zeigte, gab es feindliches Feuer. Die Mannschaften orientierten sich sehr genau nach dem Kompaß und den Sternen. Operiert wurde auf dem Hauptverbandplatz verhältnismäßig wenig, ausgeführt wurden Blutstillungen und Tracheotomien. Die Feldlazarette — etwa 1000 bis 2000 m hinter der Gefechtslinie — waren trotzdem nicht immer dem Artilleriefeuer entzogen, oft befanden sie sich aber auch mit dem H. V. Pl. in demselben Dorfe, so daß die Verwundeten direkt in sie gelangten. Geteilt wurden sie selten. Bei den Operationen im Lazarett hat sich die Azetylenlampe sehr bewährt. Im Winterfeldzug (niedrigste Außenkälte 25° C) betrug die Gesamtbelastung der Mannschaften, die schwere dicke Pelze trugen, etwa 32 kg. Trotz der Kälte lagen sie auch nachts und während des Kampfes im Freien, Frostgangrän bekamen aber nur die, die, wenn auch nur auf Minuten, eingeschlafen waren. In schweißigen Strümpfen zeigte sich deutliche Eisbildung. Zum Schutz gegen die Kälte hatte jede Krankentrage ein Schutzdach aus Tuch und eine wollene Decke. Zum Verbande wurde nur die nächste Umgebung der Wunde frei gemacht, völliges Entkleiden war untersagt. Während des Gefechts wurde Zwieback gegessen, der Durst mit Schnee gestillt. In der Wasserflasche gefror alles. Aerzte und Krankenträger waren dem Feuer ebenso ausgesetzt wie die Kombattanten. Der Verlust betrug drei Aerzte und mehrere Sanitätsmannschaften. Der Verlustzahl nach kam zuerst die Infanterie, dann die Artillerie, die Pioniere, das Sanitätskorps und die Kavallerie. Auf die übrige Verluststatistik usw. können wir hier nicht eingehen, erwähnt sei nur, daß ein in der Schützenlinie liegender Soldat etwa 200 Schußwunden hatte. Einige Verwundete, bei denen, wie die Röntgenuntersuchung ergab, das Geschoß im Gehirn stecken geblieben war, kamen mit dem Leben davon. Laparotomiert wurde vorn nicht, bei konservativer Behandlung blieben viele trotz bereits eingetretener peritonitischer Erscheinungen ebenfalls leben. Die Handgranaten machten furchtbare Zerstörungen. Im ganzen hatte die Division 11302 Tote und Verwundete. Von diesen fielen direkt auf dem Schlachtfelde 2190, 290 starben späterhin. In die Lazarette kamen 8157 Kranke, von denen 384 = 4,7% der Aufgenommenen und 1,1% der Kämpferzahl starben. Unter den Kranken befanden sich 715 Fälle von Typhus, 68 von Dysenterie, 1723 von Kake.

Wie man sieht, war das japanische Kriegssanitätswesen ganz nach deutschem Muster eingerichtet, dem denn H. auch seine Verbeugung macht.

3. Oberstabsarzt Hahn stellt im Anschluß an seine 1905 im Militärarzt, Nr. 19 bis 23, gegebene Schilderung des deutschen Kriegssanitätsdienstes gegenwärtig diejenigen Veränderungen übersichtlich zusammen, die gegen früher durch die Kr. S. O. vom 27. Januar 1907, die D. fr. K. vom 12. März 1907 und die K. S. O. vom 15. Mai 1907 bedingt sind. Wir heben daraus diejenigen hervor, welche neu sind, um so auch den Fernerstehenden wenigstens teilweise ein Bild von den Fortschritten unseres Sanitätsdienstes im Kriege zu geben. Dem Korpsarzt wird jetzt außer dem beratenden Chirurgen auch ein Hygieniker (Oberstabs- oder Stabsarzt), dem beratenden Chirurgen (Generalarzt, Generaloberarzt oder Oberstabsarzt) ein Ober- oder Assistenzarzt zugeteilt. Für jedes Armeekorps wird ein Sanitätsbataillon (in der Regel drei Sanitätskompagnien und zwölf Feldlazarette) aufgestellt, jeder Reservedivision werden eine Reservesanitätskompagnie und vier (bisher drei) Reservefeldlazarette überwiesen. Der gegen früher erheblich verstärkten Sanitätskompagnie wird ein eigener Assistenzarzt als Truppenarzt zugeteilt (die übrigen Sanitätsoffiziere der Kompagnie sind ihr nur angeschlossen, nicht unterstellt). Statt der bisherigen Hilfskrankenträger erhält jede Infanterie-, Jäger- und Schützenkompagnie vier lediglich für den Sanitätsdienst zur Verfügung stehende etatsmäßige Krankenträger. Dem Etappenarzt wird wie dem Korpsarzt ein Hygieniker, außerdem ein Korpsstabsapotheker beigegeben. Jeder Heeresangehörige wird mit zwei Verbandpäckchen ausgerüstet. Das Verbandpäckchen ist neu zusammengestellt, bei dessen sachgemäßer Anlegung eine Berührung der Wunde oder der zu ihrer Bedeckung dienenden Stoffe mit den Fingern ausgeschlossen ist. In der Verwendung desselben werden die Mannschaften schon im Frieden unterrichtet. Die für das Aufmarschgebiet bestimmten Hygieniker erhalten ein Mikroskop und einen bakteriologischen Kasten, der zur Kriegslazarettabteilung gehörige Zahnarzt einen zahnärztlichen Kasten. Für den Hygieniker beim Etappenarzt und zur Ergänzung der bakteriologischen Kästen ist ein tragbares bakteriologisches Laboratorium bestimmt. Statt des früher vom Stabsarzt aufwärts vorgeschriebenen größeren chirurgischen Bestecks, das er mitführen mußte, hat jetzt

jedes Bataillon, jede Abteilung und jedes Kavallerieregiment ein Truppenbesteck. Bei dem Etappensanitätsdepot (früher Lazarettreservedepot) befinden sich auch vierspännige Röntgenwagen und zweispännige fahrbare Trinkwasserbereiter. Bei einer Mobilmachung sind alle Sanitätsoffiziere von der vorgesetzten Stelle über die Art ihrer bevorstehenden Tätigkeit zu informieren. Für die Beförderung von Kranken marschierender Truppen können die Krankenwagen der Feldsanitätsformationen benutzt werden, in der Nähe des Feindes müssen jedoch letztere stets verwendungsbereit sein. Vor einem Gefecht bestimmt der Truppenführer auf Vorschlag des zuständigen Sanitätsoffiziers, welche Aerzte und Sanitätsmannschaften auch nach Errichtung des Truppenverbandplatzes der Truppe unmittelbar zu folgen haben. Die Verstärkung der Truppenverbandplätze erfolgt aus dem Personal der Feldlazarette, zu welchem Zweck die Chefärzte naher, noch nicht eingerichteter Feldlazarette selbständig Personal entsenden. Die 16 Krankenträger eines Bataillons (s. o. Nichtkombattanten mit Genfer Binde) werden am Ende des Bataillons gesammelt, treten zum Infanteriesanitätswagen (bisher Truppenmedizinwagen), der unter einem Sanitätsunteroffizier der Truppe stets möglichst unmittelbar zu folgen hat, und gehen mit den Krankentragen und Sanitätstornistern zum Aufsuchen der Verwundeten vor. Als Hilfskrankenträger (mit roter Binde) werden künftig nur noch Musiker verwendet. Von chirurgischen Eingriffen sollen auf dem Tr. V. Pl. nur unaufschiebbare lebensrettende vorgenommen werden. Müssen bei einem Rückzuge Verwundete daselbst verbleiben, so sind sie vor der Gefahr, überrannt zu werden, durch Schutzwehren, Strohwische usw. möglichst zu sichern. Mit ihnen bleibt ev. in der Regel nur das nötige Sanitätsunterpersonal zurück.

Ganz neu ist die Organisation des Gefechtssanitätsdienstes bei der Kavalleriedivision, die bisher ein Problem war. Sie gilt sinngemäß auch für andere selbständige Kavallerietruppenkörper. Jedes Regiment der Divisionskavallerie, d. h. der einer Infanteriedivision zugeteilten Kavallerie, hat bei vier oder fünf (bezw. sechs) Schwadronen einen Regimentsarzt, zwei Assistenzärzte, vier oder fünf (sechs) Sanitätsmannschaften, Hilfskrankenträger nach Bedarf und zwei (vier) berittene Führer mit je einem Packpferd. Jedes Packpferd trägt zwei (vier) Paar Sanitätspacktaschen und vier (acht) Nottragen. Zum Stabe der Kavalleriedivision gehört ein Divisionsarzt (Generaloberarzt) und ein sechsspänniger Sanitätsvorratswagen. Die Regimenter der Kavalleriedivision haben einen ähnlichen Etat wie die der Divisionskavallerie, jedoch sechs Sanitätsmannschaften und noch einen zweispännigen Kavalleriesanitätswagen. Letzterer enthält das Material für den Sanitätsdienst auf dem Marsche, im Quartier und Gefecht (darunter ein Kavalleriebesteck und zwei Tragen) und kann zwei sitzende und zwei liegende Verwundete aufnehmen. Bei der großen Bagage geht ein Sanitätsvorratswagen der Kavalleriedivision zur Ergänzung der Packpferdausrüstungen und des Inhalts des Kavalleriesanitätswagens mit. Auf ihm befinden sich u. a. zwei Kavalleriebestecke, zwölf Nottragen und zwei Sätze Zeltstangen für je ein Verwundetenzelt. Steht eine Berührung mit dem Feinde bevor, so bildet die Kavalleriedivision aus zwei Dritteln ihres Sanitätspersonales, den Hilfskrankenträgern und dem Sanitätswagen die „Sanitätsstaffel“, zu der ein Unteroffizier kommandiert und die durch den rangältesten zu ihr kommandierten Sanitätsoffizier derart nachgeführt wird, daß sie bei eintretenden Verlusten Verbandplätze anlegen kann. Zum Krankenträgerdienst werden verfügbare Mannschaften, z. B. Reiter, die ihre Pferde verloren haben, im Bedarfsfall noch andere ausgebildete Mannschaften herangezogen und von dem Unteroffizier gesammelt. Der nach Bildung der Staffel verbleibende Rest an Sanitätspersonal und Material einschl. der Packpferde verbleibt bei der Truppe und darf nur ausnahmsweise zur Staffel mit herangezogen werden. Sobald möglich, folgt die Staffel der Truppe oder wird vom Divisionsarzt aufgelöst. (Schluß folgt.)

4. Im Kopenhagener Garnisonlazarett werden bei hyperhidrosis pedum die Füße zunächst mit Seife und Bürste gereinigt und mit Spiritus abgewaschen, dann wird jede Zehe für sich 10 bis 15 Minuten lang in einen mit einer 4%igen Formalinlösung getränkten Gazeumschlag eingewickelt. Nach Abnahme dieses werden die Füße an der Luft getrocknet und dann mit einem Pulver von 30 Teilen Salizylsäure, 100 Teilen amyl. tritik. und 870 Teilen Talkum stark gepudert. Die Stiefel werden mit 10%iger Formalinlösung desinfiziert. Die Kur wird drei bis vier Tage lang jeden Abend vor dem Schlafengehen wiederholt. Es soll fast stets definitive Heilung folgen.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Die neueren arzneilichen Beruhigungs- bezw. Schlafmittel im Dienste der Psychiatrie.** Von Med.-Rat Dr. Würschmidt. Sonderabdruck a. d. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 8 u. 10.

2. **Ueber Kohlensäure-Kataplasma.** Von Dr. v. Boltenstern. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 11.

3. **Eston.** Besprochen von Dr. v. Boltenstern. Ibidem.

4. **Neue synthetische Nebennierenpräparate.** Pharmazeut. Zeitg., 1908, Nr. 43.

1. In einer größeren Arbeit hat W., Leiter einer großen Irrenanstalt, seine Kenntnisse und Erfahrungen über die neuen Beruhigungs- bezw. Schlafmittel niedergelegt. Er läßt sich besonders über diejenigen aus, die er auf Grund seiner Beobachtungen für würdig erachtet hat, in den ständigen Arzneischatz der Psychiatrie aufgenommen zu werden. Diese Gruppe ist allerdings eine nur kleine; dazu gehören das Paraldehyd, das Amylenhydrat, das Sulfonal, Trional und Veronal, das Proponal, Bromural, Hyoszin. Das Paraldehyd hält W. trotz seines unangenehmen Geruchs und Geschmacks für eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes, weil es bei Manie, bei manischen Erregungszuständen der Dementia paralytika, bei Paralyse, Epilepsie und Hysterie eine volle schlafmachende Wirkung entfaltete, ohne daß im allgemeinen unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Paraldehyd kann auch bei Zirkulationsstörungen angewandt werden; schmerzlindernd wirkt es aber nicht. Die durchschnittliche Dosis ist 5,0, die höchste 12,0 g. Auch das Amylenhydrat, von dem er durchschnittlich 3,0 g verordnete, hält W. für ein gutes Hypnotikum und Sedativum; doch ist der Schlaf nicht sehr tief. Auch dieses Präparat wurde bei allen Formen geistiger Störung verwendet. Herzkrankheiten sind keine Kontraindikation. Mit Sulfonal wurde stets ein tiefer Schlaf erzielt; bei keiner der Versuchspersonen (Melancholie, Hysterie, Paranoia, Paralyse und Verblödungsprozesse) blieb der Erfolg aus. Die mittlere Dosis ist 2,0 g; doch genügen bei Frauen oft schon 1,0, bei Männern erst 3,0 g Sulfonal. Nach W.s Beobachtungen ist dieses Mittel als Sedativum nicht zu gebrauchen. Auch ist es nicht ganz frei von Nebenerscheinungen; doch sind seine Vorzüge (Geruch- und Geschmacklosigkeit, brillante Wirkung) gegenüber den Nachteilen so erheblich, daß man es als Hypnotikum stets mit günstigem Erfolge anwenden wird. Noch besser als Sulfonal wirkt das Trional, besonders wenn man beide abwechselnd reicht, da das letztere die unangenehmen Nebenwirkungen des ersteren nicht aufweist, sich ferner leicht in Wasser löst. Bei Frauen genügen 0,5 bis 1,0 g; die mittlere Dosis für Männer ist 2,0 g. Jedoch haben beide Präparate auf den Schmerz gar keinen Einfluß. Das Veronal hat W. an vielen Hunderten von Kranken studiert und faßt sein Endurteil dahin zusammen, daß dieses Mittel ein vorzügliches Schlafmittel ist, das den uns bekannten getrost an die Seite gestellt werden kann. Er betont aber, daß es absolut notwendig ist, die Veronaltabletten aufgelöst zu geben; dann beobachtet man auch keine unangenehmen Nebenerscheinungen. Bei Frauen genügt oft schon 0,25 g, bei Männern 0,5 bis 1,0 g. Doch hat W. auch Fälle gehabt, wo er bei Frauen bis zu 1,5 g steigern mußte. Die Kranken empfanden es als besonders angenehm, daß sie nach Gebrauch von Veronal niemals über Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes etc. zu klagen hatten. Der einzige Nachteil des Veronals dürfte sein hoher Preis und seine Wirkungslosigkeit auf den Schmerz sein. Bei einiger Vorsicht hält auch W. in der praktischen Irren-

heilkunde die Intoxikation mit Veronal oder Veronalismus für ausgeschlossen. Das Proponal hat nach W.s Erfahrungen vor dem Veronal keinen Vorzug. Doch kann es in Gaben von 0,3 bis 0,5 g als ein Ersatzschlafmittel benutzt werden. Das Bromural hat W. bei einer Anzahl von Kranken mit Geistesstörungen, die auf nervöser oder hysterischer Basis beruhten, angewendet und ist überzeugt, daß dieses Mittel in Zukunft sowohl als Hypnotikum als auch als Sedativum eine hervorragende Rolle spielen wird, besonders bei der Behandlung weiblicher Kranker. Er dosierte 0,3 bis 0,6 g und ließ die Tabletten in heißem Wasser auflösen. W. hat keine unangenehmen Nebenwirkungen gesehen; nur ruhige Männer — merkwürdigerweise nur diese, aber nicht die ruhigen Frauen — klagten über Kopfschmerz nach Bromuralgebrauch. Der Schlaf war stets ein sehr tiefer. Das Hyoszin ist mehr ein Narkotikum als Hypnotikum. Nur Kranke mit gesundem Herzen sollten es bekommen. Schon nach kurzer Zeit muß die Dosis erhöht werden, weil die bisherige versagt. Hyoszin hat höchst unangenehme Nachwirkungen: Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Katzenjammer, und weiterhin häufig sehr böse Nebenerscheinungen: Delirien und Gesichtshalluzinationen. Diese werden beseitigt, wenn man gleichzeitig Morphium reicht, also als Einzelgabe 0,001 bis 0,002 g Hyoszin und ebensoviel Morphium. Stets ist aber Vorsicht in der Anwendung dieses heroischen und differenten Mittels notwendig.

2. v. B. berichtet über seine Erfahrungen und die anderer Aerzte mit den Dr. Pfeffermannschen Kohlensäure-Kataplasmen. Diese bestehen aus zwei Komponenten, einer Creme, welche kohlensaure Salze in einem geeigneten Bindemittel und einen geringen Zusatz von Menthol enthält, und einer Platte, dem eigentlichen Kataplasma, welches ein mit Weinsäure imprägniertes Gewebe darstellt. Nachdem die Creme messerrückendick, in Fünfmarkstück- bis Handtellergröße auf die zu beeinflussende Haut aufgetragen ist, wird das angefeuchtete Kataplasma daraufgelegt und mit Billroth-Battist bedeckt und zweckmäßig mit einer Binde fixiert. Es beginnt nunmehr eine starke Kohlensäureentwicklung, die etwa 10 Minuten anhält. Durch dieses Verfahren hat man es in der Hand, an allen Körperstellen Kohlensäure in statu nascendi einwirken zu lassen, ohne erst einen großen Apparat wie beim Vollbade in Bewegung setzen zu müssen. Durch das beigefügte Menthol wird Schmerzstillung mit erfrischender Wirkung kombiniert. Wenn auch bei dieser Behandlung oft genug Suggestion resp. Autosuggestion eine Rolle spielen mag, so ist doch die Wirkung nach v. B.s Ansicht und den Berichten einiger anderer Aerzte in einer Reihe von Fällen bei schmerzhaften Affektionen nicht abzuleugnen.

3. In der Deutschen Aerzte-Zeitg. lesen wir eine Besprechung v. Boltensterns über die Indikationen zur Anwendung des von der Firma F. Friedländer in Berlin in den Handel gebrachten Eston (= basische „essigsaure Tonerde") und des Formeston (Zusatz von Ameisensäure zu vorbenannter Verbindung). Beide Präparate sind indiziert: 1. bei verschiedenen Formen von Hyperhidrosis als Streupulver in 50%iger, später in 20%iger Verdünnung; 2. bei Dekubitus in 20- bis 50%iger Verdünnung; 3. als Streupulver bei kleinen Kindern in 10%iger Mischung mit Talkum; 4. bei verschiedenen Hautkrankheiten entweder pur oder als Pulver, mit Amylum oder Talkum vermischt, ferner als „Peru-Eston", weiterhin in Salbenform, 10 bis 20 T. mit 90 bis 80 T. weißer Vaseline oder Vaseline und Lanolin ana vermischt, unter Hinzusetzung anderer wirksamer Substanzen; 5. bei Brandwunden als 10- bis 15%ige Vaseline; 6. als Wundverbandmittel in Form von 10- bis 15%iger Vaseline; 7. in der Gynäkologie als 20- bis 50%iges Pulver bei Entzündungen, Katarrhen und zur Linderung bei Karzinom; 8. gegen Frostbeulen. Schütte wandte Eston auch bei Otitis externa, bei Ekzemen der Ohrmuschel, bei weichen Schankern mit Erfolg an.

4. Aus einem Bericht der Pharmaz. Zeitg. über neue synthetische Nebennierenpräparate entnehmen wir folgendes: Der wissenschaftliche und technische Ausbau des synthetischen Suprarenins hat zur Darstellung des trockenen salzsauren Salzes des letzteren und zu zwei neuen Präparaten, dem Homorenon und dem Arterenol geführt, die sämtlich von den Farbwerken vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst dargestellt werden. Das Homorenon, das mit Salzsäure ein haltbares, in Wasser sehr leicht lösliches Salz (Homorenon-Chlorhydrat) bildet, ist ein weißes, lockeres Kristallmehl, dessen bitter schmeckende Lösung auf der Zunge eine vorübergehende Unempfindlichkeit hervorruft. Das Homorenon entspricht qualitativ dem synthetischen Suprarenin. Eine 5%ige Lösung kommt bezüglich seiner blutdrucksteigernden, pupillenerweiternden Eigenschaft einer 1‰igen Suprareninlösung gleich. Es ist 50mal weniger giftig als die wirksame Substanz der Nebennieren. Das Arterenol ergibt mit Salzsäure das Arterenol-Chlorhydrat, ein weißes, sehr leicht in Wasser lösliches Kristallmehl, das auf der Zunge eine schwach anästhesierende Wirkung ausübt. Selbst Dosen von $^1/_{1000}$ bis $^1/_{2000}$ mg Arterenol rufen, intravenös injiziert, eine Steigerung des Blutdrucks hervor. Lösungen von 1:500000 bedingen noch Pupillenerweiterung. Dieses Präparat ist qualitativ den Nebennierenpräparaten absolut gleich, aber zwei- bis dreimal weniger giftig. Es wird in gleicher Konzentration wie Suprarenin angewendet; doch ist mindestens die doppelte Maximaldosis zulässig. Das Suprarenin. hydrochlor. synthetik. ist ein rein weißes, luftbeständiges, leicht wasserlösliches Kristallmehl, das in seiner Wirkung mit dem aus Nebennieren hergestellten Suprarenin völlig identisch ist. Auch seine Anwendung und Dosierung ist die gleiche. Die Höchster Farbwerke bringen das synthetische salzsaure Suprarenin in Lösungen von 1:1000 und in fester Form in den Handel (ebenso wie das Arterenol-Chlorhydrat), so daß die Apotheker zuverlässige, konstant wirkende Vorratslösungen sich herstellen können. Das Suprarenin. hydrochlor. synthet. und seine Lösungen sind haltbar, und diese können unbeschadet ihrer Wirkungen durch einfaches Autkochen sterilisiert werden. Jedoch ist es notwendig, alkalifreie Gläser zu benutzen, weil der geringste Gehalt an freiem Alkali auf alle Nebennierenpräparate zersetzend wirkt.

Technische Neuerscheinungen.

Ein praktisches ärztliches Untersuchungsinstrument

nach Dr. med. Kretzschmar in Leipzig.*)

Ein Instrument, das sowohl als Stethoskop wie als Reflektor zur exakten Untersuchung des Gehörganges, der Nasen- und Mundhöhle dient, hat Kretzschmar angegeben; es wird von der Firma W. Schuberth, Leipzig, Seeburgstr. 37, hergestellt und kostet, aus Hartgummi gearbeitet, 7,50 M. K. beschreibt sein Instrument in der Münch. med. Woch., 1908, Nr. 18, wie folgt:

„An einem Stethoskope, dessen Hörplatte abnehmbar ist und zwecks bequemen Tragens in der Tasche derart an dem Griffe befestigt werden kann, daß das Stethoskop eine flache Gestalt erhält, wie es also schon zumeist im Gebrauche des praktischen Arztes ist, habe ich auf der Hörplatte einen durchlochten Hohlspiegel anbringen lassen. Dadurch, daß der Stiel des Stethoskops nicht wie bisher durch den an der unteren Seite der Hörplatte befindlichen Kanal vollkommen hindurchreicht, sondern nur bis zu der in der Mitte der Hörplatte befindlichen Oeffnung, ist das Stethoskop zugleich ein Reflektor. Zum Zwecke einer genauen Untersuchung des Gehörganges ist an dem unteren, breiteren Ende des Stethoskopstieles eine Ausdrehung vorhanden, in welche ein Satz von drei Ohrtrichtern eingefügt ist. Diese Ohrtrichter werden durch einen aufschraubbaren Ring am Herausfallen und Klappern verhindert. Der Ring stellt insofern noch eine Verbesserung des Stethoskops dar, als er das auf den Körper des Patienten zu setzende Ende des Hörrohres in angenehmer Weise abrundet und ihm die scharfen Ränder nimmt, die namentlich bei unruhigen Kindern leicht störend wirken.

---

*) Infolge eines Versehens wurde die Abbildung dieses Instrumentes bereits in Nr. 25, S. 411, gebracht.

Aus der Beschreibung folgt, daß das sinnreiche Instrument dem Praktiker besonders willkommen sein dürfte, weil er im Besitze des neuen Stethoskops nicht immer sein Spiegelbesteck mit sich zu nehmen braucht. Lungwitz-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Frakturen des Mittelfußes. Von A. Kirchner. Berliner Klinik, Heft 236.

Die Brüche der Mittelfußknochen, am bekanntesten bei den Fußgängertruppen, haben auch für die bürgerliche Praxis durch ihr nicht seltenes Vorkommen Bedeutung. Sie entstehen, von den Brüchen durch direkte Gewalt abgesehen, dadurch, daß ein oder mehrere Mittelfußknochen plötzlich, wenn auch nur für Bruchteile einer Sekunde, das ganze Körpergewicht zu tragen haben: beim Abspringen, Fehltreten, beim Abgleiten des Fußes von der Bordschwelle. Bei großer Ermüdung genügt irgendeine kleine Unebenheit des Bodens, die die Fußmuskeln durch ihre Spannung nicht mehr ausgleichen, um beim Abweichen der Fußsohle einen einzelnen Mittelfußknochen, gewöhnlich den zweiten, dem ganzen Druck des Körpergewichts auszusetzen; der Knochen bricht dann, ohne daß später eine bestimmte Ursache angegeben werden kann. Bei der Diagnose soll man sich, wie Kirchner mit Recht hervorhebt, auf die klinischen Zeichen, vor allem auf den Druckschmerz verlassen; so lehrreiche Bilder die Röntgenuntersuchung auch geben kann — hat sie doch überhaupt erst den Knochenbruch hinter der „Fußgeschwulst" der früheren Zeit entdeckt —, so sicher ist es, daß bei reinen Querbrüchen ohne oder mit nur geringer Verstellung nach Fußrücken und Sohle hin die Röntgenaufnahme z. T. wegen Deckung der einzelnen Metatarsenschatten ergebnislos bleibt, bis später der Kallus den Knochenbruch beweist. Es wäre falsch, in solchen Fällen nur eine Periostitis annehmen zu wollen. Die Behandlung hat zunächst durch Ruhe und Hochlagerung für Rückgang der Schwellung zu sorgen; leichte Brüche der mittleren Fußwurzelknochen, zumal ohne Verstellung, heilen ohne weiteres; für die übrigen ist der Bardenheuersche Extensionsverband das beste. Gips oder Wasserglasgehverbände ermöglichen rascheres Aufstehen, erfordern aber dann wieder Behandlung des steif gewordenen Fußgelenkes. — Die kleine Arbeit ist kurz, klar und umfassend; nur hätte K. statt des Hinweises auf Bardenheuers Lehrbuch die Technik der Streckverbände zweckmäßiger gleich angegeben; auch vermißt Ref. die Erwähnung des Heftpflasterstreifen-Druckverbandes, der bei allen nicht zu schweren Mittelfußknochenbrüchen Vorzügliches leistet.

Heinrich Landau, Berlin.

Probleme der Ernährung. Von v. Düring. Leipzig 1908. Veit & Co.

Der Nachfolger Dr. Lahmanns in der Leitung seines Sanatoriums, Professor v. Düring, beabsichtigt Beiträge zur ärztlichen Praxis in Form von sechs Aufsätzen zu veröffentlichen. Die Themata derselben werden sein: 1. Probleme der Ernährung. 2. Krankheitsursachen. 3. Harnsäurediathese. 4. Neurasthenie. 5. Therapie der Syphilis. 6. Allgemeinbehandlung der Hautkrankheiten.

Man sieht, der Verfasser schneidet mutig schwierige aktuelle Fragen an. Das erste Heft: „Probleme der Ernährung" ist erschienen. Man wird daran erinnert, daß auch Lahmann in seiner Dysämie mit der Behandlung eines Ernährungsproblems der Aerztewelt ins Gesicht sprang, und nur Voreingenommenheit wird bestreiten, daß diese Schrift mit dazu beitrug, die Ernährungsfrage auf die Tagesordnung zu bringen. Man wird von v. Düring, der bisher auf anderen Gebieten schriftstellerisch tätig war, nicht die Originalität seines Vorgängers erwarten. Das was ihm am Herzen liegt, ist, den praktischen Arzt aus der gedankenlosen Heeresfolge der landläufigen, aber wissenschaftlich schon überwundenen Ueberschätzung der Eiweißnahrung herauszureißen und mit der neuen Anschauung über Nährsalze und Katalyse bekannt zu machen. Als den wertvollen Kern der verschiedensten diätetischen Regimes, mit denen in Sanatorien bei Stoffwechselkranken gute Erfolge erzielt werden, sieht er die Verminderung der Eiweißzufuhr an, da eben das Gros der besser situierten Kulturmenschen durch Uebereernährung, speziell Eiweißüberernährung, krank wird. Mäßiger Fleischgenuß ist aber sowohl zum Ersatz verbrauchten Eiweißes wie zur Anregung des Appetits und der Osmose unentbehrlich.

Im zweiten Teil wird auf die Bedeutung der Nährsalze und der Katalyse hingewiesen. Wir empfehlen die Schrift jedem, der das Bedürfnis hat, seine diätetischen Anschauungen zu revidieren.

Gmelin, Südstrand-Föhr.

ALLGEMEINES.

Der IV. Internationale Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia findet am 28., 29. und 30. September statt.

Ende Juni erscheint das ausführliche Programm, welches enthalten wird die Statuten, das Verzeichnis der Landeskomitees, die Liste der ausgewählten Vorträge und die Namen der Berichterstatter, die angemeldeten Mitteilungen, die Tagesordnung, die in Aussicht genommenen festlichen Veranstaltungen und Ausflüge, die Höhe des Mitgliedbeitrages, die von den Eisenbahnen gewährten Ermäßigungen, die dem Kongreß angegliederten Ausstellungen usw.

Die betreffenden Drucksachen werden auf Wunsch durch das Organisationskomitee, Professor Glax-Abbazia, kostenlos versandt.

Der **Führer durch die Thüringischen Bäder, Kurorte und Sanatorien**, 5. Jahrgang 1908, ist soeben im Verlage der Allgemeinen Bäder-Verkehrsanstalt Berlin NW. 7, Unter den Linden Nr. 76a, erschienen. Für den geringen Preis von 20 Pf. und Porto 10 Pf. wird hier ein 112 Seiten starkes Nachschlagwerkchen geboten, welches alles Wissenswerte über Thüringen enthält. An Hand des Führers kann man sich vor der Reise über Kurtaxe, Verpflegung und Logis, Eisenbahnverbindungen, Frequenz der einzelnen Orte, Indikationen, Aerzte orientieren und danach seine Dispositionen treffen.

Das Material für diese Angaben ist von den Kurverwaltungen selbst geliefert bezw. ausgearbeitet, kann also auf absolute Zuverlässigkeit Anspruch erheben.

Prächtige Mittelmeer-Reisegelegenheit, die unsere Leser sicherlich interessieren dürfte, bietet in den letzten zwei Dritteln des August die „Freie deutsche Reise-Vereinigung" durch ihre fast dreiwöchige Fahrt von Marseille nach den ethnographisch, künstlerisch und landschaftlich hervorragendsten Mittelmeerstätten, Barcelona, Palma, Algier, Tunis, Carthago, Palermo, Taormina, Messina, Amalfi, Sorrent, Capri, Neapel, Rom, Monaco und Genua, wie sie teilweise unseren Lesern von der letzten Kaiserreise noch bestens bekannt sind. Die Reise kostet mit voller Unterkunft, Verpflegung und allen Ausflügen nur 350 M. Kein geschäftliches Unternehmen. Unsere Leser erhalten kostenlos Prospekt durch den Schriftleiter, Redakteur Baumm (nicht Baumann) in Duisburg.

Wyk auf Föhr. Am 5. Juni starb der hiesige Bürgermeister Petersen. Er hat nicht nur um die Förderung der Gemeinde und des Badeortes Wyk, sondern auch um die Gründung und Entwicklung des Nordseebäderverbandes sich große Verdienste erworben.

Was ihn auszeichnete, war eine große zielbewußte Tatkraft und weiter Blick.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski) **Nähmaterial**

Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

REXOTAN (D. R. P., Name als Marke geschützt.)

Seit Jahren vorzüglich bewährtes **Darmadstringens** und **Darmantiseptikum** bei akuten, subakuten und chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrhen ohne jede Nebenwirkung.

Spezifikum bei den Sommerdiarrhöen der Kinder.

Dosis: bei Kindern 0,1—0,15—0,3 gr drei- bis viermal täglich, bei Erwachsenen 0,6—1 gr mehrmals täglich nach der Mahlzeit, zweckmäßig in lauwarmen Haferschleim eingerührt. Genaue Diätvorschriften sind zu geben.

Taxpreis 1 gr = 10 Pf. 10 gr = 0,95 M.

Ausführliche **Literatur** mit **Probe** umgehend gratis und franko zu Diensten.

Dr. Arnold Voswinkel, Apotheke u. chem. Laboratorium, Berlin W. 57.

Verlag Lebenskunst-Heilkunst
Berlin S. 59.

In unserem Verlag erschienen soeben:

Ueber Wärmekultur

ein Fortschritt der Lebens- und Heilkunst und ein Beitrag zur höheren Entwicklung des Menschen.

Von **Dr. med. Wilhelm Winsch,** Arzt.
Preis 60 Pf. **Porto 5 Pf.**

Wie ich Naturarzt wurde!

Nach einem im Burgersaal des Berliner Rathauses gehaltenen Vortrage, mit einem Nachwort über die drohende Aufhebung der Kurierfreiheit.

Von **Dr. med. Wilhelm Winsch,** Arzt.
Preis 60 Pf. **Porto 5 Pf.**

Die Schriften des bekannten Halenser Arztes bedurfen keiner besonderen Empfehlung, die Schriften Dr. Winschs haben sich durch ihre überaus sachliche Bearbeitung und Eigenart ihren Leserkreis stets selbst geworben.

Zu beziehen sind die Schriften durch den obengenannten Verlag sowie durch jede Buchhandlung.

Dr. Bernard's Kuranstalten
Godeshöhe
bei Bad Godesberg am Rhein.

Kuranstalten für Nerven- und Gemüts-Leidende beiderlei Geschlechts. Neu erbaut in landschaftlich schönster Lage. Der Neuzeit entsprechend eingerichtet. 2 Aerzte.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Ueber den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität.

Von

Dr. jur. **Siegfried Weinberg.**
Berlin

Preis M. 1,—.

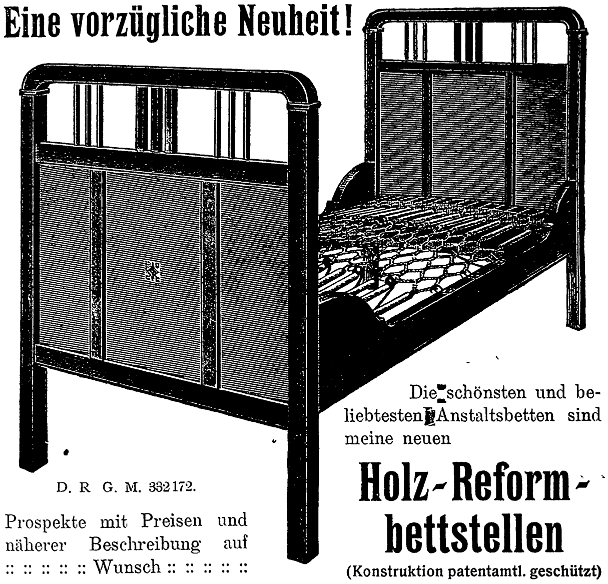
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Zum Andenken an Paul Julius Möbius.

Von Dr. **Ernst Jentsch.**

Preis M. 0,75

Eine vorzügliche Neuheit!



D. R. G. M. 332172.

Prospekte mit Preisen und näherer Beschreibung auf :: :: :: :: Wunsch :: :: :: :: ::

Die schönsten und beliebtesten Anstaltsbetten sind meine neuen

Holz-Reformbettstellen
(Konstruktion patentamtl. geschützt)

in direkter Verbindung mit Stahlmatratzen. Dieselben werden in allen Farben **poliert** geliefert und sind trotzdem nicht teurer als gewöhnliche gestrichene Bettstellen. Durch Verwendung von Messingstäben und Messingpaletten erhalten dieselben ein elegantes Aussehen. Für bessere Institute sind die Bettstellen vorzüglich geeignet, da deren Insassen meistens nicht gewohnt sind, auf Eisenbetten zu schlafen und diese als etwas Minderwertiges ansehen.

Fritz Brune, Reformbetten- und Polsterwarenfabrik, **Hameln a. Weser.**

ALLGEMEINE MEDIZINISCHE VERLAGSANSTALT, G. m. b. H., BERLIN SW. 48.

ZEITSCHRIFT FÜR BALNEOLOGIE KLIMATOLOGIE UND KURORT-HYGIENE

herausgegeben von
San.-Rat Dr. Graeffner und Dr. Kaminer.
Organ des Deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in Kur- und Badeorten.

Inhalt des soeben erschienenen Juliheftes:

Giovanni Galli, Prof Dr (Rom), Unter welchen Bedingungen konnen sich Herz- und Kreislaufkranke in Hohenanlagen aufhalten Fuld, Dr. E (Berlin), Neuere Anschauungen uber die Wirkungsweisen der Mineralwässer auf Magenaffektionen Gasis, Dr Demetrius (Athen), Ueber die Heilquellen Griechenlands Bickel, Prof (Berlin) und Dr Togami (Japan), Zur biologischen Prüfung eines neuen Mineralwassers Kauffmann, Hans (Berlin), Die Bedeutung der Quellenfassungen Link, Dr Franz (Karlsbad), Die Bedeutung von Trinkkuren bei chronischen Blinddarmaffektionen, Indikationen und Kontraindikationen. Silbergleit, Dr Herm (Kissingen), Die Indikationen Kissingens. Schütze, San.-Rat Dr. Carl (Bad Kösen). Ueber Inhalationen und das neue Inhalatorium (Pat. Körting) zu Bad Kösen Sippell, San.-Rat Dr. (Sooden a. Werra), Ueber die Herstellung kunstlicher Kohlensäure-Solbäder und ihre Anwendungsweise bei Blutarmut. Apt, Dr. (Bad Ems), Bad Ems Stern, Dr. Max (Reinerz), Bad Reinerz. Scherf, Dr (Orb), Bad Orb Gemmel, San.-Rat Dr. (Bad Salzschlirf), Wie läßt sich eine individualisierende Diät in Badeorten durchführen.

Bezugsbedingungen: „Die Z. f. B." erscheint monatlich und kostet jährlich M. 8,— exkl. Porto. Die Zeitschrift ist zu beziehen durch jede Buchhandlung und Postanstalt.
Probenummern unentgeltlich direkt vom Verlage Berlin SW 48, Wilhelmstr. 121.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen**, Berlin. **C. A. Ewald**, Berlin. **E. Friedberger**, Berlin. **P. Gerber**, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. **Ad. Schmidt**, Halle a. S. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. **M. Koeppen**, Berlin. **M. Mosse**, Berlin. **K. Partsch**, Breslau. **H. Rosin**, Berlin.
H. Senator, Berlin. **R. Sommer**, Gießen. **H. Unverricht**, Magdeburg. **O. Vulpius**, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 12. Juli 1908. **Nr. 28.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. W. B. Müller, Berlin: Die Behandlung der Frakturen . . . 437
2. F. Bahrmann, Sanat. Finkenwalde b. Stettin: Ueber Hämatopan 440
II. Referate:
1. Otfried O. Fellner, Wien: Puerperalfieber (Sammelreferat). . 443
2. H. E. Schmidt, Berlin: Radiotherapie 444
3. E. Meyer, Charlottenburg: Lungenkrankheiten 444
4. H. Landau, Berlin: Chirurgie 445
5. M. Peltzer, Steglitz: Kriegschirurgie 445
6. M. Peltzer, Steglitz: Soziale Medizin 446
III. Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 446
IV. Technische Neuerscheinungen:
W. B. Müller, Berlin: Konikusflaschen 446
V. Bücherbesprechungen:
W. Winsch, Halensee: Ueber Wärmekultur (Ref. W. Esch, Bendorf a. Rh) 447

ORIGINALIEN.

Die Behandlung der Frakturen.

Von Dr. **W. B. Müller**, Spezialarzt für Chirurgie und Gynäkologie, Berlin.

In dem täglichen Leben spielen die Knochenbrüche sowohl als die Folgen der Unfälle für das allgemeine Publikum als auch als Hauptkontingent der chirurgischen Fälle in der Sprechstunde eines vielbeschäftigten Arztes eine gar gewichtige Rolle. Eine hohe Bedeutung ist es, welche die Frakturenbehandlung erlangt hat, denn einesteils haben an einer sachgemäßen und kunstgerechten Behandlung ganz besonders die Versicherungs-Institute ein reges Interesse, denn sie sind es, welche den größten materiellen Schaden erleiden, wenn einer ihrer Versicherten durch eine schlechtgeheilte Fraktur dauernde Beeinträchtigung seiner körperlichen Arbeitsleistung und Energie erleidet, andererseits haben die Verletzten selbst ein hohes Interesse an einer Restitutio ad integrum vor allem, wenn sie keine Unterstützung durch Versicherungen haben. Und gerade das Gebiet der Frakturen ist es, welches so ungeheuer vielseitig und abhängig von tausenderlei Nebenumständen und unvorhergesehenen Zufällen ist, und in welchem selbst dem erfahrensten, gewissenhaftesten und tüchtigsten Chirurgen Mißerfolge schlimmster Art begegnen können. So muß man es noch immer erfahren, daß trotz bester Behandlung ein gebrochener Unterarm deform heilt und oftmals überhaupt eine Konsolidation ausbleibt. Bei dieser enormen Bedeutung der Behandlung der Frakturen wird es von Interesse sein, wenn in dem Folgenden ein kurzer Ueberblick über den modernen Stand der Frakturenbehandlung gegeben werden wird.

Man muß bei der Lehre der Frakturen im allgemeinen ei Arten unterscheiden, nämlich die Frakturen der Extremitätenknochen und die Frakturen der Knochen des Rumpfes. Die erstere Art soll uns hier ausschließlich interessieren, denn sie sind die bei weitem am häufigsten vorkommenden und den Arzt am häufigsten beschäftigenden, während die Frakturen der Knochen des Thorax und Schädels bedeutend seltener den praktischen Arzt direkt beschäftigen und von ihm eine Behandlung erfordern, denn solche Verletzte werden in den meisten Fällen einem Hospitale überwiesen werden, und der praktische Arzt hat da meist nur die erste provisorische Hilfeleistung zu verrichten. Es werden hier also vorerst nur die Frakturen der Extremitätenknochen behandelt werden, während die Therapie der Frakturen der Knochen des Thorax und Schädels an anderer Stelle erörtert werden soll.

Die Grundprinzipien der Behandlung der Frakturen der Extremitätenknochen sind: erstens die Taxis, zweitens Fixierung der Knochenenden in richtiger Lage. Das Hauptaugenmerk muß also darauf gerichtet werden, daß die bei dem Trauma, welches ja in den meisten Fällen eine Fraktur hervorruft, entstehende Dislokation der Bruchstücke gegeneinander wieder ausgeglichen wird und daß die Bruchstücke so gegeneinander gestellt werden, daß, wenn sie verwachsen sind, sie den Knochen in seiner normalen Form, Lage und Funktion nicht verändert haben. Diese richtige Stellung der Bruchstücke erzielt man durch die Taxis oder Reposition oder Einrichtung der Fraktur. Die Fixierung der Bruchstücke in dieser Stellung wird durch den Verband erzielt. Bei der Betrachtung der Therapie der Frakturen kommt noch eine andere Einteilung der Frakturen in Betracht, welche zwar nicht ganz logisch richtig, aber praktisch doch recht wichtig ist, nämlich die in komplizierte und nicht komplizierte Frakturen. Der Chirurg der Neuzeit wird ja wenig Wert auf diese Unterscheidung in manchen Fällen zu legen brauchen, aber in vielen Fällen ist unsere Therapie doch sehr abhängig von der Natur der Fraktur in dieser Hinsicht, da bei den komplizierten Frakturen, also bei denen, wo eines der Frakturenstücke oder alle die Weichteile perforieren und somit eine offene Wunde gebildet haben, neben der Taxis und Fixierung noch die Wundbehandlung als maßgebender Faktor für die Therapie hinzukommt. Es wird also immer eine Unterscheidung zwischen komplizierter und nichtkomplizierter Fraktur notwendig sein.

Die Diagnose der Frakturen an den Extremitäten hat ja in den seltensten Fällen für den chirurgisch nur etwas geschulten Arzt Schwierigkeiten. Man wird aus der abnormen Beweglichkeit, Dislokation, Krepitation und dem Schmerz neben lokaler Schwellung mit Sicherheit stets eine Fraktur diagnostizieren können. Die Röntgendurchleuchtung wird zur Sicherung der Diagnose noch als ultimum refugium übrig bleiben. Man hüte sich aber, die subjektive Untersuchung zu vernachlässigen in Hinsicht auf die Hilfe der Röntgenstrahlen, denn man wird oft in der Lage sein, die Röntgendurchleuchtung nicht ausführen zu können, und dann darf dem Arzte die Fähigkeit, eine genaue Diagnose zu stellen, allein durch seine Untersuchung nicht abgehen. Deshalb befleißige man sich stets, ohne Hilfe der Röntgenstrahlen eine Fraktur sicher zu diagnostizieren und verwende die Röntgenstrahlen lieber zur Kontrolle der eingerichteten Fraktur als zur Diagnose.

Die erste Maßnahme, welche der Arzt zu treffen hat, nachdem er eine Fraktur diagnostiziert hat, besteht in der Taxis. Man muß also untersuchen, wie die Fragmente der Fraktur gegeneinander stehen. Hierbei kommen noch zwei Momente in Betracht. erstens die Komplikation, zweitens die Interposition von Weichteilen. Es ist sehr leicht festzustellen, ob man eine komplizierte Fraktur vor sich hat, man erkennt das daran, daß entweder eines oder alle Fragmente die Haut durchspießen, daß man also den Knochen selbst frei zutage treten sieht, oder man erkennt es daran, daß eine offene Wunde an der Frakturstelle vorhanden ist. Bei der komplizierten Fraktur besteht stets die große Gefahr der sekundären Infektion. Da die Fraktur in den allermeisten Fällen durch ein Trauma entstanden ist, so wird die Gefahr der Infektion bei komplizierter Fraktur sehr groß sein, da das Trauma den Menschen ja meist bei der Arbeit oder während des Aufenthaltes außerhalb ganz sauberer Räume befällt. Die Infektion der Wunde ruft erstens eine lokale Entzündung, eine Phlegmone hervor, zweitens kann sie eine allgemeine Infektion hervorrufen. Die Phlegmone kann beschränkt bleiben auf das Unterhautzellgewebe, oder es kann eine Entzündung benachbarter Sehnenscheiden, Gelenke oder Blut- und Lymphbahnen entstehen oder es kann die Infektion nur das Knochenmark der Bruchenden befallen und somit eine Osteomyelitis entstehen. Die Allgemeininfektion besteht in allgemeiner Septikämie, welche meist mit lokaler Infektion einhergeht, oder sie besteht in Tetanus, der Infektion mit Tetanusbazillen, welche das Bild des Wundstarrkrampfes bedingen. Man muß stets die Möglichkeit des Tetanus bedenken, wenn man eine komplizierte Fraktur zur Behandlung bekommt, denn man hat gerade bei diesen Verletzungen sehr häufig diese schwere Erkrankung gesehen, namentlich dann, wenn der Verletzte auf der Straße oder auf der Erde das Trauma erlitt, so daß die komplizierte Fraktur mit Erde oder dem Schmutz des Straßenpflasters etc. in Berührung kam. Diese traurige Erfahrung, daß komplizierte Frakturen sehr oft mit Tetanus einhergehen, läßt es vielen Chirurgen sich zur Pflicht machen, prophylaktisch bei allen diesen Verletzungen Tetanusserum dem Patienten zu verabreichen. Wenn auch dieses Serum nicht unbedingt sicher gegen Tetanus wirkt, so kann man doch in manchen Fällen den Ausbruch der Krankheit event. verhüten. Der Grund, weshalb gerade die komplizierten Frakturen vor anderen Verletzungen häufiger von Tetanus gefolgt sind, liegt mit darin, daß die Tetanusbazillen anaerob wachsen. Wenn sie auf eine offene Wunde gelangen, wachsen sie nicht so rasch und gut und werden vom Blutstrom eher wieder aus der offenen Wunde hinausgespült, als wenn sie in die Wunde der komplizierten Fraktur gelangt sind, welche sich nach dem Zurückgleiten der Fragmente in die Weichteile wieder bis auf den Spalt der Haut schließt. Dabei gelangen die Tetanusbazillen in eine geschlossene Wunde ohne Luftzutritt, in welcher sie besonders günstigen Nährboden und günstige Verhältnisse zum üppigen Wachstum finden. Wie man diese Fälle behandelt, kann hier nicht näher erörtert werden.

Die komplizierte Fraktur muß zunächst von jedem sichtbaren Schmutz gereinigt werden, ehe man die Fragmente in die Weichteile reponiert. Ist dies geschehen, so wird die Fraktur eingerichtet und die Wunde offen gelassen. Man wird eher noch den Hautschlitz etwas erweitern, falls man den Eindruck hat, daß nicht genügend Abflußgelegenheit vorhanden ist. Man soll sich aber hüten, viel Manipulationen mit der Wunde vorzunehmen, man soll nicht viel waschen und desinfizieren, nur die groben sichtbaren Schmutz-, Erde- oder sonstigen verunreinigenden Teile entfernt man. Dann legt man einen aseptischen Verband oder einen Salbenverband auf die Wunde.

Bei der weiteren Behandlung kommt noch die Art der Fragmente in Betracht. Man unterscheidet da noch die glatten und Zertrümmerungsfrakturen. Bei den glatten Frakturen ist der Knochen vollkommen zerbrochen, doch die Fragmente zeigen feste Enden, während bei den Zertrümmerungsfrakturen die Fragmente zertrümmert sind, so daß man einzelne abgesprengte Knochenstücke (Splitter) findet. Bei der komplizierten Zertrümmerungsfraktur entfernt man durch die Wunde die erreichbaren Splitter, bei der nicht komplizierten läßt man sie intakt.

Die Taxis der komplizierten Fraktur ist nicht schwer. Man muß unter Kontrolle des Auges, Gefühles und event. der Röntgenstrahlen die Fragmente durch Zug an der Extremität in die richtige Lage bringen. Gelingt dies nicht in genügendem Maße, so schreitet man zur Operation. Diese kann, wenn die Wunde klein und nicht verunreinigt ist, sofort stattfinden, man legt die Fragmente frei und näht dieselben. Oder man wartet, wenn man eine Infektion der Wunde fürchtet, bis die Wunde geheilt ist. Dann setzt man eine neue Wunde und näht die Knochen. Die Operation wird aber nur in den seltensten Fällen nötig sein.

Außer der Komplikation der Fraktur kommt als erschwerendes Moment die Interposition von Weichteilen zwischen die Frakturfragmente vor. Es ist dies so zu denken, daß in den Zwischenraum zwischen die Fragmente sich Muskeln, Sehnen oder Fettgewebe einlagert. Diese Interposition ist ein sehr unangenehmes Vorkommnis. Ist nur wenig Muskelgewebe etc. dazwischen gelagert, so kann man durch starken Zug (Extension) an dem distalen Teil der Extremität die Weichteile aus dem Zwischenraum entfernen. Die Interposition von Weichteilen zwischen die Fragmente stellt man dadurch fest, daß die Krepitation undeutlich ist. Es kommt aber sehr leicht vor, daß man die Interposition bei der Taxis gar nicht erkennen kann. Ferner kommt es vor, daß die Weichteile sich trotz energischer Extension nicht aus dem Zwischenraum entfernen lassen, weil sie an den scharfen Spitzen und Zacken der Fragmente festhaken. Man gewahrt dies oder die Interposition überhaupt daran, daß die Fragmente nach 14 Tagen noch nicht anfangen zu konsolidieren. Dann ist mit Sicherheit eine Interposition anzunehmen, und man kann sie nur heben, indem man die Fragmente freilegt und nach Entfernen der interponierten Muskeln durch Knochennaht vereinigt.

Der Verband, welchen man bei der Fraktur an Extremitäten anlegt, bezweckt Fixierung der Fragmente in normaler Stellung, so daß, wenn dieselben verheilt sind, der Knochen in toto seine normale Form wiedererlangt hat. Es ist nun oftmals enorm schwierig, dies zu erreichen. Die Verbände, welche man anlegt, sind folgende: 1. Gipsverband, 2. Schienenverband, 3. Extensionsverband. Wenn man einen Verband für eine Fraktur wählt, muß man erwägen, ob eine totale Fixierung notwendig ist, oder ob der Erfolg besser durch Extension erreicht werden kann. Die Extension ist von Bardenheuer ganz besonders ausgebaut und bei jeder Fraktur von Extremitäten angewandt worden, und Bardenheuer hat ganz vorzügliche Erfolge damit gehabt. Es besteht aber ein Nachteil bei diesen Verbänden, nämlich der, daß der Extensionsverband den Kranken ans Zimmer oder gar ans Bett in vielen, ja in den meisten Fällen fesselt. In neuerer Zeit hat man nun die Ueberzeugung gewonnen, daß es absolut nicht notwendig und dienlich ist, die Extremität bei einer Fraktur so lange zu fixieren, wie man bis noch vor wenigen Jahren annahm. Je eher man den

Kranken wieder läßt Bewegungen anfangen, um so besser ist es für ihn. So hat man sogar empfohlen, bei vielen Frakturen, wie der Fractura humeri u. radii, gar keinen Verband anzulegen, sondern den Arm nur in eine Mitella zu legen und sonst sich selbst zu überlassen, nachdem man die Fraktur reponiert hat. Bei ruhigen Personen hat man zweifellos auch gute Erfolge damit erzielt, aber verallgemeinern darf man diese Art der Frakturenbehandlung nicht. Es ist zweifellos notwendig, wenn man den Kranken ambulant behandeln will, ihm bei einer Fraktur einen Verband anzulegen. Aber man muß folgendes stets bedenken und danach strikte handeln. Erstens darf der Verband nicht über zwei bis vier Wochen liegen, zweitens soll man durch Massage die Konsolidierung beschleunigen und unterstützen. Sobald die Fragmente durch Kallusbildung anfangen, sich zu verbinden, braucht man keinen Verband mehr. Die Kallusbildung hängt direkt ab von der Blutmenge, welche in der Umgebung der Bruchstelle vorhanden ist. Liegt die Extremität ruhig in einem fixierenden Verbande, so ist die Blutzirkulation sehr gering, und die Kallusbildung geht langsam vor sich. Man hat nun versucht, Hyperämie in dem Gliede zu erzeugen (Bier), und hat oberhalb der Bruchstelle eine Biersche Stauungsbinde angelegt. Dabei beobachtete man, daß die Kallusbildung sehr rasch vor sich ging. Aehnlich wirkt die Massage der Extremität. Auch durch dieselbe wird Hyperämie erzeugt und die Kallusbildung angeregt. Man wird also hieraus die Lehre ziehen, die Extremität nur so kurze Zeit, als unbedingt notwendig ist, zu fixieren. Sehr wertvoll sind ja die Extensionsverbände auch in dieser Hinsicht. Während dieselben liegen, kann man leichte Massage auf die Bruchstelle oder Heißluftmassage oder Stauungshyperämie applizieren. Wenn es also die sozialen Verhältnisse gestatten, wird man den Extensionsverband anwenden. Kann man denselben nicht verwenden, so legt man einen Schienen- oder Gipsverband an, welchen man nach acht Tagen abnimmt, um einen neuen für weitere acht Tage anzulegen und zugleich Massage, Heißluftmassage oder Stauung einmal zu applizieren. Nachdem die Fraktur nur einigermaßen angefangen hat, sich etwas zu konsolidieren, wird die Extremität nur noch in einen Schienenverband (Hülse) gelegt, welchen man täglich einmal abnimmt, um zu massieren. Bei dieser Behandlung gelingt es sehr bald, eine feste Kallusbildung und Heilung der Fraktur zu erzielen. Allerdings muß man individualisieren je nach der Art der Fraktur und dem Kranken selbst. Es kommt da vor allen Dingen das Alter des Patienten in Betracht. Es besteht ein großer Unterschied in dem Lebensalter; so heilen gebrochene Knochen bei einer jugendlichen Person meist sehr gut und rasch, sofern nicht andere pathologische Zustände vorhanden sind, wie Lues, Tuberkulose oder andere Konstitutionskrankheiten, welche gelegentlich die Heilung resp. Konsolidierung der Fraktur verhüten und erschweren können, während bei alten Personen, solchen über fünfzig Jahre, stets eine geringere Neigung zu Kallusbildung zu beobachten ist. Es kommt sehr oft vor, daß die Heilung einer Fraktur bei älteren Personen doppelt so lange Zeit beansprucht, als eine gleiche bei jugendlichen Kranken. Neben dem Alter sind, wie schon angedeutet, verschiedene Konstitutionskrankheiten Hinderungsmomente für die normale Kallusbildung. Man hat sehr oft beobachtet, daß luetische Personen lange Zeit an mangelnder Kallusbildung zu leiden hatten, ferner alle Personen, welche an chronischer Bleivergiftung, Phosphorintoxikation und ähnlichen Affektionen leiden, haben schlechte Aussichten bei Frakturen. Es ist aber deswegen nicht in jedem Falle notwendig, daß bei solchen Personen die Kallusbildung verhindert wird. So habe ich bei sehr alten, 75 Jahre und älteren Personen Frakturen sehr gut und rasch heilen sehen, ebenso bei Luetischen und dergleichen. Es kommt entschieden auf den Kräftezustand der betr. Personen an, wenn der Körper trotz Alter oder chronischer Erkrankungen ein noch hohes Maß von Vitalität besitzt, so wird er eine Fraktur leichter überstehen, als ein äußerst dekrepides, geschwächtes und nur noch ein geringes Maß von Vitalität besitzendes Individuum. Es ist aber doch wichtig für den Arzt, wenn er diese Verhältnisse bei Abgabe seines Urteils über den Verlauf der Heilung einer Fraktur berücksichtigt, er wird dann dem Patienten oder den Angehörigen manche Enttäuschung ersparen und ihnen die Dauer der Heilung sicher prophezeien können.

Die verminderte Kallusbildung zu bekämpfen, muß sofort unser Ziel sein, sobald wir bemerken, daß die Konsolidierung nicht in normaler Zeit und Weise beginnt. Es stehen uns zu diesem Zwecke verschiedene Mittel und Wege zur Verfügung, und wir wollen die hauptsächlichsten kurz erwähnen.

Die Kallusbildung besteht in einer Gewebsneubildung, welche mit der Zeit aus dem Bindegewebe Knochengewebe macht. Jede Gewebsbildung im Organismus hängt aber direkt zusammen mit den Blutverhältnissen sowohl des ganzen Organismus als auch des Gebietes der Fraktur, also der Umgebung der Frakturstelle selbst. Wenn nun die Kallusbildung in ungenügender Weise erfolgt, so muß man annehmen, daß entweder das Blut im allgemeinen unzureichend ist oder daß nicht genügend Blut in den Geweben um die Frakturstelle vorhanden ist. Man kann dem abhelfen, indem man eine vermehrte Blutzufuhr zu der Frakturstelle zustande bringt. Dies geschieht auf verschiedene und mehrfache Weise. In neuester Zeit hat man die bei entzündlichen Affektionen so warm empfohlene Biersche Stauung auch zur Anregung und Vermehrung der Callusbildung verwendet. Wenn man eine Extremität oberhalb der Frakturstelle durch eine Gummibinde leicht abschnürt, so daß der venöse Abfluß erschwert wird, der arterielle Blutzufluß aber erhalten bleibt, so entsteht in dem ganzen zentrifugal von der Gummibinde gelegenen Teile der Extremität eine Hyperämie, eine Stauung, welche zunächst als venöse Hyperämie anzusehen ist. Es kommt aber dabei auch eine Vermehrung des immer zuströmenden arteriellen Blutes in den Geweben zustande, und man hat den Zweck erreicht, einen vermehrten Blutgehalt in der Umgebung der Fraktur zu erzielen. Man hat von der bei mangelnder Kallusbildung längere Zeit angelegten Stauung gute Erfolge gesehen. Es ist ja die Stauung in diesem Falle zweifellos ungefährlich, und so kann man nur raten, dieselbe anzuwenden. Man ist nun so weit gegangen, jedes Glied mit Fraktur sofort der Bierschen Stauung zu unterziehen und hat geglaubt, damit eine raschere Konsolidierung zu erzielen. Es stößt diese Art der Frakturenbehandlung aber auf Schwierigkeiten, denn man kann bei Verwenden der Stauung nicht feste fixierende Verbände anlegen und muß die Kranken unter steter Kontrolle halten können. Gewiß, es heilen selbst schwere Frakturen auch ohne jeden Verband, aber es wird doch nicht immer möglich sein, die Patienten in der Klinik zu behandeln, und das Risiko einer Gangrän, die bei Stauung und fixierendem Gipsverband eintreten kann, wenn man den Kranken nicht immer unter Aufsicht haben kann, wird doch niemand übernehmen wollen. Somit wird man die Anwendung der Stauungshyperämie nur für wenige Fälle reservieren können. Sie ist nur für die Spitalpraxis brauchbar, wo man den Kranken immer unter sachgemäßer Kontrolle hat und die Extremität event. ohne fixierenden Verband sachgemäß lagern kann. Auch bei den Extensionsverbänden ist die Stauung schwer anwendbar.

Man kann aber eine wirksame Hyperämie auf andere Art noch erzeugen und zwar die arterielle Hyperämie. Dieselbe wird erzielt durch Heißluftbäder, Heißluftmassage nach Klapp, manuelle Massage oder Applikation von heißen Umschlägen. Durch Hitze, welche durch den heißen Luftstrom in den Bierschen Heißluftkästen oder den anderen Heißluftapparaten oder durch die Heißluftmassage oder heiße Umschläge auf die Frakturstelle einwirkt, wird in den Geweben in der Umgebung der Fraktur eine starke arterielle Hyperämie erzeugt, und diese ist es, welche ganz besonders zur Kallusbildung anregend wirkt. Um diese anwenden zu können, muß man aber auch die Extremität aus dem Verbande nehmen. In gleicher Weise wirken die Massage der Extremität mit der Hand oder die Vibrationsmassage, auch die Bewegungen der Frakturenden gegeneinander wirken hauptsächlich durch Erzeugen einer Hyperämie. Man wird diese Methoden dann anwenden, wenn man nach Abnahme des ersten Verbandes nach acht bis vierzehn Tagen nach dem Trauma noch Krepitation, abnorme Beweglichkeit und alle Zeichen mangelnder Konsolidierung findet. Es genügt da in vielen Fällen schon die einmalige Anwendung der Massage, Heißluft oder Bewegungen, um eine rasche Konsolidierung zu erzielen. Man legt dann nach der Massage oder dem Bad sofort wieder einen fixierenden Verband an, den man zehn Tage liegen läßt. Nach Verlauf dieser Zeit und Abnahme des Verbandes wird man dann schon eine gute Kallusbildung gewahren. In schweren Fällen aber, wo eine einmalige Applikation von Heißluft, Massage etc. keinen Erfolg hat, verfährt man am besten so, daß man eine abnehmbare Gipshülse anfertigt, welche die Extremität in guter Stellung fixiert. Diese Hülse nimmt man jeden Tag einmal ab und appliziert ein Heißluftbad oder Massage etc. So verfährt man jeden Tag und kann kontrollieren, ob die Kallusbildung vor sich geht. Schon nach dreimaliger Behandlung werden die Frakturen konsolidieren. Man hat hierbei den großen Vorteil, daß man die Extremität durch die Hülse in der Zwischenzeit in guter Stellung fixieren kann. Allerdings muß man auch für diese Behandlung den Kranken entweder in Hospitalpflege haben, oder er muß täglich in die Sprechstunde kommen können, wenn z. B. die Fraktur an der oberen Extremität lokalisiert ist, oder der Arzt muß den Kranken täglich besuchen können. Man lasse aber solche Fälle nie ohne eigene Kontrolle, so daß man z. B. den Kranken selbst die Hülse abnehmen und sich durch andere massieren etc. ließe. Man verliert dabei die Kontrolle über die Stellung der Frakturenden, und es können große Fehler entstehen, die ein schlechtes Heilungsresultat ergeben, für das immer der Arzt verantwortlich bleibt. (Schluß folgt.)

Aus dem Sanatorium Finkenwalde bei Stettin.

Ueber Hämatopan.

Von Dr. **Fritz Bahrmann**, leitendem Arzt.

Unter den Medikamenten, welche zur Unterstützung einer Ernährungskur bei Nervösen, Magendarmkranken, Blutarmen und anderen den Ernährungszustand reduzierenden Krankheiten gegeben werden, hat neben dem Arsen das Eisen von jeher eine große Rolle gespielt.

Zwar glaubte man früher (ich folge hier im wesentlichen den Ausführungen Kionkas: Der heutige Stand der Eisentherapie, Med. Klinik 1905, Nr. 15), daß von dem per os eingeführten Eisen nichts resorbiert werde, da man fast die ganze eingegebene Menge im Kot wiederfand und das wenige, was vielleicht fehlte, durch Fehler in der Analyse erklärt werden konnte. Man nahm an, das Eisen wirke nur dadurch, daß es im Darmkanal den Schwefelwasserstoff beziehungsweise den Schwefel der in Fäulnis begriffenen Eiweißkörper in Beschlag nähme und hierdurch die eisenhaltige hämatogene Substanz der Nahrung davor schütze, durch Schwefelwasserstoff zersetzt zu werden; allein die Darreichung von Mangan, welches ebenso wie Eisen den Schwefelwasserstoff bindet, leistet für die Blutbildung nichts. Andere glauben, daß die Eisenpräparate ähnlich wie Tannin adstringierend und tonisierend auf Magen- und Darmschleimhaut wirken und sie zur Assimilation besser befähigen, doch ist diese Erklärung wohl nicht stichhaltig, da sich die Chlorose auch durch subkutan dargereichtes Eisen heilen läßt.

Ueber die Schicksale des per os eingeführten Eisens haben die letzten Jahre Klarheit geschaffen. Hiernach wird fast jedes Eisenpräparat im Magen und Darm in Eisenalbuminat verwandelt und im Duodenum teilweise resorbiert. Es erscheint dann in der Leber teils in ionaler Form, d. h. durch Schwefelammon fällbar, teils maskiert, d. h. organisch z. B. als Nukleoproteid gebunden. Die Ausscheidung des Eisens erfolgt durch die Schleimhäute des Zökums und des Dickdarms.

Die gut löslichen Eisensalzlösungen wirken je nach der Konzentration ätzend, indem sie gierig Eisenalbuminatverbindungen eingehen, oder styptisch oder adstringierend. Diese örtliche Wirkung kommt allen per os eingegebenen Eisenverbindungen zu, welche das Eisen in salzartiger Bindung, d. h. in ionaler Form enthalten, sehr viel weniger aber denjenigen Eisenverbindungen, welche das Eisen in organischer Form enthalten.

Man wird deshalb zweckmäßig, um die Aetzwirkung zu vermeiden, das Eisen in Form von Eisenalbuminaten verabreichen. Ganz ohne ätzende und adstringierende Wirkung wird es dabei allerdings nicht abgehen, weil beim Verweilen im Magen unter dem Einfluß der Pepsinsalzsäure Eisen abgespalten wird.

Es gibt jedoch alkalische Eisenalbuminate (resorbiert werden nur alkalische Eisenalbuminate), welche das Eisen im Säuremolekül enthalten, und die wegen ihres säureartigen Charakters als „Ferrialbuminsäuren" bezeichnet werden. Diese Verbindungen bilden nach Grüning mit schwacher Salzsäure, wie sie im Magensaft enthalten ist, kein ätzendes Eisenchlorid, sondern werden nur in saures, nicht diffundierbares Albuminat umgesetzt. Das Alkali des Darmes stellt daraus die ursprüngliche Verbindung wieder her, welche leicht diffundiert und resorbiert wird.

Zu diesen Verbindungen, welche das Eisen in „maskierter" Form enthalten, gehören die zahlreichen Blutpräparate, vorausgesetzt, daß der Blutfarbstoff nicht zu sehr durch die Bearbeitung verändert oder zersetzt ist.

Eins dieser Blutpräparate ist das von mir benutzte Eisenpräparat Hämatopan, denn es enthält nach den Analysen des Herrn Professor Dr. Loeb vom Virchow-Krankenhaus in Berlin den Blutfarbstoff in Form des Oxyhämoglobins, außerdem enthält es Oxydasen, d. h. die Oxydation beschleunigende fermentartige Körper, und besitzt somit nach dem Urteil des eben genannten Forschers dieselben oxydativen Eigenschaften wie das Blut.

Ueber die Wirkung des Eisens im Organismus möchte ich nach Kionka noch folgendes anführen.

Früher betrachtete man das eingeführte Eisen wesentlich, wenn nicht ausschließlich, als Bildungsmaterial für die roten Blutkörperchen, und aus dieser Ueberlegung heraus griff man auch zur Darreichung des Eisens in Form des roten Blutfarbstoffs. Allerdings erscheint es nach den verschiedenen Wandlungen, welche die verschiedenen Eisenverbindungen durchmachen, wenig aussichtsvoll, allein in Form von Hämoglobin genügend Eisen zur Resorption zu bringen, wie ja auch das Eisen der Nahrung trotz überreicher Zufuhr meist nicht zur Ausübung einer Heilwirkung genügt. Deshalb wird man bestrebt sein müssen, das Eisen in einer Form zu geben, welche die katalytische Eigenschaft des roten Blutfarbstoffs am meisten entwickelt. Diese Fermentwirkung ist nun nach Schade nicht sowohl von der quantitativen Eisenzufuhr abhängig, als vielmehr von der Qualität des eingeführten Eisens. Die katalytische Kraft ist nämlich proportional der Metalloberfläche, so daß dem Metall in kolloider Form die stärkste katalytische Wirkung zukäme. Hinsichtlich des Wertes der verschiedenen Eisenpräparate würde also von diesem Gesichtspunkte aus das entscheidende Moment darin zu suchen sein, ob das Präparat geeignet ist, nach seiner Resorption eine die Oxydationsbeschleunigung auslösende Modifikation zu liefern, welche längere Zeit unverändert im Körper zu verweilen vermag.

Ob das Hämatopan dieser Forderung entspricht, weil es Oxydasen enthält, oder ob diese fermentartigen Körper auf dem Wege durch den Magen und Darm durch die Verdauungssäfte zerstört oder unwirksam gemacht werden, läßt sich wohl nur auf Grund eingehender Untersuchungen entscheiden. Jedenfalls enthält das Hämatopan das Eisen in leicht resorbierbarer Form und bei dem fermentativen Charakter der Eisenwirkung auch in genügender Menge.

Das Hämatopan enthält 35 % Oxyhämoglobin, 5 % Wasser, 3 % natürliche Blutsalze und 57 % Malzextrakt.

Es wird von den Sudbracker Nährmittelwerken in Bielefeld nach einem zum D. R. P. angemeldeten Verfahren dargestellt: das Präparat kommt unter dem zum Musterschutz angemeldeten Namen „Hämatopan" in den Handel. Das Hämatopan hat eine feine kristallinische Lamellenform von rubinroter Farbe und löst sich im Wasser zu einer weinroten Flüssigkeit von der Farbe des frischen arteriellen Blutes. Durch einen Zusatz von Malzextrakt wird die leichte Löslichkeit des Hämoglobins erzielt, der Nährwert des Präparates erhöht und ein angenehm riechendes und wohlschmeckendes Blutpräparat erhalten.

Da Eiweiß und Kohlehydrate unbedingt in dem richtigen Verhältnis dem Körper gereicht werden müssen, um den Verbrauch desselben im Gleichgewicht zu halten, so erscheint mir die Vereinigung eines leicht resorbierbaren Eiweißes mit dem seit langem als Nähr- und Stärkungsmittel anerkannten Malzextrakt als eine besonders glückliche Kombination.

Der Hersteller schreibt über das Präparat:

„Da die Nährpräparate in allen denjenigen Fällen zur Verwendung gelangen, in denen man sich in die Notwendigkeit versetzt sieht, durch Zufuhr leicht verdaulicher, nahrhafter, löslicher Stoffe die Ernährung zu heben, so wurden nach der früheren Ernährungstheorie vornehmlich künstlich verdaute Eiweißkörper, Peptone und Albumosen verwandt. Trotz der durch Rich. Neumeister und G. v. Bunge längst erfolgten Aburteilung der vielfach wertlosen Albumosen- und Peptonpräparate werden dieselben noch häufig angewandt. Die Absicht, durch diese künstlich verdauten Präparate dem Körper die Arbeit abzunehmen, ist als eine verfehlte zu betrachten. Denn nach Angabe von J. König, „Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genußmittel“, hat R. O. Neumann gefunden, daß ein sehr bekanntes Albumosepräparat zum Teil unausgenutzt im Kot ausgeschieden wurde, vorwiegend wohl deshalb, weil schon nach 20 g des Präparates die Stühle breiig diarrhöisch wurden und lästiges Afterjucken auftrat. Auch vermochte in diesem Falle die Albumose den Körper nicht im Stickstoffgleichgewicht zu halten.

Die Verdaulichkeit der Fleischalbumosen beträgt nur bis zu 40 bis 50 %, während Fleischeiweiß bis zu 90 % ausgenutzt wird.

Durch diese Ergebnisse der Forschungen auf dem Gebiete der Ernährungslehre ergibt sich, daß die künstliche Verdauung den Nährwert des nativen Eiweißes herabsetzt und den Präparaten mit nativem, löslichem Eiweiß der Vorzug zu geben ist. Die wichtigste Eiweißquelle ist das Fleisch bezw. das Blut. Das letztere ist heute durch das Dr. Hommelsche Hämatogen ein in den weitesten Kreisen bekannt gewordenes Nährmittel. Denn das Blut, „das rote Lebenselixier“, enthält sämtliche zum Körperaufbau notwendigen Baustoffe. Das Hämoglobin mit seinem natürlichen Eisengehalt, der fest an den Blutfarbstoff gebunden ist, ist ein vorzüglicher Blutbildner.

Prof. Dr. R. Kobert schreibt in seiner Pharmakotherapie: Das Blut bildet den Ausgangspunkt für die Darstellung vieler, seit einigen Jahren mit Recht immer mehr begehrter Eisenpräparate. Kleinen Kindern, denen, falls die Mütter blutarm sind, eine viel zu eisenarme Milch durch die Mutterbrust zufließt, hat man alle Ursache, Eisen arzneilich zuzuführen; die Präparate der Pharmakopoën wirken bei ihnen erfahrungsgemäß sehr schlecht, während die vom Blut sich herleitenden vortrefflich vertragen werden und energisch blutbildend wirken.

Für Chlorotische muß man nur nach Kobert das Blut von Bakterien und giftigen Stoffwechselprodukten befreien und seinen Farbstoff in eine zwischen Hämoglobin und Hämatin stehende Stufe und eine möglichst wenig an Blut erinnernde geruch- und geschmacklose Form bringen, die den Magen ungelöst passiert, im Darm nicht teerartig wird und langsam aber sicher zur Aufsaugung kommt.

Nun läßt allerdings die Darreichungsform des Blutes in Form von Hämatogen in dieser Hinsicht viel zu wünschen übrig. Das Hämatogen des Handels besteht durchschnittlich aus 30 % Hämoglobin, die übrigen 70 % bestehen aus Wasser bezw. Glyzerin- oder Alkohol-Zusatz. Zunächst sind diese konservierenden Zusätze zu verwerfen. Ferner widerspricht es dem ästhetischen Gefühl der meisten Patienten, die dickliche, klebrige, rote Blutflüssigkeit zu trinken. Oft genug habe ich Klagen darüber gehört, daß Hämatogen so unappetitlich sei.

Abgesehen von diesen Aeußerlichkeiten finden sich häufig Flaschen mit verdorbenem Inhalt unter den vielen Präparaten verschiedener Herkunft. Namentlich im Anbruch ist der Inhalt leicht dem Verderben ausgesetzt und bildet ein vorzügliches Substrat für die Bakterien der Luft. Koning hat durch seine Untersuchungen festgestellt, daß das Hämatogen selten keimfrei ist. Koning fand unter sieben Präparaten nur ein Hämatogen, welches wirklich frei von Organismen war. In einem Gramm wurden 36 000 bis 700 000 Mikroorganismen gefunden. Es ist daher dringend nötig, daß in unserer Zeit bei den vielen neu auftauchenden organotherapeutischen Mitteln auch der Biologe einmal seine warnende Stimme ertönen läßt. Alle diese erwähnten innewohnenden und äußeren Mängel würden bei einem fachgemäß dargestellten und gereinigten, trockenen Hämatogen fortfallen. Ich habe nun verschiedene derartige Trockenpräparate untersucht und gefunden, daß diese sehr schwer, zum Teil unlöslich sind und eine braunrote Lösung ergeben, die darauf schließen läßt, daß das Hämoglobin teilweise zersetzt ist. Denn man muß die Anforderung stellen, daß das Trockenpräparat sich leicht im Wasser löst und eine schöne weinrote Färbung von der Farbe des frischen arteriellen Blutes gibt.

Durch den Gang der Fabrikation enthält das Hämatopan Serum- und Hämoglobineiweiß als leicht lösliches „natives“ Eiweiß. Wie durch einen Verdauungsversuch festgestellt ist, sind von dem Gesamteiweiß 96,41 % verdaulich. Somit dürfte man das Hämatopan als ein völlig verdauliches Eiweißpräparat bezeichnen. Infolgedessen wird dieses Präparat im Darm sicher zur Aufsaugung gelangen.

Besonders hervorzuheben ist noch der wertvolle Lezithingehalt von 1,20 %. Das Lezithin ist die natürliche Glyzerin-Phosphor-Eiweißverbindung, der sogenannte natürliche — physiologische — Phosphor.

Die experimentellen Forschungen haben ergeben, daß das Wachstum und die Vermehrung der Zellen, somit alles organische Leben an die bioplastischen Vorgänge der Lezithine gebunden ist. Die Lezithine finden sich in jeder lebenden Zelle, sie bilden einen wichtigen Bestandteil der Nervensubstanz, des Gehirns und der Blutkörperchen. Daher ist Hämatopan durch seinen unveränderten natürlichen Lezithingehalt ein besonders geeignetes Kräftigungsmittel für das Gehirn und die Nerven. Hämatopan ist daher berufen als natürliches Heilmittel für Neurastheniker. Serno, Danilewski, Ariès, Zuntz bestätigen, daß kleine Mengen Lezithin ausgezeichnete Dienste für die Zellbildung und Zellmast leisten. Die Anwendung des Lezithins hat sich nach Angaben obiger Autoren bewährt bei erschöpften Greisen und durch jugendliche Exzesse heruntergekommenen Personen, ebenso bei Neurasthenie, Tuberkulose, Rhachitis und Skrophulose.

Eiweiß und Kohlehydrate müssen jedoch unbedingt im richtigen Verhältnis dem Körper gereicht werden, um dessen Verbrauch im Gleichgewicht zu halten.

Prof. R. Kobert schreibt darüber in seiner Pharmakotherapie: „Fast alle Kohlehydrate haben außer ihrer nährenden Funktion im Darm auch noch eine antiseptische; sie vermindern nämlich die Eiweißfäulnis im Darmkanal, indem sie zum Teil in Milchsäure, Essigsäure, Buttersäure und andere organische Säuren, welche den eiweißspaltenden Darmbakterien entgegenwirken, übergehen. Schon dieses einen Umstandes wegen ist es äußerst wünschenswert, daß unsere Nahrung immer eine aus Eiweißsubstanzen und relativ viel Kohlehydraten bestehende ist. Sobald wir die letzteren zugunsten der ersteren sehr vermindern, bekommen wir, wie der Laie sich ausdrückt, einen „verdorbenen Magen“ und „riechen aus dem Halse“, d. h. wir bilden im Darm stinkende Fäulnisprodukte der Eiweißstoffe, welche die Exspirationsluft übelriechend machen. Bei der Behandlung der Zuckerkranken hat man dieser äußerst wichtigen Tatsache häufig nicht genügend Rechnung getragen.“

In den letzten Jahren haben die Physiologen diesen Kohlehydraten, den Zuckerarten ein erhöhtes Interesse zugewandt. Denn in der eiweiß- und fettsparenden Kraft des Zuckers liegt eine hohe nationalökonomische und therapeutische Bedeutung. Prof. E. Stadelmann schreibt: „Ein Eßlöffel voll Malzextrakt entspricht dem Nährwert eines Eies!“ Malzextrakt findet hauptsächlich Verwendung bei fieberhaften Krankheiten, besonders bei Ikterus, da hier die Zufuhr von Fetten abgeschnitten ist und die Kohlehydrate guten Ersatz leisten. Die Maltose, der Hauptbestandteil des Malzextraktes, wird besonders leicht und schnell resorbiert. Die verschiedenen Zuckerarten werden mit verschiedener Schnelle und in verschiedenen Mengen resorbiert. Bei Versuchen an Hunden fand Albertoni, daß im Laufe der ersten Stunde 100 g eingeführten Zuckers resorbiert wurden: von Glukose 60 %, von Maltose und Rohrzucker 70 bis 80 % und von Milchzucker nur 20 bis 40 %.

Früher nahm man nun an, daß die Kohlehydrate nur in der Weise wirksam seien, daß sie das Eiweiß und das aus ihm entstandene Glykogen sparten (Ersparnistheorie von Weiß, Wolfenberg u. a.). Dieser Ansicht gegenüber haben C. und E. Voit gezeigt, daß die Kohlehydrate „echte Glykogenbildner“ sind. Solche echte Glykogenbildner sind die drei gewöhnlichen Mono- und Disaccharide. Der Milchzucker und der Rohrzucker gehen nach subkutaner Einverleibung fast vollständig in den Harn über, und sie müssen also behufs Glykogenbildung vorerst im Darmkanal einer Inversion unterliegen. Von der Maltose, die auch im Blut gespalten wird, geht dagegen nur wenig in den Harn über und sie kann, wie die Monosaccharide, selbst nach subkutaner Injektion für die Glykogenbildung verwertet werden. (Fr. Voit.) Gegenwärtig dürfte man wohl allgemein der Ansicht sein, daß das Glykogen sowohl aus Eiweiß wie aus Kohlehydraten entstehen kann.

Das Hämatopan entspricht den beiden Hauptanforderungen, die an ein modernes Blutpräparat gestellt wurden. Hämatopan enthält natives, lösliches Eiweiß mit organisch gebundenem Eisen und lösliche Kohlehydrate im richtigen Verhältnis. Dem Arzt wird hiermit ein Präparat in die Hand gegeben für alle diejenigen Fälle, in denen er sich gezwungen sieht, durch Zufuhr leicht verdaulicher nahrhafter Stoffe das Allgemeinbefinden zu heben, ohne dem Körper unnötigen Ballast zuzuführen.

Ich lasse hier nun einige Fälle folgen, die von mir im Laufe des Jahres 1907 mit Hämatopan behandelt worden sind.

Fall G. Sängerin, 25 Jahr, Masern und Scharlach als Kind. Im Schlaf gesprochen, gewandelt. Seit dem 15. Jahre (infolge des Tanzens?) bleichsüchtig Herzklopfen seitdem. Menses regelmäßig, ohne molinima. Nervenschmerzen in den Armen und Beinen in späteren Jahren. Studierte Klavierspiel und Gesang. Appetit immer mäßig, wählerisch im Essen. Anfälle von Uebelkeit und Erbrechen 1 bis $1^{1}/_{2}$ Stunden dauernd. Stuhl angehalten Blutandrang nach dem Kopf. Kopfschmerzen stark und lange dauernd. Angst vor größeren Menschenansammlungen. Seit einiger Zeit Erschlaffung der Kehlkopfmuskulatur. Weihnachten 06 Anfall von Gicht. Mit Halbbädern, Massage, Liegekur und Luftbädern behandelt, besserte sich das Befinden Das Körpergewicht stieg bei der allgemeinen Diät von 51,5 kg am 10. V. 07 bis 53,0 am 30. V. Von da ab wurde zur Beschleunigung der Körpergewichtszunahme Hämatopan 3mal tgl. ein Theelöffel gegeben. Daraufhin nahm die Patientin in einer Woche 2 kg zu. Dienstag am 6. VI. 55,0 kg. Leider setzte in den nächsten Tagen eine langer dauernde Magenverstimmung nervöser Natur ein, welche den Appetit der Patientin so stark reduzierte, daß sie in den nächsten acht Tagen wieder ein Pfund abnahm. Sie wurde dann am 15. VI. mit einem Gewicht von 54,5 kg (Gesamtzunahme 6 Pfund) im Allgemeinbefinden wesentlich gebessert entlassen. Die Funktionen des Kehlkopfs waren nach dem Urteil eines Berliner Spezialisten, der sie schon vorher behandelt hatte und dem sie sich bald nach der Kur wieder vorstellte, vollständig in Ordnung.

Fall L. Schülerin, 16 Jahre alt. Masern, Scharlach, Diphtherie als Kind. Mit 12 J. Pleuritis von über einem Monat, lange Rekonvaleszenz. Im März 06 Bronchitis, viel gehustet, eine Woche zu Bett, nachher Darmentzündung. Oft Kopfschmerzen, bei körperlichen Anstrengungen leicht ermüdend. Befund: Hochgewachsenes, schmalbrüstiges, blaß aussehendes Mädchen. Die Körperorgane bieten keinen besonderen Befund. Atemgeräusch laut, an manchen Stellen nicht ganz rein, Reste der überstandenen Pleuritis sind nicht festzustellen. Körpergewicht am 14. V. 43 kg. Die Behandlung bestand in Halbbädern, Massage, Liegekur, Luftbädern und Hämatopan. 6 Mahlzeiten am Tage. Das Körpergewicht hob sich in der Zeit vom 14. V. bis 21. VI. um 6 kg. Dementsprechend besserte sich das Allgemeinbefinden und das Aussehen bedeutend. Patientin wog bei der Entlassung am 22. VI. 49,0 kg.

Fall K. 35 J. alt, Ehefrau. Erste Periode mit 11 Jahren. Im 14. Jahre Masern und schwere Ohrenentzündung. Mit 15 Jahren starke Bleichsucht. Bei der Periode, die immer vorzeitig eintrat, sehr stark war und etwa acht Tage dauerte, hatte sie immer migräneartige Kopfschmerzen (ohne Erbrechen) und fühlte sich sehr matt. Pat. bekommt bei irgendwelchen Veränderungen in ihrer Umgebung leicht Herzklopfen. Schlaf und Appetit gut. Status: Kleine, schmächtig gebaute, magere, blasse Frau. Innere Organe o. B. Herztätigkeit regelmäßig, Töne rein. II. Ton akzentuiert, Puls 80 bis 90, scwach. Bei Herzklopfen stark beschleunigt und sehr klein, Sehnenreflexe gesteigert. Dia Behandlung bestand in elektrischen und Fichtennadelbädern, Liegekur (in den ersten 8 Tagen Bettruhe), allgemeiner Faradisation, 7 Mahlzeiten am Tage, 3mal einen Theelöffel Hämatopan. Das Körpergewicht stieg vom 6. XI. bis 9. XII. um 5 kg von 44 kg auf 49 kg. Das Allgemeinbefinden hob sich wesentlich, die Menses traten nicht verfrüht auf, die Dauer derselben wurde, da sie noch stark waren, durch Styptol (Knoll) prompt und ohne Beschwerden verkürzt. Die sonst sehr starken Kopfschmerzen waren wesentlich geringer.

Fall W. Schüler, 11 Jahre alt. Im ersten Jahre Mittelohreiterung und Operation, Heilung nach $^{1}/_{4}$ Jahr. Vor 3 Jahren Scharlach, daran anschließend Blutvergiftung und Nierenentzündung. Seit der Zeit Eiweiß im Urin. Befund: Blasser, mäßig genährter Junge. Körperorgane o. B. Im Urin $^{1}/_{2}$ ‰ Eiweiß (Esbach). Die Behandlung bestand in Halbdampfbädern, Liegekur und laktovegetabilischer Diät mit wenig Fleisch, Körpergewicht am 29. V. 30 kg, 3. VI. 32 0 kg, 7. VI. 32,0 kg, 12. VI. 33,0 kg, 15. VI. 33,0 kg. Da das Körpergewicht nur langsame Fortschritte machte, bekam Patient in den letzten 8 Tagen seiner Kur Hämatopan in den üblichen Dosen und nahm in dieser Zeit dann noch 1 kg zu, so daß sein Gewicht am 22. VI. 34,0 kg betrug. Leider mußte die Kur aus äußeren Gründen abgebrochen werden. Im Urin, der täglich untersucht wurde, waren zuletzt nur noch minimale Spuren von Eiweiß vorhanden.

Fall S. 13 J. alter Schüler. Vater lebt, früher lange an tuberkulöser Lungenaffektion gelitten, jetzt geheilt. Mutter der Mutter an Tb. gestorben. Patient hatte als Kind Masern. Mit 5 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung. Litt viel an Mandelentzündungen und nervösen Zuckungen. Im Frühjahr 07 2mal Influenza, im Anschluß an die zweite Influenza katarrhalische Lungenentzündung. 5 bis 6 Tage hohes Fieber, lytischer Abfall. Status: Hochaufgeschossener, magerer Junge von phthisischem Habitus. Innere Organe ohne besonderen Befund. Puls 94. Atemgeräusch über beiden Lungenspitzen verdächtig. Perkutorisch o. B. Appetit schlecht, Stuhl angehalten. Die Behandlung bestand in Massage, Packungen, Liegekur, Solbädern und Hämatopan. Gewicht am 19. VI. 41,0 kg. Im Verlauf der sechswöchigen Kur nahm Patient 6 Pfund zu und am wurde 3. VIII. mit einem Körpergewicht von 44,0 kg gebessert entlassen.

Fall A. 31 Jahre alt, Postbeamter. Als Kind Diphtheritis. Anzeichen nervöser Disposition. Mit 24 Jahren Nierenentzündung. Zeitweilig viel getrunken. Im vorigen Jahre Influenza, im Urin Eiweiß festgestellt, von seiten der Niere keine Beschwerden. Stärkere Nervosität seit 1903. Bei der Arbeit zur Sekretärprüfung brach er zusammen, war morgens matt, konnte nicht auf den Beinen stehen, mußte längeren Urlaub nehmen. Status: Mittelgroßer, mäßig genährter, blaß aussehender Mann mit schlaffer Muskulatur und müdem, deprimiertem Gesichtsausdruck. Sehnen- und Hautreflexe gesteigert. Tremor der Hände, keine Druckpunkte. Innere Organe o. B. Im Urin Spuren von Eiweiß. Befund über den Lungenspitzen nicht eindeutig, bei einer früheren Untersuchung wurde von einem Arzte der Verdacht einer Lungenspitzenaffektion ausgesprochen. Die Behandlung bestand in Massage, Abreibungen, Packungen, Diät, Liegekur und Hämatopan. Patient erholte sich sehr langsam, nahm aber in der Zeit vom 14. II. bis 29. IV. im ganzen 11 Pfund zu. Das Allgemeinbefinden hatte sich schließlich in dem Maße gehoben, daß Patient seinen Dienst wieder aufnehmen konnte und mit kurzen Unterbrechungen auch heute noch tut. Die Besserung seines Befindens hat nach der Kur noch weitere Fortschritte gemacht.

Die angeführten Fälle lassen darauf schließen, daß das Hämatopan die anregenden Wirkungen eines Fleischsaftes und die ernährenden Eigenschaften des Fleischeiweißes besitzt. Die anregende Wirkung dürfte, wie oben gesagt, auf den Gehalt an Oxydasen, Blutsalzen und Lezithin zurückzuführen sein. Die ernährende Wirkung findet eine Erklärung darin, daß das in dem Hämatopan enthaltene Hämoglobin- und Serumeiweiß sehr leicht verdaulich ist und gut ausgenutzt wird; es steht dem Fleischeiweiß sehr nahe und ist physiologisch damit identisch. Blut könnte man demnach als flüssiges Fleisch bezeichnen. Jedenfalls ist das Hämatopan als Nährpräparat und zugleich als Blutbildner den Fleischsäften mit sogenannten „purem“ Fleischeiweiß vorzuziehen, denn, wie nachgewiesen ist, enthalten diese künstlich zugesetztes Eiweiß von zweifelhafter Reinheit und Herkunft. Daß es imstande ist, das Körpergewicht zu steigern, zeigt der Fall G., welcher nach Hämatopan bei sonst gleichbleibender Kost in einer Woche vier Pfund zunahm, während er vorher nur etwa wöchentlich ein Pfund zugenommen hatte. Aehnlich verhält sich der Fall W., der nach zweiwöchigem Stillstand des Körpergewichts nach einer Hämatopanwoche noch zwei Pfund zunahm. Ein eklatanter Einfluß auf das Allgemeinbefinden war in fast allen Fällen festzustellen, besonders aber in den Fällen K., A., L. und G.

Da das Präparat billig ist, 100 g kosten M. 1,80, sein Geschmack angenehm und die Anwendungsweise sehr bequem, so wird es sich wohl bald unter den bevorzugteren Mitteln einen Platz erobern.

REFERATE.

Puerperalfieber.

Sammelreferat von Frauenarzt Dr. **Otfried Fellner**, Wien.

Nach Mansfeld enthält der Uterus fieberfreier Wöchnerinnen am vierten und fünften Tag des Wochenbetts in 60% Keime und in $22\frac{1}{2}$% Streptokokken. Die Fälle mit keimhaltigen Lochien unterscheiden sich durch nichts von den sterilen Fällen. Die Zahl der inneren Untersuchungen, die Dauer der Geburt, die Art und Dauer der Nachgeburtsperiode erklären nicht die An- oder Abwesenheit der Keime. Das Strichpräparat gibt bei fieberfreien Fällen keine Auskunft über den reinen Gehalt des Uterus, resp. heißt es noch nicht steril, wenn im Strichpräparat nichts zu sehen ist, da eben bei fieberfreien Fällen die Zahl der Keime außerordentlich klein zu sein scheint, und es häufig vorkommt, daß die Keime erst in der Kultur bemerkbar werden. Die Sekretentnahme aus dem Uterus scheint ungefährlich, aber nicht ganz indifferent für die Wöchnerin. Bei extragenitalem Fieber sind die Lochien steril. In allen Fällen von Puerperalfieber äußerte sich die große Zahl der Keime schon dadurch, daß das Strichpräparat reichlich Keime enthielt und in keinem Falle steril war. Die leichten Fälle und jene, welche in bezug auf die Endometritis leichte waren, zeigten Mischinfektionen von Streptokokken und Stäbchen. Die schweren Fälle von Puerperalfieber enthielten Streptokokken in Reinkultur.

Nach Jung sind die bei der inneren Untersuchung der Reihe nach zu berücksichtigenden Punkte folgende: Verletzungen und Geschwüre der Scheide, tiefere Einrisse in die Zervix und in deren Umgebung, tastbare Infiltrate des Beckenbindegewebes, Durchgängigkeit des inneren Muttermundes. Ist er geschlossen, so besteht meist Lochiometra, deren Entleerung oft in kürzester Zeit das Fieber zum Abfall bringt, wenn man durch Anregung von Uteruskontraktionen ihre Wiederentstehung verhindert. Inhalt der Uterushöhle: Eihaut und Plazentarreste, die bis in die Vagina hineinhängen, Abtastung der Umgebung des Uterus. Ist in der Privatpraxis die Untersuchung der Lochien auf Bakterien unmöglich, so tut man gut, für sich selbst den Fall der Sepsis, also den schwersten Fall, anzunehmen und danach seine Therapie einzurichten. Die ganze Therapie besteht in einer vernünftigen, auf Hebung und Erhaltung der Widerstandsfähigkeit der Kranken hinzielenden Allgemeinbehandlung und Pflege. Serumtherapie ist indiziert bei allen vom Uterus ausgehenden septischen Streptokokken-Allgemeininfektionen, bei denen wir eine Lokalisation außerhalb des Uterus nicht nachweisen können. Kontraindiziert ist sie, wo schon eine bestimmt nachweisbare Lokalisation außerhalb des Uterus stattgefunden hat. Wenig günstig lauten die Erfolge mit Collargol, günstig mit Antipyrin (viermal pro die). Von der operativen Entfernung des Uterus und der Unterbindung der Venen hält J. nicht viel.

Ueber Verhütung des Puerperalfiebers und den Erfolg der Behandlung mit dem Aronsohnschen Antistreptokokkenserum berichtet A. Mayer. Lokal war öfters die Injektionsstelle etwas infiltriert und schmerzhaft. Für die eingetretenen Todesfälle konnte das Serum nicht angeschuldigt werden. Fünfmal kam Exanthem vor. M. vermochte keinen Nutzen des Serums nachzuweisen. Gerade bei den erwiesenen Streptokokkeninfektionen kam es zu den höchsten und am längsten dauernden Temperatursteigerungen. Der Rückgang der Erscheinungen ließ sich ungezwungen auch ohne Serum erklären.

Das Serum von Gabritschewsky verwandte G. Bohnstedt. Er spritzte 50 ccm unter die Haut der vorderen Brustfläche ein. Vor der Serumbehandlung wurde eine besondere Beachtung der Herztätigkeit geschenkt, und gewöhnlich verordnete G. Digitalis. Die lokale Therapie wurde bei entsprechender Indikation sowohl vor wie nach der Serumeinspritzung angewandt. In allen Fällen wurde nach der Einspritzung ein Ansteigen der Harnmenge beobachtet. Die Wirkung auf die Blutbeschaffenheit äußert sich in einem beständigen Wachsen der Leukozytenzahl und im Fallen der Anzahl der roten Blutkörperchen. In keinem einzigen Fall hat die Injektion einen Schaden gestiftet. In den meisten Fällen, bei frühzeitiger Anwendung, wird sie guten Erfolg haben.

Einen Fall von puerperaler Sepsis, Ligatur der rechten Vena spermatika, beschreibt A. A. Leusdon. Eine 34jährige Zweitgebärende, welche normal entbunden hatte, erkrankte nach zwei Tagen unter Schüttelfrösten mit hohem Fieber. Am vierten und fünften Tage wurden Uterusspülungen vorgenommen, doch blieben die Lochien übelriechend. Am 13. Tage setzte abermals ein Schüttelfrost ein, und da fühlte man rechts von der Zervix schmerzhafte Stränge. L. eröffnete die Bauchhöhle von der Vagina aus und fand die Venen im rechten Ligament thrombosiert. Darauf führte er den Bauchschnitt aus und unterband die Vasa spermatika, dränierte den Douglas, worauf Heilung eintrat.

Friedmann räumte einen fieberhaften Abortus in der Narkose aus. Es setzte pyämisches Fieber mit Schüttelfrösten ein, und dieses dauerte durch acht Tage an. F. führte die Ligatur der Beckenvenen mitten im thrombosierten Herd aus, und es trat Heilung ein.

Die alleinige transperitoneale Unterbindung der Spermatikalvenen bei puerperaler Pyämie ist nach Berkofsky hinsichtlich der Chokwirkung und Gefahr der peritonealen Infektion ein nahezu ungefährlicher Eingriff.

Die Ligierung der Venen bei puerperaler Pyämie ist nach Seitz ein wenig gefährlicher Eingriff. Von 37 Fällen ist kein einziger dem operativen Eingriff selbst erlegen. Die operierten Fälle waren ausnahmslos schwere und schwerste Pyämien. 38% Heilung, während sonst die Genesungsziffer bei solchen Fällen 33% nicht übersteigt. (Kein besonderer Effekt. D. Ref.) Am besten reagieren chronische Fälle. Von 24 Fällen sind 45% geheilt worden. Die besten Resultate hat bisher die Köliotomie ergeben. 24 Fälle mit 45% Heilung. Es ist daher die Köliotomie dem extraperitonealen Verfahren, durch das nur 28% geheilt werden, vorzuziehen. Es können alle vier Venen ligiert werden, nur bei ausgesprochener einseitiger Erkrankung kann man sich mit der Unterbindung der einen Seite begnügen, muß dabei jedoch, auch wenn das hypogastrische Gebiet frei zu sein scheint, stets auch dieses Gefäß unterbinden. Läßt sich eine Vena iliaka media feststellen, muß auch diese ligiert werden. Die Resektion der Venen ist auf jene Fälle einzuschränken, bei denen ein Eiterdurchbruch droht. Die Resektion soll zur Vermeidung einer Peritonitis mit dem Paquelin vorgenommen werden. Ueber die Ausräumung der Thromben auf vaginalem Wege muß erst weitere Erfahrung gesammelt werden. Zur Operation geeignet sind die schweren Fälle, die rein thrombophlebitischen Formen des Puerperalfiebers, und zwar am besten im subakuten Stadium. Ein allzu langes Warten erhöht die Wahrscheinlichkeit der Kavathrombose und der Anwesenheit ausgedehnter Metastasen. Leichtere Lungenerscheinungen sind keine Gegenanzeige. Fälle mit Lungenabszessen, septischer Pneumonie und schweren Herzdegenerationen sind auszuschließen. Die abdominelle Venenligierung ist eine berechtigte Operation und bei richtiger Auswahl der Fälle und des Zeitpunktes geeignet, die Mortalität der schweren Fälle puerperaler Pyämie herabzusetzen.

Literatur

1. O. B. Mansfeld, Ueber den Wert der puerperalen Bakteriologie Arch. f. Gynäk., 83. Bd, 3. Heft.
2. Jung, Behandlung der puerperalen Infektion Med. Klin., 42, 07.
3. A. Mayer, Behandlung des Puerperalfiebers mit dem Aronsohnschen Antistreptokokkenserum. Beitr. z. Geburtshilfe. 12. Bd.
4. G. Bohnstedt, Serumbehandlung der puerperalen Sepsis. Petersburg. med. Wochenschr., 5. 2. 07.
5. A. A. Leusdon, Fall von puerperaler Sepsis. Austral. med. Gaz., März 07.
6. G. Friedmann, Ein Fall von puerperaler Pyämie geheilt durch Unterbindung der Beckenvenen. Zentralbl. f. Gynäk, 23, 08.
7. Berkofsky, Transperitoneale Unterbindung der Spermatikalvenen bei puerperaler Pyämie. Deutsche med. Wochenschr., 17, 08.
8. L. Seitz, Operative Behandlung der puerperalen Pyämie. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge, 464.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt,** früher Oberarzt am Königl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Die dermatotherapeutische Verwertung der statischen Elektrizität nach Suchier.** Von Prof. Jesionek. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 24, 16. Juni (Schluß folgt).

2. **Pathologie und Therapie des Röntgenulkus.** Von Prof. Fr. v. Krzystalowicz. Zeitschr. f. neuere physikal. Therapie, 1908, Nr. 12.

3. **Neue Hochfrequenzapparate (nach Dr. Keating-Hart).** Von Friedrich Dessauer. Medizin. Klinik, 1908, Nr. 24.

1. Jesionek schildert das Instrumentarium, insbesondere eine neue nach der Angabe Suchiers hergestellte Influenzmaschine zur Anwendung der statischen Elektrizität in der Dermatotherapie. Als negative Elektrode dient eine Metallplatte, welche am Vorderarm angeschnallt oder auch vom Patienten in die Hand genommen wird, als positive Elektrode eine Metallspitze, von welcher die auf die erkrankte Hautpartie einwirkenden elektrischen Entladungen ausgehen; diese sind verschiedener Natur, je nach der Entfernung; bei größerer Entfernung sieht man von der Metallspitze eine büschelförmige blauviolette Lichterscheinung ausgehen, bei Annäherung an die Haut treten dann blitzartige Entladungen auf; die Blitze sind um so dichter und massiger, je näher sich die Metallspitze der Haut befindet.

Die erste Art der Anwendung, über die nähere Angaben betreffs der Indikationen und der Reaktionen von seiten der Haut fehlen, bezeichnet der Verfasser als Lumination, die zweite Art, die „Beblitzung“ aus der Nähe, als Szintillation.

Letztere hat eine mechanische Zertrümmerung, eine Zerstörung und Verschorfung normaler oder pathologischer (Lupus, Kankroid) Gewebe zur Folge und dürfte sich in ihrer Wirkungsweise nicht wesentlich von derjenigen der Hochfrequenzfunken (Strebel, Keating-Hart) unterscheiden.

Der Szintillation geht die Freilegung des Krankheitsherdes durch die Auskratzung mit dem scharfen Löffel in Narkose oder unter lokaler Anästhesie in der Regel voran. Unmittelbar daran schließt sich dann die Behandlung mit den Funken, die zuerst 1 bis 2 mm Länge haben sollen und dann allmählich auf 1 bis 1½ cm Länge durch Entfernung der Elektrode von dem Krankheitsherde vergrößert werden.

2. Ausgezeichnetes Sammelreferat über Pathologie und Therapie des Röntgenulkus, das in ausführlichster Weise die bisher über das Thema vorliegende Literatur zusammenstellt; im übrigen — nil novi.

3. Beschreibung und Abbildung eines von den Veifawerken hergestellten Instrumentariums zur Fulguration nach de Keating-Hart. Transformator, Kapazität, Selbstinduktion, Funkenstrecke, Resonator und der ganze Schaltmechanismus sind derartig in einen fahrbaren Tisch montiert, daß nur ein an dem Apparate befestigter Steckkontakt mit einer vorhandenen Stromquelle verbunden werden muß, um die ganze Einrichtung betriebsfähig zu haben. Für diejenigen Kollegen, welche einen Funkeninduktor besitzen und „fulgurieren“ wollen, möchte Referent darauf hinweisen, daß für diese Zwecke der gewöhnliche, sehr leistungsfähige Hochfrequenzapparat, wie ihn die Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas“ (Berlin) liefert, vollkommen ausreicht.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer,** Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Die Hetolbehandlung von Tuberkulose.** Von R. Weißmann. Berl. Klinik, 1908, H. 240.

2. **Die Heilung der chronischen Bronchitis durch Atmungsgymnastik.** Von H. E. Knopf. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 25, S. 1185.

3. **Der Einfluß der deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberkulose der oberen Luftwege.** Von A. Hennig. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 25, S. 910.

4. **Der Heilwert der Ostsee.** Von Lange, Margulies, Röchling. Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurorthygiene, 1908, Nr. 3.

1. Weißmann hat noch viele Versuche bei Tuberkulösen mit Hetolinjektionen nach Landerers Methode gemacht und hatte nach seiner Angabe bei den Lungenerkrankungen ersten und zweiten Grades recht gute Erfolge, während bei den Erkrankungen dritten Grades die Erfolge naturgemäß viel ungünstigere waren. Bei den sogen. larvierten Tuberkulosen hatte er 100% Dauererfolge. Auch bei Skrofulose und Drüsentuberkulose ist die Hetoltherapie von großem Vorteil. Sehr günstig waren die Erfolge bei Kehlkopftuberkulose, wo nur 20% Mißerfolge zu verzeichnen waren. — Bei Fällen von Mischinfektion empfiehlt Verf. eine kombinierte Behandlung von Hetol und Kollargol. — Zur Bekämpfung der durch Hetolinjektionen zuweilen eintretenden Herzschwäche wandte Weißmann Prävalidin und Meffertsche Packungen an. — Zur Unterstützung der Hetolbehandlung dient die Freiluftkur sowie geeignete Ernährung, besonders viel Vegetabilien, wobei Verf. immer durch Bitterwasser, Purgen etc. für gute Entleerung sorgte.

2. Verf. hatte eine große Anzahl von Asthmatikern mit Atmungsgymnastik mit gutem Erfolge behandelt. Er wandte dieselbe Methode auch zur Behandlung der chronischen Bronchitis an, wobei er besonderen Wert darauf legte, daß die Patienten zuerst in richtiger Weise tief atmen lernten. Er stellte hierbei die Patienten vor einen Spiegel, damit sie stets ihre Atembewegungen selbst beobachten konnten. Wichtig ist bei der Behandlung eine möglichst verlängerte Exspiration. — In den meisten Fällen war der Erfolg der Behandlung ein guter. Von ungünstigen Nebenwirkungen wurden nur in den ersten Tagen zuweilen leichte Schwindelanfälle beobachtet, die bald verschwanden. Dagegen wurde eine Zahl günstiger Nebenwirkungen beobachtet, wie Besserung der oft bestehenden Chlorose, des Schlafs, Appetits etc. etc. — Während alle medikamentösen Expektorantien mehr oder weniger ungünstige Nebenwirkungen haben, kann man die methodisch eingeübte Vertiefung als das sicherste und einzige ganz unschädliche Expektorans bezeichnen.

3. Mit großer Entschiedenheit tritt Hennig dafür ein, Tuberkulöse nicht in südliche Klimata zu schicken, sondern in Hinblick auf die äußerst günstigen Erfolge des Seeklimas der Ost- und Nordsee auf die Tuberkulose der oberen Luftwege und der Lungen, besonders in den Anfangsstadien, die Patienten an unsere heimischen Küsten zu schicken. Besonders günstig seien die Erfolge bei Tuberkulösen auf anämisch-chlorotischer Grundlage, infolge allgemeiner Körperschwäche, sowie im Anschluß an Skrofulose, Rhachitis und Infektionskrankheiten. Man solle für zarte und schwächliche Patienten die Ostsee wegen der windgeschützten Lage bevorzugen, während die Nordseeinseln sich mehr für kräftigere Naturen eignen. Entgegen der noch vielfach herrschenden Ansicht, daß für Klimakuren an der See nur die Sommermonate geeignet seien, betont Hennig ausdrücklich, daß auch in den andern Jahreszeiten gleich gute Erfolge erzielt würden. Es sei sehr zweckmäßig, mit der klimatischen Kur andere Behandlungsmethoden, wie medikamentöse, diätetische, Inhalationen etc., zu verbinden. Dringend befürwortet Verfasser ferner noch die Einrichtung von Sanatorien und Lungenheilstätten an den deutschen Küsten, die viel geeigneter seien als Anstalten im Süden etc. — Für einen großen Teil der Patienten genüge der Aufenthalt in den Seekurorten, dagegen müsse unbedingt gefordert werden, daß die Bazillenträger aus den offenen Kurorten ausgeschlossen und nur in geschlossenen Anstalten untergebracht würden. Sei die Tuberkulose der Lungen und der oberen Luftwege schon weit vorgeschritten, so sei dies unbedingt eine Kontraindikation für den Aufenthalt an der See.

4. Auch Lange, Margulies und Röchling heben den günstigen Einfluß des Seeklimas bei verschiedenen Krankheiten, besonders der Lunge und Atmungsorgane, hervor; sie geben jedoch wegen der geschützten Lage den Ostseekurorten den Vorzug vor denen an bezw. in der Nordsee gelegenen.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Paraffinprothesen in der Fußsohle.** Von Karl Gütig. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

2. **Ueber die Einwirkung des Sauerstoffs auf Wunden und Infektionen.** Von Burckhardt. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 93, Heft 2.

3. **Zur Diagnose der Knochenechinokokken.** Von Ritter. Ibidem.

4. **Ueber therapeutische Verwendung des Sonnenlichts in der Chirurgie.** Von Karl Haeberlin. Wiener klin. Rundsch., 1908, Nr. 22.

5. **Die Vorbereitung der Kranken zur Laparotomie.** Von Max Schwab. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 23.

1. Bei einer Frau mittleren Alters traten beim Gehen unter der Sohlenhaut der Ferse heftige Schmerzen auf wie beim Treten auf eine Spitze. Das Röntgenbild zeigte eine dem Fersenbein vorne unten spornartig aufsitzende Verknöcherung am Ansatz der Plantar-Aponeurose. Es wurde eine Paraffineinspritzung unter die Sohlenhaut gemacht, um die Haut wie durch eine Schutzplatte vor dem Druck der knöchernen Spitze zu schützen. In der Tat verschwanden die Schmerzen nach einiger Zeit; die Frau wurde ganz beschwerdefrei. Auf einem kurz nach der Einspritzung aufgenommenen Röntgenbild sieht man das (durch Jodoformzusatz schattengebende) Paraffin an der gewünschten Stelle liegen. — Derartige Knochendorne werden sonst auch mit gutem Erfolg von einem seitlichen Schnitt aus entfernt.

2. Als Ergebnis eingehender Versuche über Einwirkung von Sauerstoff auf Wunden und Infektionen stellt Burckhardt fest, daß durch die Berührung mit reinem Sauerstoff auf Wunden eine starke Gefäßinjektion hervorgerufen und die Granulationsbildung befördert wird; in der Bauchhöhle entsteht ziemlich bedeutende Hyperleukozytose unter Verlangsamung der Resorption. Die Wachstumshemmung fakultativ aërober Bakterien, die im Reagenzglas ziemlich erheblich war, konnte im Tierkörper kaum nachgewiesen werden. Mit diesen negativen Ergebnissen stehen die praktisch guten Erfolge der Sauerstoffanwendung nicht im Einklang; das „Sauerstoffwasser" (H_2O_2), das nicht nur durch die mechanisch reinigende Schaumbildung, sondern auch chemisch wirkt, ist ein vorzügliches Wundmittel, und die heilende Wirkung der Sauerstofffüllung auf kranke, besonders tuberkulöse Blasen steht außer Zweifel.

3. An zwei Fällen von Knochenechinokokken, im Femur und an der Klavikula, konnte Ritter nachweisen, daß Knochenechinokokken durchaus nicht für Röntgenstrahlen undurchgängig sind, wie man bisher annahm; man sieht vielmehr „in höchst charakteristischer Weise zahllose große und kleine runde Hohlräume vor, dicht neben- und hintereinander gereiht liegen, nur von zarten Knochenlamellen getrennt. Dazu kommt eine außerordentlich dünne Kortikalis, das Fehlen der Markhöhle und ganz geringe oder sogar gar nicht vorhandene Reaktion von seiten des Periosts". Gerade diese fehlende Periostwucherung und Knochenauftreibung ist gegenüber chronisch-entzündlichen Knochenerkrankungen sowie Knochentumoren, mit denen der Echinokokkus verwechselt werden kann, als entscheidendes Merkmal von größter Bedeutung.

4. Fisteln, eiternde und granulierende Wunden heilen unter der Einwirkung der Sonnenstrahlen schneller als unter der bisher üblichen Behandlung. Die Erfolge, die in den Alpen (Samaden, Leysin) mit der Sonnenbehandlung erreicht worden sind, können auch bei uns erzielt werden.

5. Bei der Vorbereitung der Kranken zur Laparotomie — wie zu jeder größeren Operation — soll auf das seelische Befinden mehr Rücksicht genommen werden. Schlaflosigkeit ist durch Veronal zu bekämpfen und grundsätzlich Digitalis einige Tage vorher zu geben. Zur Desinfektion bevorzugt Schwab das Jodbenzinverfahren, weil es für den Kranken am wenigsten Unzuträglichkeiten (lange Dauer, Abkühlung) mit sich bringt.

Kriegschirurgie.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

Ueber die Behandlung der Gefäßverletzungen im Kriege. Von Dr. Leo Bornhaupt. St. Petersburger med. Wochenschr., 1908, Nr. 19.

Die Behandlung der Gefäßschußverletzungen im Kriege, besonders auf dem Schlachtfelde, ist eine der wichtigsten und schwierigsten kriegschirurgischen Fragen, die es gibt. Hierüber hat B. auf Grund seines im letzten russisch-japanischen Kriege in dem Lazarett des roten Kreuzes in Charbin gesammelten Materials auf dem estländischen Aerztetag in Reval im Novbr. v. Js. einen Vortrag gehalten, in dem er die Ansicht vertritt, daß diejenigen Gefäßschußverletzungen, die keine profuse Blutung aus der Schußwunde zur Folge haben, keinen operativen Eingriff auf dem Schlachtfelde erfordern. Die Folgen des modernen kleinen Kalibers seien eben: ein enger Schußkanal, in dem sich schnell Wandverklebungen bilden, seltenes Steckenbleiben der Kugel und dadurch geringere Wahrscheinlichkeit der Infektion, weshalb weiterhin ein großer Teil der Verwundungen überhaupt spontan zur Heilung per primam neige. Dasselbe wie für die Gefäßverletzungen ohne profuse Blutung gelte für solche Fälle, wo eine kleine Ein- und Ausschußwunde und kein ausgedehnter Bluterguß in die Weichteile, keine Fraktur eines benachbarten Knochens, keine kommunizierende Verletzung eines benachbarten inneren Organs und kein Steckenbleiben der Kugel usw., also keine Komplikation vorliegt. Von dieser Gruppe der unkomplizierten Gefäßschußverletzungen, die übrigens im Vergleich zu den komplizierten und den durch Verblutung unmittelbar zum Tode führenden die größere sei, könnten also die Verbandplätze um so mehr entlastet werden, als die Unterbindung auf dem Schlachtfelde technisch gelegentlich doch recht schwierig sein könne, ganz abgesehen davon, daß die Asepsis nicht immer zu beobachten ist. In zweifelhaften Fällen seien immobilisierende Transportverbände anzulegen. Die Frühoperation sei nur in einem verhältnismäßig kleinen Prozentsatz der Fälle angezeigt. Diese herauszufinden und von denen zu unterscheiden, in welchen eine Infektion, Nachblutung oder gar Gangrän zu befürchten, mit anderen Worten, die Operation indiziert ist, sei eben die Aufgabe und die Kunst des geübten Kriegschirurgen.

Das Material, auf welches B. diese seine Ansicht stützt, und welches er auch seiner im 77. Bande, Heft 3 von Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie veröffentlichten Arbeit zugrunde legt, bezieht sich vorwiegend auf durch kleinkalibrige Mantelgeschosse zustande gekommene Gefäßschußverletzungen, die ohne Komplikation heilten. Im ganzen sind in Charbin 25 Fälle von Gefäßschußverletzungen behandelt worden, von denen B. 22 an eben genannter Stelle veröffentlicht hat. Die Gefäßschüsse mit Komplikationen haben natürlich in erster Linie diejenigen Aerzte zu Gesicht bekommen, die auf dem Schlachtfelde selbst oder in seiner Nähe tätig waren, während in den weiter hinten gelegenen Lazaretten hauptsächlich nur solche Gefäßverletzungen zur Behandlung und Beobachtung kamen, die bei einer ausgeheilten Schußwunde zur Bildung eines Aneurysma geführt hatten. Die Fälle selbst und die an ihnen vorgenommenen Operationen usw. können hier nicht besprochen werden, erwähnt sei nur noch, daß B. in seinen Schlußfolgerungen sich auch auf die Arbeiten von Brentano (Archiv f. klin. Chir., Bd. 80, H. 2), Kikuzi (Beiträge z. klin. Chir., Bd. 50, H. 1) und Saigo (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 85) bezieht, in denen im ganzen über 128 einschlägige Fälle berichtet ist. Anderer Ansicht ist Zoege von Manteuffel, der, wie B. selbst sagt, in seiner im Archiv f. klin. Chir., Bd. 87, veröffentlichten Arbeit B.s und Brentanos Forderung „aufs energischste und entschiedenste zurückweist", indem er den Satz aufstellt: „Die Gefäßverletzungen sind auf dem Hauptverbandplatz resp. in den ersten in einigen Stunden zu erreichenden (Etappen-) Lazaretten zu operieren, d. h. doppelt zu unterbinden." Grund: drohende Infektion, Nachblutung bezw. Gangrän. Einen ähnlichen Standpunkt nimmt v. Oettingen ein (Studien auf dem Gebiete des Kriegssanitätswesens im russisch-japanischen Kriege, 1907). Die Berechtigung der M.schen Forderung für Gefäßschußverletzungen mit Komplikation gibt B. ohne weiteres zu, für die ohne Komplikation bleibt er bei seiner Ansicht.

Es wird wohl noch weiterer Erfahrungen und Beobachtung bedürfen, ehe man zu einem abschließenden Resultat im Sinne B.s kommt. Wir selbst möchten jedenfalls vorläufig die Verantwortung, eine Gefäßverletzung unversorgt zu lassen, noch nicht übernehmen und würden, wo angängig, unterbinden. Wenn B. im übrigen meint, daß auf dem Hauptverbandplatz nur die unbedingt nötigen Operationen statthaft seien, so ist dem bei uns bereits durch die ältere Kriegssanitätsordnung vom 10. Jan. 1878 Rechnung getragen.

Soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

Eine Organisation für die Desinfektion am Krankenbette. Von Dr. Theodor Plaut-Frankfurt a. M. Med. Reform, 1908, Nr. 25, S. 273.

In Berücksichtigung des Umstandes, daß es allgemein einer Familie, in der ein ansteckender Krankheitsfall vorkommt, oft schwer fällt, neben der Sorge für diesen auch noch die für eine sachgemäße Isolierung und Desinfektion zu übernehmen, ganz abgesehen davon, daß sie häufig noch nicht einmal weiß, was überhaupt zu geschehen hat, hat infolge einer Anregung des Kreisarztes Dr. E. Fromm-Frankfurt a. M. der Frankfurter Verein für Hygiene (Ortsgruppe des Deutschen Vereins für Volkshygiene) unter Leitung seines Vorsitzenden Prof. Dr. M. Neißer eine Einrichtung geschaffen, an der sich zu beteiligen Dr. Plaut Gelegenheit hatte und die nachgeahmt zu werden verdient. Sie besteht darin, daß eine zu diesem Zweck besonders ausgebildete Schwester die Angehörigen des Erkrankten in der Ausführung aller in Betracht kommenden Maßnahmen unterweist, falls nicht die Anwesenheit einer geschulten Pflegeperson dies überflüssig macht. Die durch das Bureau des Vereins vermittelte Schwester macht ihre Besuche nur auf Anordnung des behandelnden Arztes und darf sich in nichts anderes als ihre eigensten Obliegenheiten mischen. Den Angehörigen wird außerdem ein Merkblatt eingehändigt, das neben den allgemeinen Verhaltungsmaßregeln besonders die Technik der einzelnen Maßnahmen darstellt. Dieses sowie die „Instruktion der Schwester“ ist in der Med. Reform a. a. O. abgedruckt. Ergänzt wird die Einrichtung noch durch ein leihweise an die Familie abzugebendes „Instrumentarium zur Desinfektion am Krankenbette“, zu dem u. a. auch drei weiße Mäntel (für Arzt, Pflegeperson und Vereinsschwester) gehören, die erfahrungsgemäß in den wenigsten Haushaltungen zu finden sind. Außerdem gehören dazu zwei Gefäße mit Wasserverschluß zur Desinfektion von Wäsche und Geschirren, die, wenn nicht das geruchlose Sublimat zur Anwendung kommt, überhaupt erst eine geruchlose Desinfektion im Krankenzimmer ermöglichen. Die Frankfurter Aerzte sind durch einen Vortrag und außerdem durch Zirkulare mit der Einrichtung bekannt gemacht. Im Einzelfalle genügt ein telephonischer Anruf des Vereinsbureaus.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Atoxylversuche bei Malariakranken.** Von Dr. Gonder und Dr. Dapas. Wien. klin. Wochenschr., 1908, S. 837.

2. **Vergleiche zwischen Chinosol, Karbolsäure und Sublimat in antiseptischer und bakterizider Wirkung.** Von E. North-New-York. Allgem. med. Zentralzeitg., 1908, Nr. 24.

3. **Ueber die Verwendung von Alkohol und alkoholfreien Präparaten in der Privatpraxis.** Von Dr. Meißner. Oesterr. Aerztezeitg., 1908, Nr. 11.

1. Die Verfasser haben im südlichen Istrien in der Nähe der Bezirksstadt Orsera, wo dauernd schwere Malaria herrscht, Atoxylversuche zur Bekämpfung dieser furchtbaren Fieberkrankheit vorgenommen. Auf Grund von Beobachtungen an sechs Kranken, bei denen auch Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, kommen die Verfasser zu dem Schluß, daß das Atoxyl nicht die tötende Wirkung auf die Malariaparasiten besitzt wie das Chinin, und daß immer wieder Rezidive eintreten. Vielleicht gelingt es, bei intensiver und längerer Darreichung von Atoxyl eine Heilung zu erreichen. Immerhin beweisen der Rückgang des Milztumors und das Schwinden der Parasiten schon nach sechs Injektionen, daß das Atoxyl für den Malariakranken von keiner ungünstigen Wirkung ist, wenn auch eine direkt tötende Wirkung auf die Parasiten, wahrscheinlich wegen der kleinen Dosen, nicht beobachtet werden konnte.

2. Aus vergleichenden Versuchen, die N. mit Chinosol, Karbolsäure und Sublimat bezüglich ihrer antiseptischen und bakteriziden Wirkung auf Staphylokokkus pyogenes albus, Typhus und Anthrax gemacht hat, geht hervor, daß Chinosol viel stärker antiseptisch wirkt als Karbolsäure und in dieser Beziehung wenigstens dem Sublimat gleichwertig ist. Die Versuche über Keimtötung in wässrigen Lösungen zeigen sämtlich, daß Chinosol in seiner bakteriziden Wirkung kräftiger als Karbolsäure ist. Auch hier konnte festgestellt werden, daß seine bakterientötende Fähigkeit der des Sublimat näher kommt als der der Karbolsäure. Das Resultat der Untersuchungen mit Chinosol geht also dahin, daß es als Desinfiziens mehr dem Sublimat als der Karbolsäure gleicht.

3. Von dem Gesichtspunkte geleitet, daß es unwissenschaftlich und vielleicht auch unüberlegt sei, trotz so vieler von hervorragender Seite ausgehender Mahnungen und Warnungen, den Alkoholkonsum am Krankenbette nicht viel mehr einzuschränken bezw. einzustellen, hat M. Versuche mit Blutan, dem alkoholfreien Liquor ferro-mangani peptonati der Firma Helfenberg, Sachsen, angestellt. Erwachsene erhielten zwei bis drei Eßlöffel, Kinder zwei bis drei Teelöffel voll täglich. Das Mittel wurde gern genommen und gut vertragen. Kindern gibt man es gern in Milch und tut gut, bei Gebrauch von Blutan den Genuß saurer Speisen und rohen Obstes zu verbieten. Von Beginn bis zum Schluß der Behandlung betrug die Zunahme des Hämoglobingehaltes des Blutes 10 bis 30%. M. glaubt, daß Blutan den Appetit anregt und die Körperkräfte hebt. Da es billig ist, glaubt Verfasser es um so mehr empfehlen zu sollen. (Dazu möchte Ref. bemerken: Ist es wirklich notwendig, bei Gebrauch von eisenhaltigen Präparaten irgendeiner Art den Genuß von rohem Obst und sauren Speisen zu meiden? Ref. wenigstens hat in vielen hundert Fällen niemals davon eine ungünstige Wirkung oder unangenehme Nebenerscheinungen gesehen. Man sollte doch mit dieser Anschauung ebenso aufräumen wie mit der — in Laienkreisen gleichfalls herrschenden — Ansicht, daß Eisenpräparate die Zähne verderben, also Karies derselben herbeiführen.)

Technische Neuerscheinungen.

Konikusflaschen und Einnehmegläser.

(Von Prof. Dr. Edlefsen, Hamburg. Deut. Med. Woch., 1908, Nr. 10.)

Verf. ist von Feldmann, dem Verfertiger der Konikusflaschen, im Anschluß an seinen Artikel über die Einnehmegläser auf die Konikusflaschen aufmerksam gemacht worden und hat sich überzeugt, daß durch diese Neuerung in der Medizinabgabe entschieden ein großer Fortschritt zum Besseren gemacht worden ist. Bei den Konikusflaschen ist der Glasstopfen hohl und zwar ist derselbe so ausgeschliffen, daß er bestimmte Mengen der Medizin faßt, also bis zu der einen Marke gefüllt, faßt der Stopfen einen Teelöffel, bis zur anderen gefüllt, einen Eßlöffel, oder bei kleineren Flaschen kommen die Maße nach Tropfen in Anwendung, der Stopfen faßt da 15 und 25 Tropfen. Die Flaschen haben, entgegen unseren jetzt üblichen Arzneiflaschen eine Pyramidenform, so daß der Hals direkt in gerader Linie in die Wandung der Flasche übergeht, es fehlt also eine Ecke in der Flasche, die immer schwer zu reinigen war. Auch dies ist ein Vorteil der Konikusflaschen gegenüber den alten zylindrischen Medizinflaschen. Gerade aber der Umstand, daß der Patient hier mit der Medizinflasche sofort das Maß für die Medizin mit in die Hand bekommt, ist ein geeignetes Mittel, um dem Uebelstand in der Dosierung der Medizin durch die nie einheitliches und genaues Maß gebenden Arznei-Einnehmegläser abzuhelfen. Es wäre nur erforderlich, daß man sich entschlösse, die Medizin nur in den Konikusflaschen herzugeben. Inwieweit sich dies ermöglichen läßt, kann man jetzt noch nicht sagen. Da die Konikusflaschen nicht wesentlich teurer sind als die alten Flaschen und Stopfen, so ist wohl anzunehmen, daß sich diese Neuerung recht bald Bahn brechen wird. Die Herstellung der Konikusflaschen garantiert ein immer genaues Maß in den Maßstopfen der Flaschen, man kann sich darauf verlassen, daß der Stopfen an der Marke, wo ein Eßlöffel steht, auch die vorgeschriebene Menge der Medizin enthält. So allein ist eine genaue Dosierung möglich. Es ist bei den Konikusflaschen nur zu beachten, daß die Außenfläche des Stöpsels immer feucht ist, wenn er zum Abmessen der Medizin verwendet werden soll. Wenn die Außenfläche nicht feucht ist, so kann man die Marke, bis zu welcher der Stopfen gefüllt sein muß, nicht so gut und genau sehen, als wenn die Außenseite feucht ist. Es läßt sich ja nun leicht erreichen, daß die Außenseite angefeuchtet wird, man braucht den Kranken nur darauf aufmerksam zu machen, daß er die Medizin vor dem Gebrauch umschüttelt und dabei den Stopfen etwas lockert. Es ist kein Zweifel, daß dieser Umstand, daß man die Marken nur genau sehen kann, wenn die Außenseite feucht ist, einen Nachteil darstellt, aber solange wir noch keine Stopfen mit durchsichtigem Glas haben, müssen wir diesen Uebelstand mit in Kauf nehmen. Man wird auch Mittel und Wege finden, um dem abzuhelfen.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Ueber Wärmekultur. Ein Fortschritt der Lebens- und Heilkunst und ein Beitrag zur höheren Entwicklung des Menschen. Von Dr. W. Winsch-Halensee. Berlin 1908. Verlag Lebenskunst-Heilkunst. 34 S. Preis 0,60 M.

Das Büchlein enthält neben manchen Einseitigkeiten doch so viel Bemerkenswertes, daß seine Lektüre sich wohl verlohnt. Hier seien in Kürze einige der leitenden Gedanken besprochen.

Neben „Hunger und Liebe“, also Ernährung und Fortpflanzung, kommt für uns Nordländer als dritte Grundfrage des menschlichen Lebens die Wärmefrage in Betracht.

Körperlich haben wir uns den veränderten klimatischen Verhältnissen nicht recht angepaßt, vielmehr sogar unser Haarkleid größtenteils verloren, dagegen haben wir uns vermöge der Vernunft allmählich eine Wärmekultur geschaffen und uns dadurch in viel höherem Grade an alle Temperaturen angepaßt, als dies irgendein Tier vermag.

Während wir von der natürlichen Wärmeregulation nur wenig Gebrauch machen, haben wir uns zum Zwecke der künstlichen verschiedene Hilfsmittel geschaffen: Wohnung, Kleidung, Heizung, Bett.

(W. bespricht ausführlicher nur das letztere. In dem Streit: Hier wollene Decke, hier Federbett! soll ein jeder sich nach seinem Behaglichkeitsgefühl richten, das Verf. als eine der wichtigsten instinktiven Empfindungen bezeichnet.

Der Landmann, der viel körperlich arbeitet und schwitzt, dabei meist wenig Fleisch ißt, kann nachts eine wärmere Bedeckung vertragen als der Städter, dessen Lebensweise bei Tage eine Wärmestauung erzeugt, die nachts entbunden werden muß.)

Neben diesen Schutzmitteln vor Wärmeverlust brauchen wir aber noch „direkte Heizung“ unseres Körpers. Diese können wir erzielen

a) mit Sonnenbädern. W. verbreitet sich eingehend über den Nutzen derselben, die Verbesserung des Stoffwechsels, die Lösung und Ausscheidung von im Körper abgelagerten Stoffwechselprodukten, die aufsaugende und schmerzstillende Wirkung der Wärme, alles Dinge, auf die, wie er hervorhebt, besonders Bier wieder hingewiesen hat.

Da uns aber die Sonne nur relativ selten zur Verfügung steht, so müssen wir uns mit künstlicher Wärmeerzeugung behelfen, und da ist neben der unmittelbaren Feuerung die mittelbare in Gestalt von

b) Heißwasser-, Dampf- und Heißluftanwendungen zu nennen (besonders heiße Sitz- und Vollbäder, Teilwaschungen, heiße Aufschläge, „heiße Flasche“, Dampf- und Heißluftbäder, elektrische Lichtbäder). Ihre hohe Bedeutung wird von Winsch ausführlich dargelegt und namentlich ihr Nutzen bei den verschiedensten Krankheiten erörtert. Neben allen möglichen Lokal- und Allgemeinstörungen werden besonders erwähnt die katarrhalischen Krankheiten und die Schwindsucht, bei denen die Wärmebehandlung ja von altersher schon rein empirisch als wichtigstes erkannt war, ferner Koliken und Neuralgien, wo nebenbei auch noch die schmerzstillende Wirkung der Wärme als Ersatz für das Morphin in Betracht kommt. Heiße Sitzbäder und Aufschläge in Verbindung mit richtiger Diät bringen auch die hartnäckigste Verstopfung zur Heilung. In der Geburtshilfe ist die Wärme in derselben Anwendungsart von größtem Nutzen bei Wehenschwäche zur Erzielung leichter Geburten (vgl. Winkler, Beitr. z. Hydrother. i. d. Geburtsh., Arch. f. phys.-diät. Therap., 1905, Nr. 1).

Interessant sind auch Winschs Ausführungen über das Fieber. Er faßt es auf als „eine akute Hyperthermie, veranlaßt durch eine vorhergehende chronische Hypothermie, als eine Art Ausgleich, womit der Körper das nachzuholen sucht, was er vorher versäumt hatte“.

Als drittes Hauptwärmemittel wird dann noch die bei uns leider so sehr vernachlässigte Muskeltätigkeit genannt.

Es folgt eine kulturgeschichtlich interessante Zusammenstellung betr. Wärmekultur. Erwähnt werden: die vorzügliche uralte Heißwasserkultur in Rußland und Japan, das Badewesen der antiken Welt und dasjenige in Deutschland bis zum 30jährigen Kriege, der es leider vernichtete.

An seine Stelle ist zum größten Schaden des Volkes die „Deckung des Wärmemankos durch Fleisch und Alkohol“ getreten.

„Die Gier nach Fleisch, die in einem großen Teil unserer Kulturmenschheit vorhanden ist, erklärt sich vor allem durch die Heizwirkung des Fleisches. Das Fleisch erzeugt eine Art Fieberzustand, der als erhöhte Lebenstätigkeit empfunden, wobei aber die vorgetäuschte Kraft nur auf Kosten des Lebenskapitals entwickelt wird.“ Aehnliches wäre vom Alkohol zu sagen.

Diese Fehler würden nicht in dem Maße begangen werden, wenn dem Volk anderweitige Gelegenheit zu guter Durchwärmung geboten wäre: Volksbäder mit heißer Brause, Volkswärmehallen, alkoholfreie heiße Getränke etc.

„Eine der wichtigsten Kulturaufgaben ist also die Schaffung einer guten Wärmekultur, unsere ganze Lebens- und Heilkunst kann und muß nur darin bestehen, daß wir uns in dem äußeren Lebensraum einen immer günstigeren „Nährboden“ züchten.“

Esch, Bendorf a. Rh.

Hoffenden und stillenden Frauen reicht man mit größtem Nutzen für sich und das kommende Geschlecht einen **Ersatz** für den Verbrauch an Kalk und Phosphor in

Geh. Rat Dr. med. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.

Abhandlungen und Prospekte durch

Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Prof. Dr. Soxhlet's Nährpräparate:
Nährzucker u. verbess. Liebigsuppe
in Pulverform in Dosen von ½ kg Inh. zu 1.50 M.
Nährzucker-Kakao in Dosen von ½ kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von ½ kg Inhalt 1,80 M.
Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von ½ kg Inhalt 2.— M.
Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Lombroso, Prof. **Cesare,** Turin. Neue Verbrecherstudien. Autoris. Uebersetzung aus dem Italien. von Dr. Ernst Jentsch. Mit 35 Abbildungen im Text und auf 2 Tafeln. M. 4,50, in Leinwand M. 5,50.

Lomer, Dr. **G.,** Lüneburg. Bismarck im Lichte der Naturwissenschaft. M. 3,—, eleg. gebunden M. 3,75.

Lungwitz, Dr. **H.,** Berlin. Magendarmerkrankungen und ihre physikalisch-diätetische Heilweise. 1. Heft: Darmerkrankungen. M. —,30.

Magnus, Dr. **Rud.,** Berlin. Vom Urtier zum Menschen. Gemeinverständliche Vorstellung des gegenwärtigen Standes der gesamten Entwicklungslehre. Mit einem Stammbaum der Tiere, 14 Tafeln u. 13 Textillustrationen. Geheftet M. 2,—, in Leinwand gebunden M. 3,—.

Micheel, I. Oberpfleger in Uchtspringe. Die Heil- und Pflegeanstalten des deutschen Reiches und die an ihnen beschäftigten Oberpfleger und Oberpflegerinnen. Zweite Auflage. M. 0,60.

Mittelhäuser, Dr. **E.,** praktischer Arzt in Apolda. Unfall- und Nervenerkrankung. Eine sozial-medizinische Studie. M. 1,50.

Mönkemöller, Oberarzt Dr., Hildesheim. Geisteskrankheit und Geistesschwäche in Satire, Sprichwort und Humor. M. 6,—.

Sanctis, Dr. **Sante de,** Professor der Experimentalpsychologie und Dozent der Psychiatrie in Rom. Die Träume. Medizinisch-psychologische Untersuchungen. Autorisierte und durch zahlreiche Nachträge des Verfassers erweiterte Uebersetzung von Dr. O. Schmidt, nebst Einführung von Dr. P. J. Möbius, Leipzig. M. 5,—.

— Die Mimik des Denkens. Autorisierte Uebersetzung von Dr. Johannes Bresler, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz, Mit 44 Abbildungen im Text. M. 3,—.

Schenk, Prof. Dr. **L.,** in Wien. Aus meinem Universitätsleben. Fünfte Auflage. M. 1,50.

— Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung. (Dokumente zu meiner Theorie). M. 7,50.

Scherk, Dr. **Karl,** prakt. Arzt in Bad Homburg. Die pathologisch modifizierte Fermentwirkung bei Zuckerkranken. M. 1,50.

— Die freien Jonen und die ungelösten Salzverbindungen in ihrer Wirkung bei Gebrauch von natürlichen Mineralwassertrinkkuren. M. 1,20.

Schlodtmann, Dr. **Walter,** I. Assistent an der Kgl. Universitäts-Augenklinik zu Halle a. S. Ueber die Exstirpation retrobulbärer Tumoren mit Erhaltung des Augapfels und das klinische Verhalten der Bulbi nach der Operation. M. 2,—.

Schütze, Dr. **Carl,** in Bad Kösen. Die Verhütung der Tuberkulose unter den Kindern und die Fürsorge vor dem versicherungspflichtigen Alter. Vortrag, gehalten im „Verein für öffentliche Gesundheitspflege" zu Hamburg. M. 1,—.

Sobernheim, Prof. Dr., in Halle a. S. Leitfaden für Desinfektoren. M. —,40.

Tancum-Jouddelowitz, Dr. **Leo,** Spezialarzt für Haut- und venerische Krankheiten, in Reval. Die Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung. Zweite Auflage. M. 3,—.

Weber, Dr. **Ernst.** Ursachen und Folgen der Rechtshändigkeit. M. 1,50

Weber, Sanitätsrat Dr. **H.,** in St. Johann. Die Heilung der Lungenschwindsucht durch Beförderung der Kohlensäurebildung im Körper. M. 1,—.

Weiß, Dr. **Eduard,** Militär- und Volkshygiene. Nach einem auf der 76. Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrage. M. 0,50.

Wichmann, Dr. med. **Ralf,** Nervenarzt. Geistige Leistungsfähigkeit und Nervosität bei Lehrern und Lehrerinnen. Eine statistische Untersuchung. M. 1,50.

Wikmark, Dr. phil. **Elon.** Die Frauenfrage. Eine ökonomisch-soziologische Untersuchung unter spezieller Berücksichtigung des schwedischen Bürgertums. M. 8,—.

Wild, Dr. **C., von,** in Kassel. Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. M. 0,80.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial
Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Rhachisan
Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.
Bestandteile:
Ol. Jecoris Aselli . . . . 30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . 1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) 15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)
Corrigentia und Wasser . . . . . ad 100
Proben und Literatur gratis!
Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Grundstück für Sanatorium

geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park). — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin. P. Gerber, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 19. Juli 1908. Nr. 29.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.: Die Behandlung der unreifen Stare . . . 449
2. S. Weinberg, Gersfeld: Eine neue Vorrichtung zur Verbesserung des elektrischen Bades . . . 450
3. W. B. Müller, Berlin: Die Behandlung der Frakturen (Schluß) 451
II. Referate:
1. E. Küster, Freiburg i. B.: Bakteriologie . . . 453
2. G. Abelsdorff, Berlin: Augenheilkunde . . . 454
3. M. Halle, Berlin: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten . . . 455
4. A. Stoffel, Heidelberg: Orthopädische Chirurgie . . . 456
5. M. Peltzer, Steglitz: Militärsanitätswesen . . . 457
III. Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 457
IV. Technische Neuerscheinungen:
W. B. Müller, Berlin: Balance-Tragbahre „Aurelia“ . . . 458
V. H. Lungwitz, Berlin: Nochmals der koffeinfreie Kaffee . . . 459

ORIGINALIEN.

Die Behandlung der unreifen Stare.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S.

Den Kranken, deren Sehschwäche durch beginnende Startrübungen bedingt ist, kann oft mehr, als es gewöhnlich geschieht, durch optische Hilfsmittel ihr Zustand erleichtert und ihr Sehen verbessert werden.

Meist trübt sich in einem Auge die Linse schneller, wenn es sich um Altersstar handelt, als in dem anderen. Das undeutliche und verschwommene Netzhautbild des schlechten Auges stört dann das Sehen des besseren: die Kranken kommen oft selbst darauf, daß sie, wenn sie scharf sehen wollen, das schlechtere Auge zukneifen. Wenn diese Störung bei der Nahearbeit besonders stark hervortritt und das bessere Auge sehr geniert, ist es vorteilhafter, durch ein vorgelegtes undurchsichtiges Brillenglas das Sehen mit dem schlechteren auszuschließen. Auch in der Weise kann man das Lesen oft erleichtern, daß man das schlechter sehende Auge nicht der in der Regel vorhandenen Presbyopie entsprechend korrigiert, sondern die passende Korrektur nur dem besser sehenden Auge zukommen läßt und vor das andere ein Planglas legt.

Ist beiderseits schon größere Sehschwäche eingetreten, so kann man durch starke Konvexgläser (+ 15,0 z. B.), welche gestatten, die Schrift dicht heranzunehmen und so größere Netzhautbilder zu erhalten, oft noch das Lesen ermöglichen. Durchgehends sind mit derartigen Gläsern versehene Brillen — besonders wenn nur noch an einem Auge die genügende Sehschärfe besteht — dem Patienten angenehmer als das Lesen mit über der Schrift gehaltenen Lupen. Bei hohen fortgeschrittenen Startrübungen, wo auch in dieser Weise kein ausreichendes Sehen erreicht wird und zurzeit eine Operation nicht ausführbar ist, kann man ein wenigstens zeitweises, wenn auch unbequemes besseres Sehen bisweilen dadurch ermöglichen, daß man das Auge durch ein stenopäisches Loch, hinter dem eventuell ein entsprechendes sphärisches Glas liegt, blicken läßt. Muß ein sphärisches Glas benutzt werden, so wird man die Einrichtung praktisch so machen, daß man dasselbe bis auf eine zentrale kleine Oeffnung schwärzen läßt. Es ist diese Art des Sehens zweifellos sehr unbequem, erscheint aber manchem doch erwünscht, um beispielsweise Unterschriften zu leisten oder wichtige Sachen selbst lesen zu können.

Auch für das Fernsehen haben die optischen Hilfsmittel hohe Bedeutung. Mit der Star-Entwicklung ändert sich in der Regel die Brechung: es tritt gewöhnlich eine Erhöhung derselben (Kurzsichtigkeit), oft auch Astigmatismus ein. Diese Anomalien sind natürlich zu korrigieren und bessern in einer für den Starkranken oft höchst vorteilhaften Weise das Sehvermögen.

Bei Kernstaren finden sich gelegentlich noch sehr durchsichtige Randpartien: hier bewirken Brillen mit dunklen Gläsern, unter denen die Pupille sich erweitert, eine Besserung des Sehens. Mehr erreichen wir durch Einträufeln von Mydriatizis. Es läßt sich durch Versuche feststellen, wie stark die Pupillenerweiterung sein muß, um die beste Sehschärfe zu gewähren. Bedarf es keiner maximalen Erweiterung, so genügt eine einprozentige Homatropin-, bisweilen auch Kokain-Einträufelung am Morgen.

Andererseits kommen wieder Fälle zur Beobachtung, wenngleich seltener, wo eine enge Pupille das Sehen erleichtert: hier ist dann die Pilocarpin-Einträufelung angezeigt.

Ich finde, daß nicht immer diese Hilfsmittel, mit denen man so oft nützt, in entsprechender Weise den Starkranken zu Gebote gestellt werden. Allerdings handelt es sich nur um symptomatische Hilfe.

Kann man aber nicht direkt dem Vorschreiten des Stares Einhalt tun oder sogar vorhandene Startrübungen wieder klären?

Daß dies in einigen Fällen möglich, unterliegt keinem Zweifel. An traumatischen Staren beobachtet man gar nicht selten eine Lichtung vorhandener Trübungen, besonders wenn es sich um feine Stichwunden handelt. So habe ich öfter feine strichförmige graue Trübungen, die von der vorderen Kapsel gegen den hinteren Pol gingen und dort stern- oder schalenförmige Figuren gebildet hatten, wieder vollständig verschwinden sehen. Weiter sind gesicherte Beobachtungen vorhanden, daß besonders diabetische Startrübungen sich beim Gebrauch von Karlsbader Brunnen oder sonstigen Kuren aufgehellt haben.

In neuester Zeit haben sich auch Beobachtungen gemehrt, aus denen man glaubt abzunehmen, daß selbst bei den gewöhnlichen Altersstaren durch Jodkali-Behandlung ein Stillstand, selbst eine Lichtung der Startrübungen eintreten könne. Nach den gegebenen Mitteilungen und nach eigener Beobachtung möchte ich die Möglichkeit eines derartigen Einflusses des Jodkali nicht von der Hand weisen und würde den Satz Sichels*) nicht unterschreiben: Après des recherches conscienceuses nous sommes en droit d'accuser de mensonge ceux qui prétendent guérir les cataractes séniles par des remèdes pharmaceutiques.

Schon Arlt**), der die Beobachtungen von Rau und andern über den Vorteil der mit äußerlicher Anwendung von Jodkali behandelten beginnenden Startrübungen anführt, berichtet — abgesehen von dem Rückgängigwerden geringer Linsentrübungen durch Karlsbad — über zwei Fälle, wo nach Einreibungen von Jodkalisalbe in Stirn und Schläfe ein Verschwinden bezw. ein über $1^{1}/_{2}$ Jahre beobachteter Stillstand eintrat. „In zwei andern Fällen", schreibt er weiter, „ließ mich das Mittel trotz zeitiger und gehöriger (?) Anwendung im Stiche. — Ich übersehe nicht, indem ich das niederschreibe, daß mancher Leser hier Täuschung vermuten wird. Hier kann nur eigene unbefangene und beharrliche Prüfung zur Ueberzeugung führen; a priori läßt sich in solchen Sachen nichts absprechen."

Aber die Prüfung ist außerordentlich schwer, da der Verlauf der Star-Entwicklung ein sehr verschiedener ist. Eine Reihe umschriebener Trübungen in der Linse bleibt auch ohne jede Therapie stationär, andere beschränken sich nur auf Rindenpartien und stören das Sehen nicht erheblich. Man wird bei allen Menschen im höheren Lebensalter — über 70 Jahre — bei genauerer Untersuchung der Linsen umschriebene strich- oder sektorenförmige, vereinzelte Trübungen in der Kortikalis selten vermissen. Wenn demnach beispielsweise Badal, der neuerdings (1901) für die Jodkalibehandlung besonders eingetreten ist, von einer 75 jährigen Person mit „Cataracte striée" und Sehschärfe $^{1}/_{3}$ berichtet, daß bei ihr während einer 18 monatigen Beobachtungszeit der Zustand stationär geblieben sei, so ist das nicht sehr überzeugend. Aber wir müssen doch zugeben, daß in weiteren von ihm und anderen, besonders auch letzthin von v. Pflugk***) veröffentlichten Beobachtungen, der auch experimentelle Versuche mit Anwendung von Jodkali beim Naphthalin-Star angestellt hat, die Möglichkeit eines Einflusses dieser Behandlungsmethode auf beginnende Startrübungen eine gewisse Stütze gefunden hat. Auch ein Fall, den Peltzer†) neulich sehr eingehend mitteilt, wo durch Einpinseln von Jodosolvin — ein von dem Apotheker Brandt in Altona verfertigtes Präparat, das die Haut nicht schwärzt — in die Stirn eine Aufhellung der Trübung gelang, scheint mir sehr beachtenswert. Ich selbst habe schon lange in vielen Fällen beginnenden Stares Einträufelungen von Sol. Kali jodati (0,1 ad 10,0 täglich einmal während vier Wochen einzuträufeln, dann zwei Wochen aussetzen, um etwaige Schleimhautreizung zu vermeiden, und dann wiederum vier Wochen Anwendung des Mittels usf.) verordnet, ohne mir gerade davon viel zu versprechen, — abgesehen von dem oft nicht genug zu schätzenden psychischen Einfluß der Anwendung eines wenn auch in seinem Erfolge zweifelhaften Mittels.

In einzelnen Fällen ist allerdings ein langes Stationärbleiben, in Fällen, wo das erst ergriffene und nicht behandelte Auge schnell zur Reife kam, von mir beobachtet worden. Sehr ausnahmsweise habe ich eine Besserung des Sehens (natürlich ohne daß sonstige Komplikationen vorlagen) nach einigen Monaten konstatiert. Aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trat eine weitere Reifung ein in den Fällen, wo nach sonstiger Erfahrung progressive Formen des Stares vorlagen. Immerhin scheint es mir angezeigt, weitere Versuche anzustellen. Seit zirka $^{3}/_{4}$ Jahren hat Herr Dr. Müller auf meine Veranlassung in der Klinik jetzt Versuche mit Jodosolvin-Einpinselung in die Stirn angestellt; bisher ist aber auch er nicht zu einer gesicherten Ansicht über die Heilwirkung des Mittels gekommen. Immerhin ist eine längere Beobachtung nötig; später wird von ihm über die durch Zeichnungen der Trübungen usw. gestützten Ergebnisse berichtet werden. —

Wie ersichtlich, sind die Methoden der Anwendung des Jodkali verschieden. Arlt und nach ihm auch H. Pagenstecher*) haben Jodkalisalbe in die Umgebung des Auges eingerieben: letzterer spricht die Ansicht aus, „daß das Mittel insofern günstig einzuwirken vermag, als es das Fortschreiten der beginnenden Katarakt doch vielleicht in einzelnen Fällen aufhalten kann. Er glaubt sich selbst überzeugt zu haben, daß Jodkalisalbe für die Aufhellung leichter diffuser Trübungen, die sich zwischen umschriebenen Streifen, Speichen und Flecken entwickeln, günstig wirken kann; allerdings konnte diese Aufhellung auch spontan eingetreten sein.

Badal hat besonders Jodkali als Augenwasser (0,25:10,0) und zu lauwarmen Augenbädern (7,5:300,0) zweimal täglich zwei bis fünf Minuten lang, event. steigend benutzt, nachdem er die früher angewandten subkonjunktivalen Injektionen und die Benutzung des Jodnatriums aufgegeben hat. Gelegentlich hat er auch innerlich Jodkali verordnet, wie vor ihm schon eine Reihe älterer Autoren. Verdereau wandte wiederum die subkonjunktivalen Injektionen ($2^{1}/_{2}$ bis 5% Jodkali) an, die neuerdings besonders von v. Pflugk als die Instillationen (2,5 ad 10,0) und Bäder im Erfolge weit übertreffend gerühmt werden. Jedoch versucht er erst mehrere Monate die Badalsche Kur, ehe er zu 1% Jodkali-Injektionen ($^{1}/_{2}$ bis 1 Spritze von Jodkali und Natr. chlorat. ana 0,1 ad Aqu. dest. 10,0), Tag um Tag unter die Konjunktiva zu machen, übergeht. Die Schmerzhaftigkeit der Injektionen wird dadurch vermieden, daß die Konjunktiva mittels Einträufelungen einer dreiprozentigen Kokainlösung und Einlegung eines damit getränkten Wattebausches anästhetisch gemacht wird; sollte dennoch über Schmerz geklagt werden, so werden einige Tropfen 1% Acoinöls eingeträufelt.

Die älteren Ophthalmologen erinnern sich noch der Versuche amerikanischer Aerzte, durch Anwendung des konstanten Stromes die Startrübungen zu lichten. Trotz der damals gerühmten Erfolge ist das Verfahren jetzt mit Recht ganz in Vergessenheit versunken; die Jodkali-Therapie hat sich länger gehalten, weil sie vielleicht doch hier und da von Nutzen gewesen.

---

*) Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amauros. Paris, 1837, S. 524

**) Die Krankheiten des Auges. 2. Bd., S 297. Prag 1853.

***) v. Graefes Arch. f. Ophthalmol., Bd. 67, S. 272 u. 537. 1908. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1906, 2. Bd., S. 400.

†) Fortschritte der Medizin. 1907. Heft 18 u. 19.

*) Kl. Monatsbl. f. Augenheilk., 1897, S. 408.

Eine neue Vorrichtung zur Verbesserung des elektrischen Bades.

Von Dr. **S. Weinberg**, Gersfeld.

Die letzten Jahre haben in der Entwicklung des elektrischen Wasserbades außer der Bereicherung der dafür in Betracht kommenden Stromarten durch den sinusoidalen Wechselstrom vor allem ein Zurücktreten sämtlicher Formen des elektrischen Vollbades zugunsten der elektrischen Teilbäder (Vierzellenbad nach Schnée, nach Sarason) und deren Surrogate (Elektrodenhüllen nach Boruttau, Elektrodentisch nach Winternitz) gebracht. Es ist nun aber klar, daß gerade für die Hauptindikationen des elektrischen Bades (Neurasthenie, Paralysis agitans) das Vollbad den genannten Teilbadformen weitaus vorzuziehen ist, weil jenes die hydriatische Beeinflussung zu der elektrischen addiert, außerdem aber den Vorzug hat, fast die gesamte Hautoberfläche der Einwirkung des elektrischen Stromes auszusetzen. Aus letzterem Grunde ist es bei der Anwendung des faradischen Stromes zugleich die vollkommenste Form der allgemeinen Faradisation; dasselbe gilt natürlich für den sinusoidalen Wechselstrom. Bei dem Vierzellenbad und den Boruttauschen Elektrodenhüllen dagegen wird höchstens die Oberfläche der Unterschenkel und Vorderarme, bei dem Winternitzschen Elektrodentisch gar nur kaum die Hälfte (entweder die volare oder die dorsale Fläche) der Vorderarme und die Fußsohlen faradisiert. Es sind diese Methoden deshalb zwar nicht wertlos, aber nur einer Elektrisation mit großen Elektroden gleichzusetzen. Daß dabei der Strom von den Vorderarmen zu den Unterschenkeln durch den ganzen Körper hindurchgehen muß, ist zwar richtig, aber auch bei der gewöhnlichen Faradisation mit Plattenelektroden der Fall und für die speziellen Indikationen der elektrischen Bäder nicht der Einwirkung auf fast die gesamte Hautoberfläche an Wert gleichzusetzen, wie sie die elektrischen Vollbäder, in schwächerem Maße die gewöhnliche allgemeine Faradisation leisten.

Was ist nun der Grund, daß trotz ihrer Vorzüge die Anwendung der elektrischen Vollbäder zugunsten der Teilbäder und Teilbadsurrogate zurückgetreten ist? Man kann ihn nur darin finden, daß den seitherigen Formen der elektrischen Vollbäder (monopolares, dipolares und Zweizellenbad nach Gärtner) wesentliche Mängel anhaften. Das dipolare Bad krankt daran, daß man vollständig im Ungewissen ist, wie groß der durch den Körper gehende Stromanteil ist. Während dieser Uebelstand beim monopolaren Bad fehlt und der ganze Strom den Patienten passieren muß, ist es hier sehr mißlich, daß derjenige Pol, der den Strom außerhalb des Wassers dem Körper zuführt, bei der gewöhnlichen Einrichtung (Monopolarstange, die mit den Händen umfaßt wird) eine zu kleine Oberfläche der Haut trifft. Man hat dann nur die Wahl, entweder, wenn der im Badewasser befindliche Hauptteil des Körpers einen genügend starken Strom erhalten soll, an den Händen eine zu große Stromdichte und damit große Schmerzhaftigkeit in den Kauf zu nehmen, oder wenn man an den Händen erträgliche Stromdichte haben will, an dem Rumpf und den Beinen nur zu schwache, unwirksame Ströme anwenden zu können. Etwas abgeschwächt ist dieser Fehler, wenn statt der Monopolarstange die Trautweinsche Rückenkissen-Elektrode verwendet wird, doch muß dabei entweder der größte Teil des Rumpfes außerhalb des Badewassers und deshalb die beeinflußte Oberfläche wesentlich kleiner sein (also kein eigentliches Vollbad) oder die Isolation der Rückenkissenelektrode vom Badewasser in Gefahr geraten. Ein an sich ideales elektrisches Bad wäre das Gärtnersche Zweizellenbad, bei dem die Badewanne durch ein Gummidiaphragma geteilt wird und der Körper durch eine Oeffnung im Diaphragma sich hindurchzwängt. Der Rand des Diaphragmas an der Oeffnung muß aber dabei überall der Haut dicht anliegen. Dies kann nur leider bei den so ungleichen Kalibern und Konturen der verschiedenen Patienten oft nicht der Fall sein, und der Strom geht dann zum großen Teil nur durch das Badewasser. Außerdem ist das Einsteigen und das Liegen in den Zweizellenbädern natürlich unbequem.

Ich habe nun, um dem elektrischen Vollbad bei seinen oben dargelegten wesentlichen therapeutischen Vorzügen gegenüber den jetzt üblichen Surrogaten (Vierzellenbad etc.) wieder zu seiner Geltung zu verhelfen, eine Vorrichtung angegeben, die das Monopolarbad von seinem bereits genannten praktischen Fehler befreien soll. Statt eine Monopolarstange quer über die Wanne zu legen, werden zwei Armwannen aus nichtleitendem Material entweder auf den Boden der großen Wanne passend gestellt oder an deren Rand derart drehbar und verschiebbar angebracht, daß der im Vollbad Liegende bequem seine Arme bis an die Achseln hineinstecken kann. In das Badewasser der großen Wanne wird dann der eine Pol (zweckmäßig meist der negative), in das die Armwanne möglichst vollständig füllende Wasser der andere Pol geleitet. Die Oberfläche der beiden Arme ist groß genug, um dort Strömen, die für den übrigen im Badewasser befindlichen Körper genügend stark sind, eine gut erträgliche Stromdichte zu verleihen. Das Verhältnis ist noch günstiger, wenn man, wie gesagt, für die große Wanne die Kathode und für die Armwannen die weniger reizende Anode wählt. Die Vorrichtung (man kann sie Dreizellenbad nennen) wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen und Berlin, hergestellt.

Ich möchte hier anfügen, daß jeder Arzt ohne (für Sanatorien, Krankenhäuser, überhaupt für häufigen Gebrauch nach wie vor empfehlenswerte) elektrisch montierte Badewannen und Schalteinrichtungen in jedem beliebigen Raum, auch im Hause des Patienten, ein faradisches (dies die praktisch wichtigste und hinreichende Form) Bad applizieren kann. Es ist dazu außer einem Induktionsapparat mit nicht zu dünnen Drahtwindungen, wie ihn jeder Arzt sowieso besitzen soll (am besten Schlitten-Induktionsapparat), nur eine gewöhnliche Badewanne und meine Vorrichtung nötig. Ist die Wanne von Holz, Porzellan, gut lackiertem Zink oder sonstiger nichtleitender innerer Fläche, so leitet man den einen Pol, was leicht zu improvisieren ist, am Fußende in das Badewasser (der Endpol darf nur den Badenden nicht berühren), den anderen zu den Armwannen. Ist die Wanne von blankem Metall, so verhütet man die direkte Berührung des Badenden mit dem Metall durch auf den Boden der Wanne gelegte und an die Seiten gestellte Holzlatten oder dergl. und kann dann den Leitungsdraht vom einen Pol an die Wanne festklemmen oder in die Wanne einschrauben. Es wäre zu wünschen, daß den vielen Neurasthenikern, die aus allerlei äußeren Gründen sich nicht von Haus und Beruf eine Zeitlang frei machen können und deshalb ambulant behandelt werden müssen, von ihrem Hausarzte ein so gutes therapeutisches Mittel wie die faradischen Vollbäder gewährt werden könnte, was der Fall sein wird, wenn dieser weiß, wie leicht ein solches improvisiert werden kann. Ich hoffe, daß meine Vorrichtung zur häufigeren Anwendung des elektrischen Bades beitragen wird.

Die Behandlung der Frakturen.

Von Dr. **W. B. Müller**, Spezialarzt für Chirurgie und Gynäkologie, Berlin.

(Schluß.)

Wir kommen nun auf die verschiedenen Arten der Verbände zu sprechen, welche zur Fixierung der Bruchstücke dienen. Wir haben da vor allem zwei Hauptarten, die strikte fixierenden, immobilisierenden Verbände und die Extensionsverbände, welche nicht strikte fixieren. Es muß hier hervorgehoben werden, daß man von der alten Grundregel der Fixierung jeder frakturierten Extremität insofern abgekommen ist, als man die Zeit der Fixierung bedeutend abgekürzt hat. Während man früher z. B. eine Fraktura radii typika vier bis sechs Wochen fixierte, legt man bei derselben nur noch zehn bis zwölf Tage einen fixierenden Verband an und beginnt dann schon mit Massage und Bewegungen der Gelenke. Es ist diese Aenderung in der Frakturenbehandlung von ganz ungeheurem Werte und als ein großer Fortschritt zu betrachten, denn man erzielt nicht nur eine raschere Heilung, sondern auch ein viel besseres Resultat hinsichtlich der Restitutio der normalen Beweglichkeit, Funktion und Gebrauchsfähigkeit der Extremität. Die Regel bei der Fixierung der Bruchenden geht dahin, daß man nur so lange Zeit einen die Knochen und Gelenke feststellenden Verband anlegt, als die Frakturenden Zeit brauchen, um durch die ersten Anfänge der Kallusbildung in ihrer normalen Lage fixiert zu werden. Wenn man also den Verband abnimmt, sind die Bruchenden schon durch Kallus verklebt, aber sie sind nur eben so weit fest, daß sie in der ihnen gegebenen Stellung verharren. Die Zeit, welche die Fraktur dazu braucht, ist nun aber verhältnismäßig kurz. Nun, nachdem die Konsolidierung begonnen hat, fängt man mit Massage und Bewegungen in den benachbarten Gelenken an. Dadurch erzielt man erstens eine rascher fortschreitende Kallusbildung, zweitens eine freie Beweglichkeit der Gelenke und normale Muskulatur. Während man früher, als man Gipsverbände sechs bis acht Wochen und länger liegen ließ, in allen Fällen starke Atrophien der Muskeln der Extremität und Verklebungen der Gelenke als Folgen der langen totalen Fixierung der ganzen Extremität nach Abnahme des Verbandes beobachtete, Zustände, welche oftmals nur sehr schwer, langsam und unter großen Schmerzen des Patienten, in anderen Fällen aber auch gar nicht mehr oder nur zu einem geringen Teile geheilt und beseitigt werden konnten, sieht man bei unserer modernen, kurze Zeit dauernden Immobilisierung der Extremität derartige unangenehme Folgezustände nicht mehr oder nur in ganz geringem Grade bei sehr schweren Fällen. Es richtet sich natürlich je nach dem betreffenden Falle, ob man eine schwere oder leichte Fraktur, eine beider Knochen oder nur eines oder eine Fraktura humeri, antibrachii, femoris, kruris oder eine solche eines Metatarsus, Metakarpus, des Radius allein etc. vor sich hat. Man kann ungefähr folgende Regel aufstellen:

Man fixiert bei:

Fraktura	humeri	2—3 Wochen,
„	femoris	$3-3^{1}/_{2}$ „
„	antibrachii	$2-2^{1}/_{2}$ „
„	kruris	2—3 „
„	tibiae	2 „
„	fibulae	1—2 „
„	radii	10—12 Tage,
„	ulnae	10—12 „
„	metatarsi	1 Woche,
„	metakarpi	1 „
„	einer Phalange	10—14 Tage,
„	eines Mittelhandknochens	10—12 Tage,
„	„ Mittelfußknochens	2—3 Wochen,

etc. etc.

Natürlich sind dies nur relative Zahlen, und es müssen dieselben je nach den obwaltenden Verhältnissen modifiziert werden. In den Fällen, wo man nach Abnahme des Verbandes nach zwei Wochen bei Fraktura antibrachii z. B. noch stark federnde Knochen findet, kann man ja noch für eine Woche eine Gipskapsel anlegen, damit eine Verbiegung der weichen Knochen noch vermieden werde, aber man massiert schon jeden Tag. Handelt es sich um komplizierte Frakturen, so werden diese Zahlen natürlich nicht direkt gelten können, denn da richtet sich der Verband eben ganz nach der Größe und Art der Wunde. Bei nicht komplizierten Frakturen erzielt man mit dieser Behandlung aber ganz hervorragende Erfolge. Das Resultat ist bei gewissenhafter Behandlung stets ein gutes. Um die Stellung der Knochenenden gut zu erhalten, kommt es vor allem auf gute Taxis an und gutes Anlegen des ersten Verbandes. Ich mache es stets so, daß ich, nachdem die Fraktur eingerichtet ist, einen gutsitzenden Schienen- oder Gipsverband anlege und entweder sofort oder am nächsten Tage die Stellung der Knochen im Röntgenbild kontrolliere. Steht die Fraktur gut, so bleibt dieser erste Verband acht Tage liegen. Nach dieser Zeit wird ein zweiter Verband angelegt und wieder die Stellung der Knochen im Röntgenbilde kontrolliert. Wenn man eine starke Schwellung der Weichteile erwarten muß, so kann man ja ein oder zwei Tage nur einen provisorischen Schienenverband anlegen und erst nach Rückgang des Oedemes den definitiven fixierenden Verband vornehmen. Das Oedem wird sehr rasch weggebracht durch Heißluftmassage. Dieselbe ist ganz schmerzlos und für die Kranken angenehm.

Die Frage, ob man einen Schienen- oder Gipsverband anlegen soll, ist für den einzelnen Fall nicht a priori zu entscheiden, es hat jeder Chirurg für die einzelnen Frakturen seine eigenen Methoden. Es ist im Prinzip und auch quoad successum vollkommen gleichgültig, welcher Verband angelegt wird, wenn derselbe nur technisch vollendet und vollkommen ausgeführt worden ist. Man kann mit einem Schienenverband ebensoviel Unheil anrichten wie mit einem Gipsverband, wenn man die Technik nicht beherrscht und nicht geübt ist. Es ist allerdings gar nicht immer leicht, einen guten Verband bei einer Fraktur anzulegen, und wer es nicht versteht, der soll zu seinem und seines Patienten Wohle lieber einen Spezialisten zu Hilfe rufen. Wer aber die Technik beherrscht, der wird stets gute Erfolge erzielen, und für ihn wird es gleichgültig sein, ob er Schienen- oder Gipsverband anlegen wird. Ich lege für die typische Radiusfraktur bei leichtem Falle die Schedesche Schiene, bei schwerem den Lexerschen Schienenverband oder einen Gipsverband an, bei Fraktura antibrachii ziehe ich den Gipsverband dem Schienenverband meist vor, bei Fraktura humeri lege ich Schienenverband an, bei Fraktura femoris selten Schienen- oder Gipsverband, bei Fraktura kruris Gipsverband und bei den anderen meist einen Schienenverband an. Ueber den Extensionsverband bei diesen Frakturen spreche ich noch.

Der Schienenverband besteht aus zwei Pappschienen oder Holzschienen, Watte und Steifgazebinde. Die Extremität wird in Watte gut eingehüllt und dann werden die Schienen angelegt, die mit der Steifgazebinde fixiert werden. Auf die einzelnen Verbände kann ich hier nicht eingehen. Bei allen Verbänden muß man besonders beachten: gut zu polstern, nicht zu eng anzulegen, und stets die beiden benachbarten Gelenke mit zu immobilisieren. Besonders gefährlich ist der Gipsverband, weil er stark schrumpft. Man achte stets darauf, ihn nicht zu fest anzulegen und die Kranken am nächsten Tage zur Kontrolle zu bestellen.

Ich komme nun noch kurz auf den Extensionsverband zu sprechen, welcher an Stelle des fixierenden Verbandes bei den meisten Frakturen ebenfalls verwendet werden kann. Die Behandlung einer Fraktur mit dem Extensionsverband ist eine total verschiedene von der mit dem fixierenden Gipsverbande. Die Vorteile, welche das Extensionsverfahren gegenüber den anderen bietet, sind: 1. Genaue dauernde Reposition der Frakturenden und Festhalten der Fragmente in der richtigen Lage; 2. Bewegungsmöglichkeit der Muskulatur der erkrankten Extremität; 3. Möglichkeit der Anwendung der Massage und Elektrizität; 4. geringere Gefahren und doch sehr gute Heilungserfolge. Man kann vor allen Dingen bei dem Extensionsverfahren die Stellung der Fragmente jederzeit ändern und genau kontrollieren und vermeidet all die Nachteile des festen fixierenden Verbandes. Weiter kann man die Konsolidierung besser und zu jeder beliebigen Zeit kontrollieren und, falls dieselbe ungenügend vor sich geht, eher und intensiver deren Anregung bewirken. All diese und noch manche anderen Vorteile des Extensionsverfahrens vor dem des fixierenden Verbandes haben dem Extensionsverband eine große Anzahl von eifrigen Anhängern und Freunden erworben. Ein Umstand besteht aber als Nachteil von gewichtiger Art, nämlich die Unmöglichkeit der Anwendung des Verfahrens in vielen Fällen. Nicht alle Frakturen an den Extremitäten lassen sich mit Extension behandeln, so z. B. die Frakturen der Mittelfuß- und -handknochen, der Patella, des Olekranon etc. Ferner muß man als Nachteil der Extension den Umstand ansehen, daß der Patient in den meisten Fällen zu Bett liegen muß, während wir gerade einen so großen Vorteil darin sehen, dem Kranken durch Anlegung bestimmter fixierender Verbände die Möglichkeit, das Bett zu verlassen und sich zu bewegen, zu geben. Der Extensionsverband erzielt aber bei weitem die besten Resultate bei strikter Ruhe des Kranken. Nur bei wenigen Frakturen an den oberen Extremitäten können wir den Kranken auch mit dem Extensionsverband das Bett verlassen sehen, wie bei Fraktura humeri, antibrachii, phalangeorum digitorum. In allen Fällen verhindert der Extensionsverband die freie Bewegung des Kranken bedeutend. Es lassen sich aber auch diese Nachteile bis zu einem gewissen Grade vermindern und verringern. Daß man sehr gute Erfolge mit dem Extensionsverfahren erzielt, ist bekannt, aber es gehört sehr viel Geduld, Uebung und Kenntnisse in der Technik sowie Erfahrung zur Extensionsbehandlung, wenn glänzende Resultate erzielt und Nachteile vermieden werden sollen.

Jedenfalls stehen sich die Extensions- und Fixierungsmethode als gleichwertige therapeutische Methoden der Frakturen gegenüber, und der erfahrene Arzt, der viel Frakturen behandelt hat, wird für jede Art der Fraktur seine bestimmte Methode haben, mit welcher er erfahrungsgemäß in dem betr. Falle den besten Erfolg erzielt. Es läßt sich schwer ein Rat geben, wie diese oder jene Fraktur strikte und immer behandelt werden muß, es müssen bei jedem einzelnen Falle alle Verhältnisse beachtet werden, und nach ihnen muß man seine Entschließungen treffen. Vor allen Dingen muß man bedenken, daß bei dem Extensionsverfahren eine ständige ärztliche Kontrolle des Kranken unbedingt notwendig ist, so daß man Frak-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

turen ambulant meist nicht nach dieser Art behandeln soll. So muß man für jeden einzelnen Fall die geeignetste Methode nach Berücksichtigung aller Umstände und Verhältnisse wählen. Feste Regeln lassen sich nur für folgende Fälle geben: Die typische Fraktura radii wird am besten mit einem Gips- oder Schienenverband (Lexer, Schede) behandelt, die Fraktura femoris mit dem Extensionsverband, die Fraktura kruris mit Gipsverband (Gehverband), die Fraktura antibrachii mit Gips- oder Schienenverband, die Fraktura humeri entweder mit Extensions- oder Schienenverband behandelt. Für alle anderen Frakturen sowie für komplizierte und Zertrümmerungsfrakturen kann man keine festen Regeln aufstellen.

Ganz besonders schwierig zu behandeln sind die suprakondyläre Fraktura kubiti und Fraktura antibrachii. Die suprakondyläre Fraktura kubiti gibt ein leidlich gutes Resultat, wenn die Gelenkflächen der Kondylen nicht zertrümmert sind, dann wird der Arm wieder gut beweglich, wenn man die Fragmente durch gute Reposition günstig stellt. In vielen Fällen aber, und ich habe viele solcher Fälle behandelt, sind die Kondylen vollkommen zertrümmert und die Trümmer der Knochen sind noch gegeneinander disloziert. In diesen traurigen Fällen, bei denen nicht immer komplizierte Fraktur vorzuliegen braucht, schwebt der Patient in doppelter Gefahr, erstens besteht die große Wahrscheinlichkeit, daß das Ellenbogengelenk versteift, zweitens können die dislozierten Fragmente auf Gefäße und Nerven drücken und diese schwer schädigen, wodurch dem Patienten noch schwerere Folgen und Gefahren drohen. Solche Zertrümmerungsfrakturen werden am besten operativ behandelt, indem man das Gelenk reseziert.

Ich komme damit auf die dritte Art der Frakturenbehandlung zu sprechen, die operative Therapie. Des genaueren auf dieselbe einzugehen, muß ich mich hier enthalten, da es uns zu weit führen würde. Die Operation kommt in Betracht für schwere Gelenkfrakturen und Zertrümmerungsfrakturen sowie für Frakturen mit Interposition der Weichteile, die sich nicht reponieren lassen. Die Operation besteht in Resektion des betroffenen Gelenkes (Ellenbogen-, Knie-, Hand-, Fußgelenk etc.) und event. Interposition von Faszien oder Muskeln zur Herstellung eines neuen Gelenkes (Pseudarthrose), oder im Entfernen der zertrümmerten Knochenstücke und Naht der Knochenenden, wobei man Knochenplastiken event. ausführen muß. Des genaueren kann ich auf die operative Therapie der Frakturen hier nicht eingehen.

Ehe ich diese Betrachtung schließe, möchte ich noch einer Komplikation der Frakturen Erwähnung tun, die zum Glück selten vorkommt, aber durch ihr Auftreten recht üble Folgen zeitigen kann. Es ist dies das Bild der Nervenlähmung bei Frakturen. Man findet in manchen Fällen nach Frakturen der Extremitäten Paresen auftreten, welche verschiedene Aetiologie besitzen können. Je nachdem unterscheidet man: Ischämische Nervenlähmungen und Drucklähmungen. Die ischämische Lähmung ist ein Vorkommnis, das erstens durch die Fraktur selbst, zweitens durch den Verband hervorgerufen werden kann. Sie beruht auf Störungen des Blutkreislaufs in der Extremität, und zwar kann ein Fragment der Fraktur die großen Gefäße komprimieren und so eine mangelhafte Ernährung erzeugen, oder es kann ein Fragment einen Nerven komprimieren und dadurch die Parese hervorrufen. Man beobachtet auch direkte Verletzungen der großen Blutgefäße durch die Fragmente, wodurch starke Blutungen, Hämatome entstehen. Diese Verletzungen der Nerven und Blutgefäße durch die Fragmente können während des Traumas oder während der Reposition der Fraktur (Taxis) entstehen. Letztere Verletzungen muß der Arzt nach Möglichkeit zu vermeiden suchen. Es kommt bei diesen Verletzungen erstens totale Ruptur eines großen Nerven oder einer großen Arterie oder Vene in Betracht, zweitens teilweise Verletzung des Nerven und Anspießungen der Arterie oder Vene. Die totale Ruptur des Nerven ist höchst selten und wird bemerkt durch totale Lähmung sofort nach dem Trauma, die nach einigen Tagen nicht anfängt zurückzugehen. Man muß dann den Nerven nähen. Die Ruptur eines Gefäßes ist ebenfalls sehr selten und muß sofort operativ behandelt werden. Sie zeigt sich an durch Fehlen des Pulses (Arterie) und starkes Hämatom, eventuell durch Blutungen. Die teilweise Durchtrennung resp. Anreißung des Nerven zeigt sich an durch sofort aufgetretene partielle Parese. Sie bleibt einige Zeit bestehen und vergeht von selbst wieder, ohne therapeutisch angegriffen werden zu müssen. Die Anspießung und Verletzung von Arterien und Venen zeigt sich an durch starkes zunehmendes Hämatom. Es kommen da die Ligatur, Gefäßnaht und der Kompressionsverband in Betracht. Es kommt nun auch vor, daß ein großer Nerv durch ein Fragment stark komprimiert wird, dann ist eine partielle oder totale Parese nach dem Trauma sofort vorhanden, schwindet aber nach der Reposition der Fraktur (Taxis) wieder langsam. Man muß sich nun aber hüten, bei der Reposition einer Fraktur mit den Fragmenten die in der Nähe liegenden größeren Nerven, Arterien und Venen zu verletzen. Man kann dies gut tun. indem man sich die anatomische Lage der Organe genau vergegenwärtigt und die Bewegungen bei der Reposition so einrichtet, daß man die in der Nähe verlaufenden Nerven, Arterien und Venen nicht verletzt.

Wenn man nach dem Trauma keine Parese findet, sondern dieselbe erst nach Anlegen des Verbandes entsteht, so kann die Ursache erstens in Kompression des Nerven durch die Fragmente, zweitens in Kompression durch den Verband, drittens in Ischämie gegeben sein. In erstem Falle muß man noch einmal die Fragmente reponieren, im zweiten den Verband ändern, im dritten durch Massage, Bäder, Heißluftbäder etc. die Zirkulation anregen und die Ernährung der Gewebe in der Extremität zu bessern suchen. Der Verband darf eigentlich nie eine solche Wirkung auf Nerven oder Gefäße ausüben, es sei denn, daß er fehlerlos angelegt ist und unvorhergesehene plötzliche Anschwellung des Gliedes den Druck des Verbandes erzeugt hat. Letzteres ist sehr selten. Meist liegt ein Fehler im Verband vor, wenn nach Anlegen des Verbandes Lähmungen auftreten, die durch Druck des Verbandes hervorgerufen worden sind. Dieselben müssen entschieden vermieden werden.

All diese Bemerkungen über Paresen nach Frakturen zeigen, wie peinlich der Arzt bei der Behandlung einer Fraktur vorgehen muß, und doch können trotz genauer Befolgung aller Vorsichtsmaßregeln Paresen auftreten, die dem Arzte nicht zur Last gelegt werden können. Deshalb ist eine genaue Auswahl der jeweilig am meisten geeigneten Behandlungsart der Fraktur von höchstem Werte, und der Arzt kann viel Unheil vermeiden, indem er alle Momente berücksichtigt und individualisiert und nicht nach einem Schema jede Fraktur behandelt. Wo so viele Eventualitäten und Verhältnisse mitsprechen und maßgebend sind, wie bei der Behandlung einer Fraktur, darf von einer schematischen Therapie keine Rede sein. Damit aber eine genaue individualisierende Behandlung möglich ist, muß der Arzt über große Erfahrung und eingehende Kenntnisse über das Wesen, Art und Entstehung der Fraktur verfügen. Dann wird er für jeden Fall die richtige Methode wählen, und die besten Erfolge werden ihm seine große Mühe und Arbeit lohnen.

Diese Bemerkungen über die Therapie der Frakturen mögen genügen, um ein Bild der nicht operativen Tätigkeit des Arztes bei Verletzungen der Knochen der Extremitäten zu entwerfen, und sie genügen, um die gebräuchlichen Methoden zu skizzieren. Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Verbände ist hier nicht möglich und muß für andere Abhandlungen vorbehalten bleiben. Ebenso konnte ich die operative Therapie der Frakturen hier nicht des genaueren behandeln. Es wird dies Gegenstand einer anderen Arbeit sein.

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Die Wassermann-Neißer-Brucksche Reaktion bei Syphilis.** Von C. Bruck und M. Stern. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

2. **Ueber die Serodiagnostik der Syphilis und ihre praktische Bedeutung für die Medizin.** Von Wassermann. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 21.

3. **Ueber Anaphylasie.** Von Doerr. Ibidem, Nr. 13.

1. In einer ausführlichen Veröffentlichung legen die Autoren nochmals den ganzen heutigen Stand der serologischen Luesdiagnose dar und berichten über eine Reihe bisher nicht veröffentlichter Versuchsserien aus Batavia; hier seien nur die wichtigsten Punkte herausgegriffen.

Durch Verwendung von haltbar gemachtem Extrakt aus luetischen Organen = „Standard Luesantigen" und konserviertem Luetikerserum = „Standard Luesantikörper" gelang es, zahlenmäßig nachzuweisen, daß bei Tieren, deren Serum vor der Infektion frei von Luesantikörpern war, sich im Laufe der Infektion solche einstellten, und daß bei Tieren (niederen Affen), die schon normalerweise einen Luesantikörpergehalt aufweisen, derselbe durch die Infektion eine Steigerung erfährt. Sie fanden ferner, daß man vielfach vor Ausbildung des Primäraffektes ein Auftreten, rasches Ansteigen und dann wieder Abfallen der Antikörperbildung konstatieren kann, und schließen daraus auf eine Generalisation des Virus schon während dieser Zeit. Durch Behandeln von Tieren mit lebendem oder abgetötetem luetischen Material gelingt es, eine Antikörperproduktion anzuregen, aber niemals über eine gewisse Höhe, und dadurch unterscheidet sich dieser bei Lues gefundene Antikörper grundsätzlich von den Bakterienantikörpern. Der Antikörpergehalt des Serums mit Lues geimpfter Tiere zeigt im übrigen ganz unregelmäßige Schwankungen. Der Luesantikörper zeigte weder im Reagenzglas noch im Tierversuch gegen Lues schützende oder heilende Eigenschaften, hat also keine Schutzkraft. Die Untersuchungen der Autoren über Antigengehalt von Organen bestätigten, daß auch in normalen Organen geringe Mengen Antigen, d. h. eines Stoffes, der mit den Antikörpern des Luetikerserum eine spezifische Reaktion eingehen kann, vorhanden sind, und daß er bei Lues stark vermehrt auftritt. Der Antigengehalt schwindet bei spez. antiluetischer Behandlung der infizierten Tiere; in vitro wird durch die gleichen Mittel keine Wirkung erzielt.

Beim Menschen wurden von 378 Luesfällen in 204 Luesantikörper gefunden, während bei 157 Nichtluesfällen nur zweimal eine verdächtige Seroreaktion eintrat. Trotz der veränderten Deutung, die Antigen und Antikörper bei Lues in der letzten Zeit gefunden, bleibt also nichtsdestoweniger der Nachweis des Antikörpers im Luetikerserum für Lues charakteristisch und muß — da er in 82,3% von nicht behandelten Luesfällen positiv ausfällt — als unsere derzeit beste biologische Reaktion bezeichnet werden.

Bei behandelten Luesfällen wurden nur in 29,5% Antikörper gefunden, und während der spezifischen Behandlung kann man häufig ein Verschwinden der Antikörper konstatieren: es kann deshalb die Serumkontrolle während der Behandlung einen wertvollen Maßstab für den erzielten Erfolg abgeben.

2. Wassermann selbst, der Erfinder der Serodiagnose der Lues, faßt auf dem diesjährigen Kongreß für innere Medizin in Wien seine Ausführungen über die Serodiagnose folgendermaßen zusammen: Die Methode ist, wenn sie positiv ausfällt, klinisch absolut zuverlässig und reif für die Einführung in die Praxis. Die Ausführung muß aber unbedingt den Aerzten reserviert bleiben, denn es macht einen großen Unterschied aus, ob durch irgendeine Fehlerquelle in der Ausführung einer Reaktion beispielsweise angegeben wird, daß jemand Eiweiß im Urin oder etwas mehr Harnsäure hat, oder ob ihm mitgeteilt wird, daß er syphilitisch infiziert sei.

3. Anaphylaxie bezeichnet den Zustand der Ueberempfindlichkeit eines Tieres gegen eine Substanz, mit der schon vor längerer Zeit eine Impfung stattgefunden hat, so daß eine Impfdose deletär wirken kann, die vom normalen, nicht vorbehandelten Tiere glatt vertragen wird. Diese Anaphylaxie tritt auch beim Menschen auf. Das Wesen der A. ist nur noch fast vollständig in Dunkel gehüllt, wir kennen einstweilen nur eine Reihe von Eigentümlichkeiten. Die A. entsteht spezifisch, d. h. wenn man einem Tier Kuhmilch in größeren Zwischenräumen einspritzt, so wird es überempfindlich gegen Kuhmilch, nicht etwa gegen Pferdeserum und umgekehrt. Auf A. beruht auch die „Serumkrankheit" des Menschen (v. Pirquet und Schick). Bekanntlich befindet sich das Antitoxin, welches wir bei Diphtherie und anderen Erkrankungen zu Heilzwecken einspritzen, in Pferdeserum, und dieses Vehikel, das Pferdeserum, bedingt eine Ueberempfindlichkeit des Geimpften, die bei einer zweiten Injektion von Antitoxin in Erscheinung treten, schwere Schädigungen bedingen, eventuell den Tod herbeiführen kann, d. i. Serumkrankheit. Das Studium der A. ist daher von großer praktischer Bedeutung, ihre Bekämpfung für die Serumtherapie eine Lebensfrage. Wenn man das Serum eines anaphylaktischen Tieres einem gesunden einspritzt, so wird dieses überempfindlich. Die A. beruht also auf Bildung eines Reaktionskörpers im Serum. Dieser Körper verträgt ein Erhitzen auf 56° und ist mit keinem der bekannten Antikörper identisch.

Die A. ist auch erblich auf die Jungen übertragbar und beweist experimentell die Möglichkeit der Uebertragung einer krankhaften Disposition. Den in Betracht kommenden Substanzen, speziell den Eiweißlösungen, die Eigenschaft, Ueberempfindlichkeit bei Impfung hervorzurufen, zu nehmen, ist bis jetzt noch nicht gelungen; in der Aethernarkose kommen Symptome der Ueberempfindlichkeit nicht zur Ausbildung. Tiere, die so überempfindlich sind, daß die in Betracht kommende Substanz bei der Reinjektion sie sofort tötet, vertragen diese Impfung ohne Symptome, wenn man sie vorher mit Aether betäubt.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Zur Frage über die Heilung des Trachoms durch Becquerelstrahlen (Radium).** Von Selenkowsky. Arch. f. Augenheilk., Bd. 60, H. 1, S. 63.

2. **Ein Beitrag zur Serumtherapie bei Erkrankungen des Auges.** Von A. v. Hippel. Deutsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 27, S. 1182.

3. **Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Konjunktivitis.** Von Elschnig. Ibidem, Nr. 26, S. 1133.

4. **Ueber die Aufhellung der durch metallische Aetzgifte verursachten Hornhauttrübung.** Von Guillery. Ibidem, Nr. 26, S. 1135.

5. **Ueber Behandlung von Augenverletzungen.** Von O. Lange. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenheilk., Bd. 7, H. 5.

6. **Ueber den Frühjahrskatarrh.** Von Feldmann. Ibidem, Heft 6.

1. Nachdem von mancher Seite die Erfolge der Radiumbehandlung des Trachoms bezweifelt worden sind, tritt S. von neuem warm für dieselbe ein. Um eine schädliche Wirkung auf das Innere des Auges und die Hornhaut zu vermeiden, werden die ektropionierten Lider mit Radiumbromid (Maximum 10 mg) höchstens 10 Minuten bestrahlt. Die Trachomkörner des granulösen Trachoms schwinden ohne Narbenbildung. Die Dauer der Behandlung ist kürzer als bei Anwendung der üblichen Mittel. Anders sind die Resultate bei dem mit Pannus komplizierten chronischen Trachom. Hier ist das Radium bald mehr bald weniger wirksam als die gewöhnlichen Mittel, jedoch kommen auch bei Fällen, die monatelang mit diesen erfolglos behandelt sind, günstige Resultate durch Radiumbestrahlung vor.

Wegen der kumulativen Eigenschaften des Radiums, das eine starke Aktivität besitzen muß, sollen die Bestrahlungen nur zweimal wöchentlich stattfinden.

2. Das von Deutschmann hergestellte Serum, das durch Fütterung von Tieren mit lebenden Hefezellen hergestellt wird, ist ein polyvalentes Serum, das Infektionen mit Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, sogar mit Tuberkelbazillen heilen soll. v. Hippel hat dasselbe bei 40 Augenkranken (Dosis 2 bis 4 ccm) angewandt, ohne lokale oder allgemeine Reaktionen zu beobachten. Die Serumeinspritzung erzielte günstige Erfolge bei Iritis plastika und Ulkus serpens korneae. Sie erwies sich unwirksam bei skrofulöser und tuberkulöser Keratitis sowie bei schweren Infektionen des Glaskörpers.

3. Elschnig macht auf manche der üblichen Therapie mit Adstringentien trotzende Formen der chronischen Konjunktivitis

aufmerksam: 1. Eine häufige Aetiologie ist Hypersekretion der Meibomschen Drüsen. Diese am häufigsten bei älteren Individuen zu beobachtende Konjunktivitis ist zu beseitigen, wenn das oft in sehr starker Menge angesammelte Sekret durch geeigneten Druck auf die Lider wiederholt entleert wird. 2. Mangelhafter Verschluß der Lidspalte bei leichtem Lidschluß und im Schlafe kommt auch ohne Exophthalmus nicht selten vor, führt zu chronischer Entzündung der Bindehaut und sogar zuweilen zu umschriebener lederartiger Verdickung derselben. Schutz des Auges durch einen einfachen Leinenstreifen während des Schlafs führt ohne Anwendung von Adstringentien zur Heilung.

4. Metallische Aetzgifte, insbesondere Kalk, erzeugen in der Hornhaut Trübungen, 1. primär durch die chemische Verbindung, welche sie mit dem Hornhautgewebe eingehen; 2. sekundär durch die reaktive Entzündung des Gewebes; 3. durch die etwaigen Substanzverlusten folgende Narbenbildung.

Die primäre Trübung (1.) ist einer chemischen Aufhellung zugänglich. Als bestes Mittel hat sich eine Mischung von Chlorammonium mit einem Zusatz von Weinsäure bewährt. Das gut kokainisierte Auge wird mittels einer sogenannten Augenwanne 1/2 bis 3/4 Stunde ein bis mehrere Male täglich in 4- bis 5%ige Chlorammoniumlösung mit 0,02 bis 0,1% Weinsäurezusatz getaucht. Bei unverändertem Weinsäurezusatze kann das Chlorammonium auf 10% und mehr gesteigert werden. Die Kokainisierung des Auges beseitigt nicht nur das Gefühl des Brennens beim Eintauchen in die Lösung, sondern erleichtert die Diffusion derselben durch das Hornhautepithel.

5. Lange bespricht die Augenverletzungen nach folgender Einteilung: 1. Durch Fremdkörper, 2. durch scharfe oder spitze Gegenstände, 3. durch stumpfe Gewalt, 4. durch thermische oder chemische Kräfte. Er gibt eine übersichtliche Darstellung der bei den verschiedenen Verletzungen erforderlichen Behandlungsmethoden und betont zum Schluß, daß bei allen schwereren Augenverletzungen ein aseptischer Schutzverband die zweckmäßigste Hilfe vor der Ueberweisung an einen Spezialarzt darstelle.

6. Feldmann schildert die als Frühjahrskatarrh bezeichnete Bindehauterkrankung, ihr Vorwiegen beim männlichen Geschlechte jugendlichen Alters und ihre regionäre Verbreitung, die in den einzelnen Ländern sehr verschieden ist. In einer tabellarischen Uebersicht sind 81 in der Gießener Universitätsklinik beobachtete Fälle zusammengestellt. Der neuerdings betonte Zusammenhang zwischen Frühjahrskatarrh und Sonnenlicht führte zu der therapeutischen Maßnahme, die sonst jeglicher Therapie trotzende Erkrankung mit Okklusivverband oder dunklen Gläsern zu behandeln. Auch in der Gießener Klinik wurden mit dieser Methode recht gute Resultate erzielt, so daß dieselbe nach den bisher vorliegenden, allerdings noch nicht zahlreichen Beobachtungen einen erheblichen Fortschritt darzustellen scheint.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Lupus und Tuberkulose des Nasenrachenraumes.** Von Prof. Dr. Otto Seifert. Medizin. Klinik, 1908, Nr. 17.

2. **Die Gefährlichkeit der Tracheoskopie bei Kompression der Luftröhre von hinten.** Von O. Körner. Zeitschr. f. Ohrenheilk., LVI. Bd., 1. Heft.

3. **Die Behandlung der akuten Mittelohreiterungen mit zitzenförmiger Perforation durch Aussaugen des Eiters aus derselben vom Gehörgang aus.** Von Dr. O. Muck. Ebenda.

4. **Ueber experimentelle endogene Infektion der Nase und des Ohres durch pathogene Hefen.** Von Dr. Rudolf Schilling. Ebenda.

5. **Ein rhinogener Hirnabszeß.** Von Dr. Donalies. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 75, Heft 3 u. 4.

1. Im Anschluß an den Bericht über einen Fall von tuberkulösen Tumoren in Nase und Nasenrachenraum, einem relativ seltenen Vorkommen — der durch Operation von der Nase und dem Retronasalraum aus geheilt wurde —, bespricht Seifert die Tuberkulose der Rachenmandel, die, wie er aus zahlreichen Literaturberichten feststellt, in 1 bis 6% der Fälle vorkommt.

Viel wichtiger aber erscheint auch ihm die Feststellung von Woodhead und Uffenorde, daß die vergrößerte Rachenmandel zweifellos der Tuberkulose als Eintrittspforte in den Gesamtorganismus diene. Woodhead konnte bei zahlreichen Sektionen von Kindern nachweisen, wie vom Nasenrachenraum aus auf dem Wege der Lymphbahnen die Bronchialdrüsen und schließlich die Lungen infiziert werden.

Wenn auch für die Infektion mit Tuberkulose noch viele andere Gesichtspunkte in Frage kommen (Disposition, schlechte Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, Mundatmung, bedingt durch Rachendrüsen oder Muschelschwellungen), so muß man sich doch oder gerade deswegen auf den Standpunkt Seiferts stellen, daß die Adenotomie überall angezeigt ist, wo der Tumor nachweisbare Störungen hervorruft.

Dabei ist nach Erfahrung des Referenten kein Alter auszunehmen.

Handelt es sich um eine Schädlichkeit, so kann sie nicht früh genug aus dem Körper eliminiert werden.

Wir waren gezwungen, Adenoide bei Kindern von zwei Wochen zu operieren, und immer hatten wir den denkbar besten Erfolg!

2. Bei hochgradigen Verengerungen der Trachea durch Kompression von hinten kann schon eine Lageveränderung, insbesondere die Rückenlage, verhängnisvoll werden. Körner verlor ein 2 1/4 jähriges Kind, das er tracheoskopieren wollte, weil es an einem Atmungshindernis litt, durch bloßes Lagern auf den Rücken behufs Tracheotomie. Operation und Einführung des Tracheoskops kamen zu spät. Das Lumen der Trachea war durch einen Tumor oder Abszeß (Sektion wurde nicht gestattet) spaltförmig verengert und durch die Lagerung geschlossen. Körner zitiert Pieniázek, welcher bei retroösophagealem Abszeß einen Patienten durch Tracheoskopie verlor, indem das starre Rohr des Tracheoskops den Inhalt des Abszesses nach abwärts drückte und dieser nunmehr in seinem prall gespannten unteren Teil die Trachea abschloß.

3. Muck hat dauernd gute Erfolge vom Absaugen des Eiters mit seinem Apparate auch bei schwereren Mittelohreiterungen gesehen, die mit zitzenförmig vorgewölbtem Trommelfell kompliziert waren. Er rät zu intermittierendem Saugen, fünf- bis zehnmal in einer Sitzung, und jedesmaligem Abtupfen des Eiters. Die Zitze erweitert er nicht, trägt sie auch nicht ab. In fünf derartigen Fällen hat er Heilung nach durchschnittlich acht Tagen beobachtet vom Beginn des Saugens an gerechnet.

Referent hat im allgemeinen günstige Erfolge von dieser Methode gesehen. Doch war er in einigen Fällen gezwungen, die Perforation bei exzessiver Vorwölbung des Trommelfells vorher galvanokaustisch zu erweitern, da ein zufriedenstellender Abfluß anders nicht zu erreichen war.

4. Hefen als pathogene Organismen sind allgemein wohl wenig bekannt, und bis vor einem Dezennium wurden sie meist als harmlose Parasiten betrachtet. Erst seit einer eingehenden Arbeit Busses wurde beobachtet, daß eine Reihe wilder Hefen ein zweifellos pathogenes Verhalten zeigen.

Schilling untersuchte Nase und Schläfenbeine von Tieren, die mit Hefe infiziert waren, und beschreibt eingehend den mikroskopischen Befund, dessen Einzelheiten hier ja kaum von Interesse sind. Es sei nur darauf hingewiesen, daß weitgehende Zerstörungen nachgewiesen wurden, die einwandsfrei neben früheren Arbeiten die Pathogenität mancher Hefenarten auf den tierischen Organismus nachweisen.

5. Die Entstehung von Hirnaffektionen, insbesondere Hirnabszessen, im Anschluß an akute Prozesse in der Nase sind relativ selten beobachtet worden. Donalies beschreibt einen sehr interessanten Fall. Ein Knabe von zwölf Jahren, der gerade an einem Schnupfen litt, schlug mit der Stirn gegen die scharfe Kante einer Schulbank auf. Aeußere Verletzungen waren nicht entstanden. Zirka vier Wochen später traten bedrohliche Erscheinungen auf. Auf der Stirn in der Mittellinie fand sich ein Abszeß, reichliche Eiterung aus der Nase, und bei der notwendigen Operation fand Donalies ein akutes Empyem beider Stirnhöhlen und bei einer zweiten Operation einen kleinen Extraduralabszeß und einen Hirnabszeß von 1 1/2 cm Durchmesser links. Das Kind wurde

geheilt. Den Entstehungsmodus stellt sich Donalies so vor, daß durch den Fall Blutergüsse unter der Haut, in den Stirnhöhlen und zwischen Os frontis und Dura entstanden waren, die durch den bestehenden Schnupfen infiziert worden sind.

Orthopädische Chirurgie.

Referent: Dr. **A. Stoffel,** Oberarzt an der Prof. Vulpiusschen Klinik, Heidelberg.

1. **Die Trochanter-Spina-Linie als diagnostisches Hilfsmittel.** Von J. Schoemaker-Haag. Zeitschr. f. orthopäd. Chir., Bd. 19, H. 3 u. 4, S. 465.

2. **Scharlach und Trauma.** Von R. Bernstein-Sensburg. Aerztl. Sachverst.-Zeitschr., 1908, Nr. 12, S. 242.

3. **Kasuistischer Beitrag zur Frage der Fingerfrakturbehandlung.** Von S. Kofmann-Odessa. Arch. f. Orthopädie etc., Bd. 6, H. 4.

4. **Redressement und nachfolgende Behandlung des angeborenen Klumpfußes.** Von W. Becker-Bremen. Ibidem.

1. Gerade bei pathologischen Veränderungen des Hüftgelenks (entzündliche Prozesse, Deformitäten, Frakturen und Luxationen) ist für unsere Therapie, da sie nach den verschiedensten Grundsätzen arbeiten muß, eine sichere und einwandfreie Diagnose von höchster Bedeutung. Aber nur zuverlässige und exakt arbeitende Hilfsmittel führen uns zu einer sicheren Diagnose. Wie wenig man diese Postulate bei Bestimmung des Trochanterstandes der Roser-Nélatonschen Linie nachrühmen kann, wird jeder schon empfunden haben, der sich öfters dieses Untersuchungsmodus zu bedienen hat. Gern greift man daher zu einer neuen Methode, zumal ihr der Vorzug des Einfachen, Praktischen und Schonenden eigen sein soll.

Schoemaker zieht von der Spitze des Trochanter, am Rande der Spina ant. sup. oss. ilei entlang, eine gerade Linie bis zur Mittellinie, die „Trochanter-Spina-Linie". Beim normal gebauten Menschen schneiden die von beiden Seiten gezogenen Linien die Mittellinie in derselben Höhe (etwa in der Gegend des Nabels). Rückt nun einer der beiden Trochanteren nach oben oder außen, so wird der Schnittpunkt mit der Mittellinie nach unten verschoben, und zwar ungefähr dreimal soviel als die Wanderung der Trochanterspitze beträgt. Rückt der Trochanter nach unten oder innen, dann bewegt sich der Schnittpunkt nach oben. Daraus erhellt, daß die Methode hauptsächlich zum Vergleich mit der gesunden Seite ihre Existenzberechtigung hat.

Zur Bestimmung dieser Linie setzt man dem auf dem Rücken liegenden Patienten (Becken gerade, Beine parallel!) den Daumen der rechten Hand auf die linke Spina und den der linken auf die rechte Spina und bestimmt mit dem Nagel den Unterrand derselben. Die Mittelfinger kommen auf die Spitze der Trochanteren. Nun zieht man, den Nagel des Mittelfingers als Zeichenstift benutzend, von der Spitze des Trochanter am Unterrand der Spina entlang nach der Mittellinie und markiert den Punkt, wo letztere getroffen wird.

Ref. hat die Methode bei mehreren Fällen in Anwendung gebracht und meistens gunstige Resultate damit erzielt. Doch wird erst die Untersuchung vieler Fälle ein abschließendes Urteil erlauben.

2. Der im Anschluß an ein Trauma, eine Verletzung, auftretende Scharlach ist riesig selten. In der Literatur existieren nur wenige Fälle, die eindeutiger Natur sind.

B. beobachtete ein siebenjähriges Kind, bei dem sich, von einer Rißwunde am rechten Mittelfinger ausgehend, ein Exanthem in Gestalt eines fingerbreiten, roten Streifens, der bis zur Achselhöhle zog, entwickelte. Kubital- und Axillardrüsen stark geschwollen und schmerzhaft. Am nächsten Tage trat ein scharlachartiger Ausschlag an Brust und Beinen auf, der bald abblaßte. Zwei Tage später entwickelte sich eine Angina mit Anschwellung der Unterkieferdrüsen. Nach zehn Tagen machte sich ein Scharlachexanthem am Hals und an den Beinen bemerkbar. Das Kind genas. Im Anschluß hieran erkrankten noch zwei Geschwister mit typischem Scharlach. Das Virus war durch ein Dienstmädchen aus einem mit Scharlach befallenen Dorfe eingeschleppt worden.

Das Scharlachexanthem entwickelt sich sehr wahrscheinlich zuerst an den der Infektionsstelle benachbarten Hautpartien (in unserm Falle also am Arm, bei Infektion durch die Tonsillen am Halse). Das Auftreten der Angina nach dem Exanthem erklärt B. als eine sekundäre Erkrankung der Tonsillen, die für das Scharlachvirus eine Prädilektionsstelle zu sein scheinen.

Für die Diagnose „traumatischer Scharlach" stellt B. folgende Forderungen:

a) Ausgang des Exanthem von der verletzten Stelle;
b) unmittelbarer Uebergang des Exanthem auf den übrigen Körper;
c) Auftreten des Exanthem vor anderen Symptomen des Scharlachs.

3. Einem Mechaniker wurde durch laufende Zahnräder die Grundphalanx des Mittel- und Zeigefingers so frakturiert, daß die Bruchstücke einen nach dorsal offenen Winkel, über den die Extensorensehnen hinwegzogen, bildeten. Die Reposition gelang leicht, aber der Zug der Extensorensehnen vernichtete sofort wieder das Erreichte: die Knickung der Phalanx stellte sich wieder her. Um nun diesen schädigenden Zug auszuschalten, legte K. in die Hand einen Wattebausch, ließ die Finger einschlagen und legte in dieser Flexionsstellung einen Kompressionsverband an. Bei Abnahme des Verbandes nach zehn Tagen waren die Phalangen in gerader Stellung konsolidiert.

4. Becker weicht bei der Behandlung des angeborenen Klumpfußes in seinen Grundsätzen und der Technik in mehrfacher Beziehung von den heutzutage geübten Verfahren ab. Was an dem Aufsatze, der viel Originelles enthält und von Erfahrung und eigenem Denken zeugt, dem Praktiker wissenswert dünkt, ist folgendes:

Da der Säuglingsklumpfuß meistens schwerer zu redressieren ist als der älterer Kinder (federnder Widerstand der Knorpel, ungenügender Angriffspunkt am Kalkaneus) und da bei dem Säugling der Verband sehr gern rutscht, so sollte man die Behandlung der Deformität im ersten Lebensjahre unterlassen. Nach oben hin gibt es keine Altersgrenze.

Beim Redressement ist das Hauptaugenmerk auf die Aufschaltung der Adduktionsstellung des Fußes zu richten; der innere Fußrand muß aufgerollt werden. Sollte sich diesem Versuch die Plantarfaszie und der Adduktor halluzis entgegenstemmen, so werden sie subkutan tenotomiert. Desgleichen ist die Achillotomie nach vollendetem Redressement sehr empfehlenswert.

Der Verband soll niemals in der Stellung des maximalen Redressement angelegt werden, da sonst ein Zurückfedern des Fußes mit konsekutiven Schmerzen und Dekubitus droht. B. legt den Verband niemals über Watte an, da nach seiner Meinung ein solcher Verband den Fuß nicht in der gewünschten Stellung hält. Er benutzt vielmehr nur einen Trikotschlauch, den er über den mit Borsalbe eingefetteten Fuß und Unterschenkel zieht. Auf die Innenseite der Großzehe und des Kalkaneus werden zwei kleine Filzstreifen gelegt. Etwaige Tenotomiewunden werden mit in Alkohol getränkter Jodoformgaze bedeckt. Das Redressieren im Verband gestaltet B. auch anders: er redressiert nach jeder Gipsbinde und fixiert den Fuß, bis die Binde erhärtet ist. Dann kommt die nächste. (Auf diese Weise wird ohne Zweifel ein exakteres Redressement erzielt, als wenn man damit wartet, bis der ganze Verband fertig ist.)

Die überflüssigen Hautfalten an der Außenseite des Fußrückens sollen exzidiert und vernäht werden, da sie einem Rezidiv die Wege ebnen können.

Sollte sich in den nächsten Tagen nach Anlegung des Verbandes ein traumatisches Oedem einstellen, so wird der Verband entfernt, das Oedem durch Massage, Bindenwicklungen und Hochlagern bekämpft und erst nach Schwinden desselben zu einem neuen Verband geschritten.

Die Verbandperiode ist möglichst lange zu bemessen (mindestens zwei bis drei Monate). Zur Nachbehandlung empfiehlt sich bei gut situierten Patienten ein Schienenhülsenapparat, bei ärmeren Leuten ein richtiger Schuh am Tage und eine Gipshülse des Nachts.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Die Verbandpäckchen bei den verschiedenen Nationen.** Von Oberstabsarzt Dr. Blau. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 11, S. 457.

2. **Bedarf die Kriegs- und Friedenssanitätsausrüstung hinsichtlich des Betäubungsverfahrens einer Aenderung?** Von Stabsarzt Dr. Georg Schmidt. Ibidem, S. 480.

3. **Ausstattung der Lazarette für zahnärztliche Maßnahmen.** Ibidem, S. 494.

4. **Uebungen von Oberapothekern.** Ibidem, S. 495.

1. Aus einer vergleichenden, bis in die kleinsten Einzelheiten gehenden Studie des Oberstabsarztes Dr. Blau über die Verbandpäckchen bei den verschiedenen Nationen (Belgien, Bosnien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Japan, Italien, Niederlande, Norwegen, Oesterreich-Ungarn, Rumänien, Rußland, Schweden, Schweiz, Spanien und Türkei), an denen Verf. jedoch, aus richtigem Taktgefühl, keinerlei Kritik übt, erfahren wir u. a. lediglich als Tatsache, daß von allen genannten Staaten nur Deutschland zwei Verbandpäckchen pro Kopf und Mann, alle übrigen nur eins hatten. Maßgebend hierfür ist bei uns wohl das Prinzip gewesen: lieber Einzelverbände von minimalem Volumen, die man völlig aufbraucht, und lieber zwei Verbandpäckchen, von denen man das eine in Reserve behalten und nötigenfalls an einen verwundeten Kameraden abgeben kann, als ein umfangreiches, mit dessen einmaliger Eröffnung man sich völlig verausgabt hat. Einzelne Staaten haben mehrere Größen nebeneinander, nämlich für Verwundungen durch Artilleriefeuer und für solche durch kleinkalibrige Geschosse. In dieser Beziehung steht die deutsche und die japanische Marine obenan. In der Frage, ob das Verbandmaterial aseptisch oder antiseptisch sein soll, finden wir drei Auffassungen vertreten. Den Typus: „aseptisches Verfahren" vertreten die Niederlande, den antiseptischen (Sublimat) Deutschland, Rußland, Schweden, Italien, Norwegen, Belgien und Japan. Oesterreich und die Schweiz haben Vioform. Ein kombiniertes Verfahren (Imprägnation und nachfolgende nochmalige Sterilisation in strömendem Dampf) wird in Deutschland und der Schweiz bei Herstellung des Materials beobachtet. Dem schweizer Verbandpäckchen ist außer dem Genfer Kreuz die Bezeichnung und Gebrauchsanweisung in drei Sprachen aufgedruckt. Es würde dem Geiste der humanen internationalen Verwundetenfürsorge entsprechen, wenn sämtliche Verbandpäckchen mit einer Universalgebrauchsanweisung versehen werden könnten, damit sie unter Umständen auch dem Feinde zugute kommen. Daß sich jedoch hierfür das von Frankreich vorgeschlagene Esperanto nicht eignet, darin stimmen wir dem Verf. vollkommen bei. Es ist, wie er sagt, eine nur für den Gebildeten geeignete Sprachzusammensetzung, deren fremdsprachliche Bestandteile eben nur dieser beherrscht.

2. Wie andauernd unsere Militärmedizinalverwaltung darauf bedacht ist, daß das Sanitätswesen der Armee mit der Wissenschaft und den Ergebnissen der Forschung gleichen Schritt hält, geht aus den von Stabsarzt G. Schmidt zusammengestellten Ergebnissen der Verhandlungen hervor, welche auf Veranlassung des Generalstabsarztes der Armee am 21. April d. Js. in dem wissenschaftlichen Senat bei der Kaiser Wilhelms-Akademie stattgefunden haben und die Frage betrafen, ob unsere Sanitätsausrüstung im Frieden und im Kriege hinsichtlich des Betäubungsverfahrens einer Aenderung bedarf. An den Erörterungen beteiligten sich außer dem Generalstabsarzt selbst als Vorsitzenden, dem Referenten Bier und dem Korreferenten Stechow, Männer wie Czerny, Eiselsberg, A. Köhler, F. König, F. Krause, Kümmell, Küttner, Rehn, Sonnenburg und Trendelenburg, wodurch allein schon die Richtigkeit der Entscheidung verbürgt war. Diese bestand vorläufig darin, daß die örtliche Betäubung für die Hilfeleistung unmittelbar bei der fechtenden Truppe sowie auf den Truppenverbandplätzen gar nicht, auf den Hauptverbandplätzen wohl nur ausnahmsweise als angebracht anzusehen ist. Eine Inhalationsnarkose, besonders der Aetherrausch, ist für die Kriegschirurgie in erster Linie wünschenswert, es fragt sich jedoch, ob sie hier, namentlich auch aus äußeren Gründen, ausführbar ist. Küttner bezweifelt es, und zwar auf Grund seiner Erfahrungen im Burenfeldzuge. Die Rückenmarksbetäubung wird wegen ihrer besondere Uebung erfordernden Technik von Czerny, Eiselsberg, A. Köhler und Rehn für das Feld vorläufig als ungeeignet bezeichnet, während Küster, Sonnenburg und Bier sie wenigstens für Feldlazarette und weiter zurückliegende Sanitätsanstalten empfehlen. Alles in allem ergab sich, daß bis zur endgültigen Entscheidung noch weitere Versuche nötig sind. Diese sollen angestellt werden und darin bestehen, daß sowohl die Sanitätsoffiziere die Verfahren schon im Frieden häufiger üben, als auch die Ausstattung der Feldsanitätsanstalten mit den bezüglichen Apparaten usw. und deren Unterbringung praktisch erprobt wird.

3. Nachdem der zahnärztliche Dienst im Kriege eine grundlegende Neugestaltung erfahren hat (vergl. das bezügl. Referat in dieser Zeitschr. vom 8. März d. Js.), ist jetzt ein ähnlicher bemerkenswerter Fortschritt auch in der Friedenssanitätsausrüstung und zwar insofern zu verzeichnen, als nicht nur die Zahninstrumente selbst vermehrt, sondern diese vermehrte Ausrüstung auch in Lazaretten für 1 bis 70 Lagerstellen eingeführt ist, während bisher nur für Lazarette von 71 bis 200 Lagerstellen lediglich Zahnzangen vorgeschrieben waren. In den Lazaretten zu Königsberg i. Pr., Breslau, Hannover, Mainz, Karlsruhe, Straßburg i. E. bestehen eigene zahnärztliche Abteilungen. Bei dieser Gelegenheit sei nebenbei erwähnt, daß bei den Garnisonlazaretten und für den Revierdienst jetzt auch gestrichenes Kautschukpflaster (nach einer vom Stabsapotheker Budde ausgearbeiteten Vorschrift) eingeführt ist, wodurch früheren Klagen über schlechtes Kleben der Pflaster begegnet ist.

4. Nachdem durch den Etat für 1908 die Mittel zu Uebungen von Oberapothekern des Beurlaubtenstandes bewilligt sind, werden im Sommer d. Js. zum erstenmal 18 Oberapotheker zu einer sechswöchigen Uebung bei den Sanitätsämtern am Sitze der Generalkommandos, an deren Standort sich gleichzeitig das Train- und das Sanitätsdepot befindet, eingezogen. Die Uebungen erstrecken sich auf Beschaffung und Abnahme ärztlicher Geräte, Verbandmittel usw., auf Anfertigung und Sterilisierung letzterer, sowie die Herstellung von Verbandstoffpreßstücken und Arzneitabletten, ferner auf Verwaltung und Schriftverkehr u. dergl. mehr. Nebenher geht ein Dienstunterricht im Friedens- und Kriegssanitätsdienst, auch werden die Uebenden zu einer Krankenträgerübung herangezogen. Die Einführung einer dreiwöchigen Uebung, nach deren erfolgreicher Ableistung die Beförderung der Oberapotheker mit dem Befähigungsnachweis fur Nahrungsmittelchemiker zu Stabsapothekern stattfinden soll, ist vorbehalten.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger,** Magdeburg.

1. **Experimentelle Prüfung des Desinfektionswertes von Rohlysoform für die Wäsche und des Autans für die Wohnräume Tuberkulöser.** Von Dr. Kaufmann und cand. med. Mietzsch. Sep.-Abdr. aus Zeitschr. f. Tuberkul., 1908, Bd. 12, Heft 5.

2. **Ueber Spirosal.** Von Dr. Ruhemann. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 23.

3. **Ueber Bromural.** Von Dr. Mampell. Medizin. Klinik, 1908, Nr. 25.

4. **Ueber einen Fall von Vergiftung nach Formamint-tabletten.** Von Dr. Glaser. Ibidem.

5. **Ueber Resorzinvergiftung bei äußerer Anwendung.** Von Dr. Nothen. Ibidem, Nr. 24.

1. Auf Grund eingehender Untersuchungen hat Roepke-Melsungen behauptet, daß Tuberkelbazillen in der Wäsche durch 24stündiges Einwirken einer 1%igen oder durch 12stündiges Einwirken einer 2%igen Rohlysoformlösung sicher abgetötet werden. Die Verfasser haben Nachuntersuchungen mit Rohlysoform angestellt zwecks Einführung des Verfahrens in die Lungenheilanstalt

Schömberg. Während sie aber dem Roepkeschen Bericht, daß das Präparat absolut unschädlich ist, die Reinigung der Wäsche erleichtert, ohne sie zu beschädigen, ihr einen frischen, angenehmen Geruch verleiht, und für den Konsumenten bequem käuflich und im Preise billig ist, in jeder Beziehung ihre Zustimmung geben konnten, müssen sie auf Grund ihrer Tierversuche feststellen, daß die bakterizide Wirkung des Mittels sich anders verhält, als Roepke sie beobachtete. Denn sie fanden, daß das Rohlysoform in der von Roepke als Desinfiziens der Wäsche Tuberkulöser angegebenen Verwendung keine abtötende Wirkung auf Tuberkelbazillen hat. Auch ihre Untersuchungen mit dem Desinfektionsmittel Autan fielen anders aus als die anderer Forscher. Denn der Ausfall der Tierversuche zeigte, daß das Mittel keine nennenswerte Wirkung auf tuberkulöses Sputum hat. Sie geben ihr Urteil dahin ab, daß das Autan für die Desinfektion von Zimmern, in denen Phthisiker mit tuberkelbazillenhaltigem Auswurf gewohnt haben, und Gegenständen, die von ihnen benutzt sind, wertlos ist.

2. Neuerdings wird von R. zur perkutanen Behandlung rheumatischer Affektionen wieder das Spirosal empfohlen, das weder unangenehm riecht — wie das Mesotan — noch die Reizerscheinungen desselben erzeugt. Bei einigen hundert Applikationen sowohl des reinen wie des mit Spiritus rectifikat. ana versetzten Mittels sah R. niemals Reizerscheinungen auftreten; ja bei zwei Fällen, die nach Mesotangebrauch ein lokales Ekzem akquiriert hatten, übte das unmittelbar nach der Abheilung desselben eingeriebene Spirosal keine Reizung aus. Da das Mittel in Fett löslich ist, so wird dadurch seine Permeabilität noch erhöht. Das reine Spirosal erschwert die Resorption; deshalb empfiehlt die Firma Bayer & Co. den Zusatz von Spiritus. Beim Gebrauch verdunstet dieser schnell und das fettig sich absetzende Spirosal läßt sich vortrefflich in die Haut einreiben. Verf. beobachtete nach drei Stunden das Auftreten der Salizylreaktion im Urin. Er empfiehlt, die eingeriebene Hautstelle warm einzuhüllen, weil dadurch die Resorption unterstützt wird.

3. Bromural wirkt nach M. nicht als Narkotikum, und es muß daher überall dort versagen, wo Schmerzen oder spontane Reize den Schlaf verhindern. Günstiger wirkt es in mittelschweren Fallen von Schlafbehinderung. So sah M. einige Fälle von hartnäckiger Schlaflosigkeit bei Lungentuberkulose mit mäßigem Hustenreiz und mäßigen Abendtemperaturen. Hier trat fast immer auf 0,3 bis 0,6 g Bromural, d. h. auf ein bis zwei Originaltabletten, in wenigen Minuten ein ruhiger, meist traumloser Schlaf ein, der bei einigen Patienten allerdings nur zwei bis drei Stunden anhielt, aber nach gleich großer Dosis sich fortsetzte. Abgesehen von Gefühlen der Unlust, die einigemal kurz nach dem Erwachen eintraten, jedoch bald wieder verschwanden, sah M. niemals subjektive oder objektive Erscheinungen nach Gebrauch des Mittels. Gut sind die Erfolge bei leichten Fällen und mittelschweren, die nicht von organischen Krankheiten begleitet sind. M. hat bei nervöser Agrypnie niemals einen Mißerfolg gesehen. Immer trat nach Gaben von 0,3 bis 0,6 g Bromural in 10 bis 30 Minuten ein langsames, ruhiges Einschlummern ein. Und nach dem Erwachen hatten die Kranken nie über unangenehme Nebenerscheinungen zu klagen. Als einen Vorzug betrachtet es M., daß man das Mittel auch in größeren Dosen in der Kinderpraxis anwenden kann. So benutzte Verfasser es bei Säuglingen von $^1/_2$ bis 1 Jahr bei Keuchhusten, wo er $^1/_4$ bis $^1/_2$ Tablette verordnete. Daneben gab er Chininum tannicum. Das wäre immerhin ein erfreulicher Zuwachs unseres Arzneischatzes in der Keuchhustentherapie. Die Tabletten werden in Milch aufgelöst verabfolgt. Auch bei Stimmritzenkrämpfen sah Verf. Erfolge, desgleichen beim Zahnen der Kinder, wenn sie Nächte hindurch schreien und durch ständige Unruhe und mangelhaften Schlaf immer mehr herunterkommen. Nach Prof. Gottlieb (New York) soll das Bromural auch in der Frauenpraxis ein hervorragendes Sedativum sein.

4. Vor kurzem veröffentlichte Roters eine an sich selbst beobachtete Vergiftung nach Einnahme von etwa acht Formaminttabletten. G. fügt dazu einen weiteren Fall, wo ein Patient wegen Halsschmerzen zwei Tabletten eingenommen hatte. Nach vier Stunden stellte sich Urtikaria ein, späterhin Kopfschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen. Nach vier Tagen sah G. den Kranken, der das Bild einer schweren Urtikaria bot, die volle acht Tage anhielt und jeglicher Therapie trotzte. Da der betr. Kranke einige Wochen vorher nach Genuß einer Tablette gleichfalls Quaddeln bekommen hatte, glaubt G. eine andere Ursache der Urtikaria ausschließen zu können und plädiert dafür, die Formaminttabletten dem Handverkauf der Apotheken zu entziehen, weil das Mittel nicht so harmlos isei, wie man es bisher gehalten habe.

5. N. berichtet über zwei Fälle von Resorzinvergiftung, von denen der eine (ein elf Tage altes Kind) tödlich verlief. Im ersten Falle waren mehr als 30 g einer 15%igen, im zweiten Falle eine kleine Menge einer 3%igen Resorzinsalbe verwendet worden. Die Vergiftungen verliefen unter den Zeichen schwerer Bewußtlosigkeit, Zyanose und oberflächlicher Atmung. Auch andere Autoren haben, allerdings nach viel größeren Mengen höher prozentuierter Salben, eine auffallende Müdigkeit und Schläfrigkeit beobachtet. Solche Vergiftungsfälle sind leider geeignet, das sonst so vorzügliche Resorzin in Mißkredit zu bringen. Jedenfalls sollte man bei größeren Epidermisdefekten resp. bei schwächlichen Individuen und Kindern in Zukunft lieber auf das Resorzin verzichten.

Technische Neuerscheinungen.

Balance-Tragbahre „Aurelia“

ist eine Tragbahre zum Transport Verwundeter und Kranker mit der Vorrichtung, daß man den Kranken entweder liegend oder auf einem Stuhle sitzend in allen Arten auf Treppen oder schiefen Ebenen horizontal transportieren kann. Mit den gewöhnlichen Tragen oder Bahren ist der Transport von Kranken über Treppen immer mit einer gewissen Gefahr verbunden, weil der Träger leicht ausgleiten und die Trage verlieren kann etc. Die neue Trage hat erstens an den Enden der Halter bewegliche Handgriffe, welche ein festeres Halten des Trägers ermöglichen. Ein Mechanismus der Trage ist angebracht, daß je nach der Höhe der schiefen Ebene, welche beim Ersteigen der Treppen mit der Trage maßgebend ist, die Lagerung des Kranken so verändert wird, daß derselbe immer horizontal liegt oder sitzt. Sehr leicht kann man die schwerst verletzten Personen mehrere Treppen hinauftragen, ohne daß die Träger, wie es bisher immer geschehen mußte, die Arme beugen, so daß der zweite immer schwerere Arbeit hatte, als der erstere, oder umgekehrt beim Herabsteigen der Treppen. Bei dieser Tragbahre lassen die Träger stets die Arme lang und haben überhaupt nichts von dem ganzen Mechanismus zu beachten, denn derselbe reguliert sich ganz von selbst. Auch die Füße, auf denen die Tragbahre beim Herabsetzen auf dem Boden steht, legen sich beim Anheben der Tragbahre von selbst um, und man braucht keine Sorge zu haben, daß man mit denselben an einem Absatz oder einer Schwelle hängen bleibt. Wird die Bahre abgesetzt, so stellen sich die Füße ganz von selbst senkrecht und fest, so daß die Bahre einen sicheren Stand erhält. Die Holmen haben eine Länge von 2,70 bis 2,80 m. Man kann die Tragbahre mit einem Bett zum flachen Liegen des Patienten oder mit einem Stuhl zum Sitzen desselben erhalten. Die erstere heißt Tragbahre „Aurelia“, der letztere Balance-Tragstuhl. Diese Balance-Tragbahren werden von M. Schütz in Lahr in Baden angefertigt, und ihre Konstruktion ist gesetzlich geschützt. Der Balance-Tragstuhl ist mit genau demselben Mechanismus versehen wie die Balance-Tragbahre „Aurelia“. Ersterer ist besonders geeignet für Hotels, Sanatorien, wo weniger Personen, die liegend transportiert werden müssen, als die nicht gehen etc. sollen, verpflegt werden, wie Herz-, Nerven-, Lungenkranke etc., und für Spitäler und Siechenhäuser etc., während die Balance-Tragbahre „Aurelia“ für alle die Krankenhäuser und Spitäler brauchbar ist, wo man öfter schwer verletzte oder operierte Personen transportieren muß, ebenso für Unfallstationen, Rettungswachen etc.

W. B. Müller, Berlin.

Nochmals der koffeinfreie Kaffee.

In Nr. 25 dieser Zeitschrift schrieb ich, daß es mir nicht klar sei, wie bei dem der Kaffee-Handels-A.-G. patentierten Verfahren Gase oder Benzol rein mechanisch in den Bohnen zurückgehalten werden könnten, ein Vorwurf, den Zikel in der Zeitschr. f. neuere physik. Med., Nr. 11, erhebt. In Nr. 13 seiner Zeitschrift belehrt mich nun Zikel, daß gewisse Körper, besonders im pulverisierten oder im porösen Zustande mit großer Kraft Gase absorbieren und in sich festhalten. Er belegt dies mit einem einfachen Versuche.

„Wenn man Kaffeebohnen im Papinschen Topf auf einem Sieb hochgespannten Dämpfen aussetzt, so vergrößert sich ihr Volumen, läßt man diese aufgequollenen Kaffeebohnen in einen schmalen mit Gas (Sauerstoff oder Stickstoff) gefüllten Zylinder in der pneumatischen Wanne unter Wasser aufsteigen, so steigt das Wasser in der Glasröhre, d. h. das Gas vermindert sich durch die Absorptionskraft der Kaffeebohnen."

Die durch das Experiment gezeigte Tatsache ist nie bezweifelt worden. Die H.-A.-G. hat ja gerade das Verfahren des Aufschließens der Kaffeebohnen mittels Dampf gewählt, um den das Koffein lösenden Mitteln Zutritt zu verschaffen. Daß diese verwandten Gase oder Dämpfe trotz wiederholter Destillation in der Wärme und im Vakuum nicht wieder zu entfernen wären, dafür bleibt Z. den Beweis schuldig — sowohl mit seinem Experiment, wie mit der Aufrechtschen Analyse des Bremer Kaffees. Auf die Ergebnisse der Analyse des Handelsproduktes legte ich schon in meiner ersten Publikation das Hauptgewicht; die chemische Untersuchung bei Aufrecht ergab, „daß die vorliegenden Proben nachweisbare Mengen dieser Bestandteile" — nämlich Benzol, Chloroform, Benzin, Aether und freien Ammoniaks — „im freien Zustande nicht enthielten".

Ich kann mich übrigens nicht enthalten, auf die Widersprüche in den Erfahrungen Zikels und Boruttaus hinzuweisen. Z. spritzt heroisch in die Bauchhöhle und beobachtet schwere nervöse Symptome; er begeht die „Torheit", koffeinfreien Kaffee zu trinken und zu verabreichen, und sieht darauf „einige deutliche Störungen". B. schreibt nach intravenösen Injektionen lege artis den Blutdruck und die Atmung auf, und es bleibt in der Tat jede merkliche Koffeinwirkung aus; bei Genuß selbst extrastarker Dekokte vermißt er geradezu auffällig die beim Kaffeegenuß gewohnte erregende Wirkung und hört dasselbe von anderer Seite. Ich denke mir, daß diese Widersprüche sich durch die ausführliche Erläuterung der Experimente, die Z. verheißt, klären werden; denn Boruttau einfach als befangenen Beobachter abzutun, bloß weil er gern Kaffee trinkt, dürfte doch wohl ebensowenig stichhaltig sein wie die Boruttau supponierte Ansicht, daß der Bremer Kaffee wertlos sei, weil er keine erregende, d. h. keine Koffeinwirkung habe.

Lungwitz-Berlin.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Externe Salicyl-Therapie!
Dr. R. Reiss.
Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

DR. LAHMANN'S
Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**
vegetabile (Pflanzen) Milch
Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Pollantin
D.R.-P. No. 152163
Prof. Dr Dunbar's spezifisches Heilserum gegen
Heufieber
D.R-P 188318
Tannothymal
Zuverlässiges Darmadstringens (Thymol-Derivat)
dargestellt von
Schimmel & Co Miltitz bei Leipzig
Zu beziehen durch die Apotheken. = Literatur zu Diensten.

Chologen

Nucleogen

Phagocytin

Eusemin

Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial

Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Rhachisan

Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.

Bestandteile:

Ol. Jecoris Aselli	30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . (enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)	1 %
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) (enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)	15 %
Corrigentia und Wasser	ad 100

Proben und Literatur gratis!

Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

☛ Grundstück für Sanatorium

geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park). — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 ☐-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 ☐-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Medicinische Periodica für die Bücherei des praktischen Arztes
aus dem Verlage von **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis
unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anstalt in Breslau Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Dr. Bokelmann in Berlin, Prof. Dr. Bumm in Halle a. S., Prof. Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitätsrat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Prof. Dr. Kroenig in Leipzig, Prof. Dr. Menge in Leipzig, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. M.

herausgegeben von
Sanitätsrat Dr. **M. Graefe** in Halle a. S.

Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.

Es liegen bis jetzt 6 Bände abgeschlossen vor; der siebente Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten.

In Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.

Begründet von **Dr. Maximilian Bresgen.**
Unter ständiger Mitarbeiterschaft

der Herren Sanitatsrat Dr. Maximilian Bresgen in Wiesbaden, Dr. Th. S. Flatau in Berlin, Dr. W. Freudenthal in New-York, Dr. Max Hagedorn in Hamburg, Dr. Hölscher, Stabs- und Bataillonsarzt in Ulm a. D., Sanitätsrat Dr. Hopmann in Köln, Professor Dr. Kafemann in Königsberg i. Pr., Dr. R. Kayser in Breslau, Prof. Dr. Kirchner in Würzburg, Geh. Hofrat Dr. Krieg in Stuttgart, Prof. Dr. L. Stacke in Erfurt, Prof. Dr. Strübing in Greifswald, Dr. H. Suchannek in Zeitz, Dr. E. Winckler in Bremen

herausgegeben von
Privatdozent Dr. **Gustav Heermann** in Kiel.

Band I bis VI zu je 12 Heften. Preis pro Band kompl. Mk. 12,—.
Ab Band VII beträgt der Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mk.

Es liegen bis jetzt 6 Bände abgeschlossen vor, der siebente Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung

der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Professor Dr. Bruns in Hannover, Professor Dr. Cramer in Göttingen, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin.

Begründet von Professor Dr. **Konrad Alt** in Uchtspringe (Altmark).

Herausgegeben von
Geh. Hofrat Professor Dr. **A. Hoche** in Freiburg i. Br.

Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 M.

Es liegen bis jetzt 7 Bände abgeschlossen vor; der achte Band ist im Erscheinen Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.

Bestellungen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S., A. Dührssen, Berlin., C. A. Ewald, Berlin, E. Friedberger, Berlin, P. Gerber, Königsberg, H. Schlange, Hannover, Ad. Schmidt, Halle a. S., H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S., R. Kobert, Rostock, M. Koeppen, Berlin, M. Mosse, Berlin, K. Partsch, Breslau, H. Rosin, Berlin, H. Senator, Berlin, R. Sommer, Gießen, H. Unverricht, Magdeburg, O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 26. Juli 1908. Nr. 30.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
  A. Tietze, Breslau: Zur Operationstechnik bei freien und eingeklemmten Hernien 461
II. Referate:
  1. G. Tugendreich, Berlin: Säuglingsfürsorge 466
  2. M. Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden 467
  3. J. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilidologie 467
  4. H. Landau, Berlin: Chirurgie 468
III. Mitteilungen über Arzneimittel:
  W. Krüger, Magdeburg: Referate 469
IV. Technische Neuerscheinungen:
  W. B. Müller, Berlin: Neuer Zinkleimverband 470
V. Bücherbesprechungen:
  E. Pfülf, München: Die Panik im Kriege (Ref. H. Peltzer-Steglitz) 471
VI. Korrespondenz 471
VII. Allgemeines 471

ORIGINALIEN.

Aus der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.

Zur Operationstechnik bei freien und eingeklemmten Hernien.

Von Prof. **Alexander Tietze**.

(Mit drei Textabbildungen.)

Im Allerheiligen-Hospital in Breslau, dessen chirurgische Abteilung ich seit Oktober 1905 leite, und in meiner Privatpraxis wurden von mir und meinen Assistenten in zwei Jahren 106 freie und 42 eingeklemmte Hernien (inkl. Narbenhernien) operiert. Wir hatten also genügend Material, um frühere Erfahrungen auf ihre Richtigkeit zu prüfen und manches zu ihrer Ergänzung hinzuzufügen. Da es sich hierbei um Fragen handelt, die unmittelbar in das Leben des Praktikers eingreifen, so hat es vielleicht einiges Interesse, die von uns befolgten Prinzipien vor einem etwas größeren Kreise vorzutragen.

Ich beginne mit der Schilderung unseres Verfahrens zur **Radikaloperation** bei freien oder irreponiblen, nicht eingeklemmten und nicht zu großen Inguinalhernien. Die Kenntnis dieses operativen Vorgehens hat auch für den eine allgemeine Praxis ausübenden Arzt deshalb eine nicht unerhebliche Bedeutung, weil diese sogenannte Radikaloperation sehr oft mit Vorteil an die Operation eines eingeklemmten Bruches angeschlossen werden kann — die letztere Operation muß aber notwendigerweise als Gemeingut aller Aerzte angesehen und ihre exakte Ausführung als eine gerechterweise an jeden Arzt zu stellende Forderung betrachtet werden. Das von uns bevorzugte Operationsverfahren ist das von Bassini, und zwar hat dasselbe allmählich folgende Gestalt angenommen:

Der Schnitt durch die Haut verläuft parallel dem Poupartschen Bande und dicht über ihm, seine Länge wechselt nach der Ausdehnung der Hernie. Auch bei Skrotalhernien wird nicht der ganze Hodensack in der Ausdehnung der Bruchgeschwulst gespalten, sondern der Schnitt reicht nur so weit nach unten, daß man von ihm aus den Bruchsack isolieren und herausheben kann; dazu braucht man kaum unter die Wurzel des Penis herunterzugehen. Man muß aber bei der Anlegung des Schnittes darauf acht geben, daß er auch wirklich die angegebene Lage und Richtung erhält und nicht etwa zum Poupartschen Bande in spitzem Winkel verläuft, d. h. nicht steiler ist, als eben angegeben wurde. Es soll nämlich die Narbe möglichst tief liegen, um der Wirkung der Bauchpresse entzogen zu sein. Nach Versorgung aller Gefäße wird die Obliquusfaszie sauber freigemacht und knapp einen Finger breit über dem Poupartschen Bande und genau parallel mit demselben durchtrennt. Nach der Spina hin muß diese Durchtrennung so weit durchgeführt werden, daß ein breites Stück Muskel erscheint, d. h. der muskuläre Rand der Bruchpforte ordentlich frei ist. Nun wird die durchschnittene Faszie beiderseits mit den geschlossenen Branchen einer Cooperschen Scheere von dem darunterliegenden Muskel abgehoben und, damit sie nicht stört, mit mehreren Nähten an den Hautrand angeheftet. Der untere Faszienlappen geht unmittelbar in das Poupartsche Band über, und während man denselben leicht anzieht, isoliert man jetzt zunächst dieses Band. Man bedient sich dabei größtenteils stumpfer Instrumente, doch soll man das Prinzip, stumpf vorzugehen, nicht allzuweit treiben, man verletzt häufig weniger, wenn man scharf präpariert. An dem freien Rande des Poupartschen Bandes setzt ein ganz zartes Faszienblatt an, welches das properitoneale Fett und auch die Femoralgefäße verdeckt. Dieses Blatt wird dicht am Leistenbande mit der Schere eingeschnitten, hier setzt man einen fingerförmigen Haken in den Schlitz ein, zieht das Poupartsche Band nach unten und kann nun das genannte Faszienblatt ziemlich leicht vom Poupartschen Bande nach oben abdrängen und andererseits das

Poupartsche Band unter exakter Schonung der großen Gefäße an seinem Ansatz an der Symphyse isolieren. Der Bruchsack ist bisher noch nicht berührt. Der nächste Akt besteht nun darin, daß die Bruchpforte in exakter Weise freigemacht wird. Zu diesem Behufe spaltet man zunächst die Kremasterfasern, welche den Bruchsack bedecken, in der Länge der Bruchgeschwulst. Dieser Schnitt wird so weit vertieft, daß man den Bruchsack freilegt, d. h. seinen Inhalt durch das zarte Peritonealblatt hindurchschimmern sieht. Sämtliche den Bruchsack bedeckenden Lagen werden stumpf angehoben und am besten am Rande der Bruchpforte quer eingeschnitten und seitlich zurückgeklappt, so daß man den Bruchring, d. h. die ihn von oben einfassenden Muskelfasern frei hat. Ein Assistent faßt nun mit einem fingerförmigen Haken in diesen Muskelhalbring und zieht ihn nach oben, während der Operateur zwischen Muskel und Peritoneum einen an einem Seidenfaden befindlichen Tupfer in die Höhe schiebt. Auf diese Weise soll der Bruchsackhals möglichst hoch hinauf isoliert werden, denn es kommt darauf an, daß beim schließlichen Abschluß des Peritoneums eine glatte Fläche erzielt und jeder Peritonealtrichter vermieden wird. Nunmehr wird der Bruchsack geöffnet, die eventuell vorhandene Intestina reponiert, die Bauchhöhle provisorisch durch ein eingeschobenes Tuch abgeschlossen. Darauf faßt man die freien Ränder des Bruchsackes mit Klemmpinzetten, die man zusammen in die linke Hand faßt, und zieht nun auf diese Weise den Bruchsack aus seiner Nachbarschaft heraus, bezw. man streift letztere mit Tupfer oder Pinzette vom Bruchsack ab. Stellenweise bedient man sich auch hier scharfer Instrumente, namentlich in der Nähe des Bruchsackhalses, es ist gerade hier sehr unangenehm, denselben einzureißen. Hier an dieser Stelle liegen schon dickere Lagen properitonealen Fettes dem Bruchsack an, die seitlich abgeschoben werden müssen. Daraufhin wird der Bruchsack entweder sofort oder nach Verkürzung mit Klemmen gefaßt, stark angezogen, mehrmals um seine Achse torquiert, was wieder den Zweck hat, ihn möglichst hoch hinauf zu isolieren, abgebunden und abgetragen. Der Stumpf wird mit einem starken Katgutfaden, der an jedem Ende eine Nadel trägt, durchstochen, der vorher zwischen Muskulatur und Peritoneum gelegte Tupfer entfernt und in dem dadurch freigewordenen Zwischenraum die Bauchmuskulatur von hinten, d. h. von der rückwärtigen Bauchwand nach vorn und zwar möglichst weit entfernt von der Bruchpforte mit den Katgutnadeln durchstochen, die Katgutenden nunmehr auf der Vorderseite der Bauchwand geknüpft. Auf diese Weise wird der abgeschnittene Bruchsackhals abgeknickt und stark nach oben gezogen, was noch ein weiteres Moment für die Vermeidung einer Peritonealgrube bedeutet. Daraufhin wird der Samenstrang im Wundbett aufgesucht und als zusammenhängendes Bündel bis zur Bauchwand hin emporgehoben, wobei zuweilen die stark geschlängelte Arteria epigastrica freigelegt wird und sich aus dem properitonealen Fett heraushebt; dann wird der Samenstrang auf einen sogen. Kirsteinschen Haken gelagert, in die Höhe gehoben und nun unter und hinter ihm die Muskulatur an das Poupartsche Band angenäht. Für den Samenstrang muß eine genügend große, aber nicht zu weite Lücke übrig bleiben.

Wird der Samenstrang gedrückt, so kommt es zu einer Nekrobiose, d. h. Atrophie des Hodens. Ist die Lücke zu weit, so kann es ein Rezidiv geben. Wo man den Samenstrang hin verlagert, ist bei den einzelnen Operateuren verschieden. Manche legen ihn ganz in die äußere Ecke der Nahtlinie und beginnen die Nähte erst nach innen von demselben. Im Allerheiligen-Hospital wird er in der Weise in die Nahtlinie implantiert, daß bereits außen von ihm eine Naht zu liegen kommt. Dann folgt die Naht der vorher provisorisch an die Haut gehefteten Aponeurose bezw. Faszie des Obliquus und zwar, wenn es geht, in der Weise, daß die Faszienblätter mit ihren Rändern sich decken, d. h. daß auf diese Weise längs der Nahtlinie eine Verdoppelung der Faszie entsteht. Es ist dies aber nur auszuführen, wenn dadurch der Samenstrang nicht zu stark gequetscht wird. Beim Legen dieser Naht wird der Hoden mit einer Pinzette gefaßt und im Grunde des Skrotums festgehalten, damit der Samenstrang sich glatt anspannt. Drain in den unteren Wundwinkel aus Glas, das nach ein bis zwei Tagen entfernt wird. — Hautnaht.

Es tritt manchmal infolge von Nachblutung oder einer leichten Zirkulationsbehinderung im Samenstrang eine Schwellung des Hodens und des Skrotums ein. Das Skrotum rutscht zwischen den Beinen nach unten und wird eingeklemmt, deshalb muß es von Anfang an auf ein Keilkissen gelagert und hochgehoben werden. Es wird stark mit Zinkpuder eingepudert.

Was die Resultate nach diesem Verfahren anbetrifft, so muß ich leider mitteilen, daß einer unserer Patienten gestorben ist. Er war in den Ferien operiert worden; es trat eine Infektion der Wunde ein, welche die Veranlassung zur Wiedereröffnung derselben gab. Bei dieser Gelegenheit wurde auch das Peritoneum, wie mir berichtet wurde, eröffnet, und es kam zu einer Peritonitis, an welcher Patient zugrunde ging. Bei sämtlichen übrigen Patienten trat Heilung per primam intentionem ein. Dieselben wurden im März 1908 zu einer Nachuntersuchung bestellt; es haben sich aber nur 30 Hospitalpatienten gemeldet. Ein Rezidiv war eingetreten bei einem Patienten, welcher an einem Nabelbruch und an zwei Inguinalhernien litt; sämtliche drei Brüche waren rezidiviert; wie mir von den beiden Operateuren berichtet wurde, hatten besondere Schwierigkeiten bei der Ausführung der Operation nicht bestanden; bei den übrigen Patienten waren die Narben gut und fest, beim Husten und Pressen wölbten sie sich nicht hervor. Eine Atrophie des Hodens, welche nach der Bassinischen Operation zuweilen beobachtet wird, war nicht eingetreten.

Wenn auch der Todesfall nach der Herniotomie höchst bedauerlich ist und das Rezidiv, das in dem einen Falle eingetreten war, nicht gerade zur Operation ermuntert, so halte ich mich doch auf Grund langjähriger Erfahrung gleich den übrigen Chirurgen für berechtigt, warm für dieselbe einzutreten. Ich pflege allerdings Patienten, die mich deshalb um Rat fragen, ganz offen zu sagen, daß natürlich diese Operation ebensowenig wie irgendeine andere ohne Gefahren sei, sowie ferner, daß in einem gewissen Prozentsatz Rezidive vorzukommen pflegten, daß aber dies Risiko in beiden Beziehungen gering sei.

Die Gefahr des Rezidives wird natürlich mit zunehmender Größe des Bruches gleichfalls größer, weil damit auch die Operation komplizierter wird, jedoch eigentliche Schwierigkeiten pflegen nur einzutreten bei den sogen. übergroßen Hernien, d. h. Hernien von Mannskopfgröße und mehr. Hier liegt die Unannehmlichkeit zunächst schon darin, daß es manchmal gar nicht gelingt, die Eingeweide in den Bauchraum zurückzubringen: „der Darm hat sein Heimatsrecht in der Bauchhöhle verloren“. Um dies zu erleichtern, hat Sauerbruch neuerdings angegeben, man solle die Patienten vor der Operation bei knapper Kost und reichlicher Darmentleerung täglich mehrere Stunden lang in schräger Lage mit erhöhtem Becken liegen lassen; dadurch gewöhnt sich der Darm allmählich daran, nach der Bauchhöhle zurückzurutschen, ein Vorgang, welcher durch passende Repositionsmanöver, aufgelegte Sandsäcke und dergleichen unterstützt wird. Mein Lehrer Mikulicz pflegte in gleicher Weise bei irroponiblen, nicht inkarzerierten Hernien zu verfahren. Ich habe mehrmals gesehen, daß diese Methode vollkommen Erfolg hatte. Auch Herr Sauerbruch berichtet von seinen guten Erfolgen, und es läßt sich verstehen, daß sein Verfahren in vielen Fällen die Schwierigkeiten der Situation beseitigen kann. Einmal jedoch, als ich dasselbe bei einer ganz kolossalen Skrotalhernie anwandte, welche vielleicht $^3/_4$ des gesamten Darmes beherbergte, hat es mich im Stich gelassen, obgleich ich die Methode viele Wochen lang angewandt hatte. Der Grund war allerdings auch sehr klar, denn es stellte sich bei der Operation heraus, daß der Darm an allen Ecken und Enden mit dem Bruchsack verwachsen war, so daß die Lösung außerordentlich schwierig wurde. Schließlich gelang es mit großer Mühe, den Darm vollständig in die Bauchhöhle zu reponieren. Dieser Patient ging aber leider zwölf Stunden nach der Operation zugrunde und zwar unter zunehmender Atemnot, an den Erscheinungen der Erstickung. Es fand sich bei der Sektion ein starker

Zwerchfellhochstand und eine erhebliche Kompression der Lungen, der Umfang des Leibes hatte nach der Operation mehrere Zentimeter zugenommen, man mußte annehmen, daß durch die Ueberfüllung des Abdomens der Atmungsmechanismus stark geschädigt worden und der Patient daran zugrunde gegangen ist. Es erinnerte mich der Fall an Ähnliches, was ich in der Literatur gelesen hatte, speziell an eine Demonstration von Herrn Geheimrat Küstner in der Vaterländischen Gesellschaft in Breslau. In einem Falle von Operation des Nabelschnurbruches hatte er die Leber, die zum großen Teile im Bruche vorgelegen hatte, reponiert mit dem Erfolg, daß der kleine Patient innerhalb sehr kurzer Zeit unter ähnlichen Erscheinungen, wie ich sie eben beschrieben habe, zugrunde gegangen war; auch Herr Küstner erklärte den Tod in seinem Falle in derselben Weise wie ich.

Bei großen und übergroßen Hernien sind ferner noch eine Reihe anderer Schwierigkeiten zu überwinden, so gibt unter Umständen das Verhalten des Hodens zu solchen Veranlassung. Der Samenstrang pflegt unter diesen Umständen so auseinander gefasert zu sein, daß von einer exakten Isolierung, wie ich sie oben geschildert habe, gar keine Rede sein kann. Bei älteren Leuten ist es am einfachsten, den Hoden dann ganz wegzunehmen, bei jüngeren hat Bernhard vorgeschlagen, den Hoden mit samt dem ganzen Blatte, welches Vas deferens und Gefäße enthält, in die Bauchhöhle zu versenken und den Bruchspalt ganz zuzunähen.

Der Vermeidung eines Rezidivs gilt auch der Vorschlag von Goepel-Leipzig, die Bruchpforte mit einem Silbernetz zu verschließen. Diese Netze sind im Handel in verschiedener Größe zu beziehen und wurden ursprünglich in starrer Form, jetzt meistens als Kettennetze geliefert. Die Methode ist vielfach angewandt worden, und zwar sind manche Chirurgen so vertrauensvoll gewesen, das Netz ohne eine eigentliche vorherige Radikaloperation einzunähen. Indessen waren die Erfolge doch so wenig gleichmäßig, daß der ursprüngliche Beifall, den das Verfahren gefunden hatte, etwas verstummt ist. Es wäre aber schade, wenn die Methode deshalb ganz in Vergessenheit geraten sollte. Denn wenn sie auch vor Rezidiven nicht schützt, so scheint es mir doch, als wenn sie wenigstens eine relative Sicherheit gewährte, und daß sie namentlich bei Narbenhernien, wo das Material manchmal etwas dünn und knapp ist, öfters in passender Weise Verwendung finden könnte. Ich besitze Aufzeichnungen über 15 Fälle, in welchen ich Silbernetze eingenäht habe, von denen ich einen allerdings ausschalten muß, da hier das Netz bei einem kolossalen Bauchbruch nur an einer kleinen Stelle zur Verstärkung der Narbe eingelegt wurde. Die übrigen 14 Fälle sind zum Teil schon vor mehreren Jahren operiert. Die eingelegten Netze waren mit Ausnahme von 3 oder 4 Fällen feste, wenn auch biegsame Platten. Ich habe sie immer in der Weise angewandt, daß ich erst die vollkommene Radikaloperation ausführte und dann erst zwischen Faszie und Haut das Netz einlegte. Gewöhnlich habe ich dann für ein, zwei Tage an einer oder zwei Stellen die Wunde mit Glasdrains drainiert. Eingeheilt ohne Fistel sind sämtliche Netze, obgleich in einem Falle bei einer Patientin, einer furchtbar dicken polnischen Jüdin, für mehrere Tage eine stärkere Sekretion aus den Drains bestand. Es handelte sich bei den Patienten viermal um Nabelbrüche, in allen anderen Fällen um Narbenhernien, welche in einem Fall nach Operation eines eingeklemmten Schenkelbruches mit Darmresektion, in den anderen Fällen teils nach Blinddarmoperation, teils nach Leberoperationen zurückgeblieben waren. Rezidive habe ich gesehen bei einer Nabelhernie und bei einer Narbenhernie nach Operation einer eitrigen Perityphlitis, doch sind sechs Fälle erst im letzten Jahre operiert. Die Kettennetze wurden alle ohne Beschwerde vertragen, in den anderen Fällen bei den festen Netzen (Drahtgitter) hatten die Patienten zuweilen Beschwerden dadurch, daß die Kante gegen die Haut drückte, doch waren diese Beschwerden in keinem Falle so erheblich, daß eine spätere Entfernung des Netzes erwogen wurde. Interessant ist es, daß die eingepflanzten Netze, wie es scheint, einer gewissen Auflösung fähig sind. An einem Netz habe ich jedenfalls ganz bestimmt durch wiederholte Röntgenaufnahmen konstatieren können, wie es allmählich in großem Umfange zerriß, obgleich es abgesehen von dem Druck, den es auszuhalten hatte, funktionell nicht in Anspruch genommen wurde. Es ist dies deswegen interessant, weil v. Brunn aus der Tübinger Klinik die Patellarnähte nachuntersucht hat und konstatieren konnte, daß die dazu verwandten Silberdrähte so gut wie ausnahmslos später auseinanderrissen. Wenn man hierfür vielleicht auch die starke Inanspruchnahme bei der Funktion verantwortlich machen kann, so sprechen doch andererseits die Experimente von Credé, welcher dünne Silberplättchen auf Bakterienplatten legte und eine Auflösung des Metalles konstatieren konnte, dafür, daß in der Tat auch selbst derartige feste Substanzen durch Zelltätigkeit angegriffen werden können.

Daß in meiner kleinen Statistik von eingenähten Netzen die **Nabelhernien** eine verhältnismäßig große Rolle spielen, ist kein Zufall, denn hier müssen wir eingestehen, daß unsere Resultate bei der Radikaloperation noch nicht hervorragende sind. Ein Operationsverfahren für größere Nabelhernien hat Graser vor zwei Jahren angegeben. (Vhdlg. des Chirurgenkongresses 1906.) Derselbe benutzt das Prinzip des Faszienquerschnittes, d. h. während die Peritonealwunde und ebenso die aus ihrer Scheide freipräparierten Rekti längs vereinigt werden, war die Faszie ebenso wie die Haut über dem Bruchsack quer gespalten und wird nun in dieser Richtung vereinigt; die Nahtlinien kreuzen sich also.

Graser hat sein Verfahren für sehr große Nabelhernien erdacht und es dabei trotz des hier notwendigen komplizierten und langdauernden Eingriffes für sehr bewährt gefunden. Auf meiner Hospitalabteilung ist dasselbe seitdem in typischer Weise zweimal ausgeführt worden, das eine Mal von Herrn Dr. Mertens im Jahre 1906 bei dem Patienten, dessen Abbildung ich nachstehend gebe, das zweite Mal August 1907 von Herrn Dr. Goldenberg bei einer Frau, ebenfalls mit großer Nabelhernie. Beide Patienten waren nach zwei bezw. einem Jahr ohne Rezidiv.

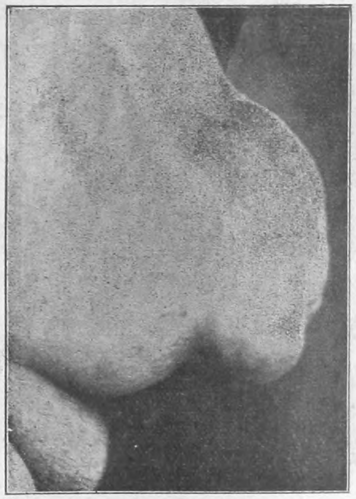


Abb. 1.

Ich habe das Prinzip der Operation dann noch in zwei Fällen bei großen Narbenbrüchen verwandt, doch fiel hier die Operation etwas atypisch aus, das vorhandene Gewebsmaterial war spärlich, so daß es kein Wunder war, wenn in einem Falle wieder ein Rezidiv eintrat. Ich halte aber das Grasersche Verfahren für ausgezeichnet.

Sehr wichtig erscheint mir an der Graserschen Methode der Umstand, daß der Autor die Rekti aus ihrer Scheide weithin auslöst. Auf diese Weise nämlich mobilisiert, können sie weit nach der Mittellinie herübergezogen und in der Regel ohne Spannung durch Naht vereinigt werden. Ich verwende dieses Prinzip bei der Operation aller Nabelbrüche, der epigastrischen

Hernien und bei allen **Narbenbrüchen,** d. h. es wird — früher von einem Längsschnitt aus, jetzt eventuell mit dem Graserschen Querschnitt — der Bruchsack freigelegt und zwar gleich so ergiebig, daß man seine Muskelbegrenzung gut übersehen kann. Das ist ganz besonders wichtig, namentlich auch bei Narbenbrüchen. Dann eröffnet man entweder sofort den Bruchsack, versorgt die Eingeweide und kürzt das Peritoneum, so weit es nötig ist, um nun die Faszienscheide zu eröffnen, oder man führt sofort am Rande des Bruchsackes einen Ovalärschnitt aus und zwar bis auf den durch die Faszie schimmernden Muskelrand; die Blätter der somit eröffneten Muskelscheide werden vorn und hinten vom Muskelbauch abgehoben, wodurch dieser so locker wird, daß er sich ohne Schwierigkeit verschieben läßt. Dann folgt die Naht, zuerst hinteres Faszienblatt samt Peritoneum, dann Muskel, dann vordere Faszie. Zur Naht dient Seide; die Muskelnähte werden nur so weit angezogen, daß die Muskelränder sich gerade berühren, Einrisse in der Substanz durch zu festes Schnüren sind zu vermeiden.

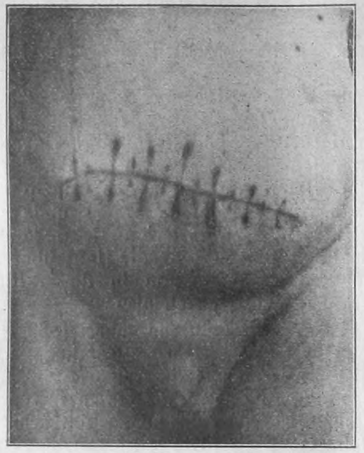


Abb. 2.

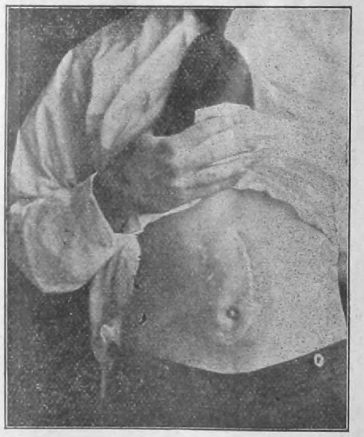


Abb. 3.

Auch ohne Faszienquerschnitt hat mir diese Art der Versorgung sehr gute Resultate gegeben. Allerdings muß, um den Muskel frei zu bekommen, der Schnitt oft ziemlich lang gemacht werden, so z. B. bei Nabelhernien mit weiter Diastase der Rekti oder bei epigastrischen Hernien. Ist die Haut des Nabels sehr verdünnt, so wird man ihn wohl opfern, ist das nicht der Fall, so namentlich bei epigastrischen Hernien — falls hier der Nabel in den Schnitt hineinbezogen werden muß —, so kann man den Nabel, wie dies auch von anderer Seite vorgeschlagen ist, schonen. So konnte ich in zwei Fällen, von denen ich eine Photographie beigebe (Abb. 2 u. 3), bei jungen Männern mit einer ziemlich großen epigastrischen Hernie und einer weitgehenden Diastase der Rekti den Nabel in Form eines langen Lappens umschneiden und die Haut beiseite klappen.

Bei Kruralhernien haben wir bisher nicht Gelegenheit gehabt, behufs Radikaloperation etwas anderes als eine Vernähung der Bruchpforte vorzunehmen. Ich habe aber nur sehr wenige Fälle davon operiert und vorläufig kein Rezidiv gesehen.

Bei der Operation **eingeklemmter** Hernien wird von vornherein darauf Rücksicht genommen, daß dieselbe als Radikaloperation beendet werden kann. Infolgedessen wird der Schnitt nicht über die ganze Länge der Bruchgeschwulst, sondern ganz so angelegt, wie es vorher beschrieben worden ist. Er geht also auch parallel dem Poupartschen Bande, beginnt etwas unterhalb der Spina und zieht sich eventuell in einem leichten Bogen in das Skrotum hinein. Auch hier wird zuerst, ohne Rücksicht auf die Einklemmung, der äußere Bruchring freigelegt und die Faszie gespalten, ebenso der Kremaster. Um nun die Muskulatur bei Spaltung des eingeklemmten Bruchringes nicht zu sehr zu verletzen, und auf diese Weise die spätere Nahtlinie nicht zu sehr zu gefährden, suche ich jetzt den Muskel vom Peritoneum abzuheben, und indem ich zwei stumpfe Haken zwischen Muskulatur und Peritoneum setze, wird diese durch vorsichtiges Anziehen der Haken gedehnt. Die Bruchpforte ist dann schon so weit, daß in den meisten Fällen der Bruchinhalt reponiert werden könnte, aber natürlich geschieht dies nicht, sondern der Bruchsack wird eröffnet, weil man unter allen Umständen die Beschaffenheit der eingeklemmten Eingeweideteile prüfen muß. Diese Dehnung nehme ich allerdings nur dann vor, wenn die Einklemmung relativ frisch ist, denn ich habe zwar niemals gesehen, daß der eingeklemmte Darm bei diesem Verfahren einem besonderen Druck ausgesetzt ist, aber man könnte sich doch diese Möglichkeit konstruieren und annehmen, daß dieselbe bei schon beschädigtem Darm nicht ohne weiteres ertragen wird. Nach Eröffnung des Bauchfelles wird der Bruchsackhals so weit eingeschnitten, daß der Darm gut vorgezogen und besichtigt werden kann, namentlich natürlich, wenn er gangränverdächtig ist: der Bruchring muß dann so weit sein, daß der Darm zwanglos ein gehöriges Stück vor die Wunde gebracht werden kann, eine eventuelle Resektion darf erst begonnen werden, wenn dies erreicht ist. Man kann zu diesem Zwecke den Bruchring an mehreren Stellen einkerben.

Die Frage, ob primäre Darmresektion oder künstlicher After **bei brandiger Hernie,** möchte ich für meine Person in folgender Weise beantworten: es kommt vor allen Dingen darauf an, die Gefahr der Peritonitis zu umgehen. Zeigt sich der Darm nach Eröffnung des Bruchsackes zwar gangränverdächtig, so am Scheitel der eingeklemmten Schlinge oder an den Schnürfurchen, ohne daß aber die Kontinuität nachweislich oder wahrscheinlich in erheblichem Maße gelitten hat, so soll man getrost die Resektion machen, entweder zirkulär oder als seitliche Anastomose mit blindem Verschluß der Enden; ist dagegen der Darm erheblich verändert, matsch, das Bruchwasser schwer infiziert, stinkend, oder ist der Darm womöglich bereits perforiert, so daß beim Anfassen Gas oder Kot aus demselben quillt, so ist es besser, die Operation möglichst bald zu beenden, den Bruchring zu spalten, den Darm vorzuziehen, beide Schlingen parallel, eng nebeneinander zu lagern und im Gesunden mit Haut zu umsäumen; der Bruchsack wird entfernt, die Wunde durch Naht geschlossen, aber drainiert, der vorgelagerte Darm mit Gaze umgeben und das Brandige sofort oder nach einigen Stunden entfernt. Nach einigen Tagen, nachdem der Ausfluß des stark gestauten Darminhaltes nachgelassen hat, wird mit dem Anlegen der Spornquetsche begonnen, wozu eventuell jede Arterienklemme benutzt werden kann. Ist eine genügende Kommunikation zwischen beiden Darmteilen vorhanden und sind die Wundverhältnisse soweit in Ordnung, so wird der restierende Anus verschlossen, was nach Ablösen der Darmwand von der Haut leicht gelingt. Wurde dabei das Peritoneum eröffnet, so wird es nach Reposition des Darmes durch Naht geschlossen, die Weichteilwunde drainiert; war die Eröffnung des Bauchfelles nicht nötig, so legt man am besten auf die in der Wunde freiliegende Darmnaht einen aus der Nachbarschaft entnommenen gestielten Hautlappen, um die Ernährung des Darmes zu sichern.

Die Resektion des Darmes ist mit blindem Verschluß der Darmenden und seitlicher Anastomose leichter zu bewerkstelligen als die zirkuläre Darmnaht, doch bietet auch diese keine erheblichen technischen Schwierigkeiten. Die Darmschlinge, an der genäht werden soll, wird, ehe reseziert wird, entleert, d. h. es wird am besten die zu resezierende Partie beiderseits mit einem durch das Mesenterium gestochenen dicken Seidenfaden abgebunden oder durch Klemmen abgeschlossen, und dann die Darmpartien rechts und links jenseits der Fäden durch Streichen von ihrem Inhalt befreit; ist dies eine genügende Strecke weit geschehen, so legt man an der Grenze des entleerten Darmes eine Darmklemme an oder umschnürt wieder mit einem Seidenfaden, eine Besudelung des Operationsgebietes mit Kot kann auf diese Weise mit Leichtigkeit vermieden werden. Wählt man den blinden Verschluß der Darmenden, so wird an der geeigneten Stelle mit einem Quetschinstrument eine breite Furche im Darm angelegt und der Darm vor dem Durchtrennen mit einem dünnen Seidenfaden gleich zugebunden; dann Abtrennung des Mesenteriums partienweis, Resektion der brandigen Schlinge, Naht der Darmenden, Aneinanderlegung der geschlossenen Därme im Sinne der Peristaltik, Anastomose.

Bei der zirkulären Darmnaht ist die gefährdete Stelle der Ansatz des Mesenteriums, weil hier der Darm zwischen den beiden auseinanderweichenden Peritonealblättern von Serosa frei ist. Mein Lehrer Mikulicz legte zuerst ein bis zwei Intermesenterialnähte, d. h. Lembertsche Nähte, welche das spärliche Fett- und Bindegewebe zwischen Peritonealblättern nach Art der Lembertschen Naht faßten, dann verband er die beiden Schnittränder des Darmes, soweit sie im Mesenterialspalt lagen, durch eine Czernysche Darmnaht, schließlich folgten zwei Paramesenterialnähte, das heißt an jedem der beiden auseinandergewichenen Mesenterialblätter je eine Lembertsche Naht dicht am Darmansatz: so lag der vom Peritoneum entblößte Darmabschnitt eingemauert zwischen den Peritonealblättern.

Bei der Darmresektion und Darmnaht tamponiere ich das Peritoneum nicht, sondern verschließe es durch Naht völlig oder lege ein Drainrohr ein. Ich glaube, daß der Tampon durch seine stark saugende Wirkung die Ernährung der genähten Schlinge beeinträchtigt und auch durch sein direktes Verkleben mit der Nahtlinie deren Sicherheit gefährdet; einmal vor Jahren habe ich auch durch die starken, auf diese Weise erzeugten Verwachsungen eine Abknickung des Darmes und Ileus erlebt. Die Weichteilwunde muß aber gut drainiert werden.

Im Jahre 1890 hat Helferich sein Verfahren bei der Gangrän verdächtigem Darm angegeben. Er macht den Vorschlag, die gefährdete Schlinge außerhalb der Bauchhöhle liegen zu lassen nach Herstellung einer Darmanastomose zwischen zu- und abführendem Darmstück abdominal von der Einklemmungsstelle. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes erlaube ich mir eine seiner Krankengeschichten in extenso anzuführen. (Verhdlg. der Dtsch. Gesellschaft für Chirurgie, 1890, p. 376.)

Aeltere Frau mit eingeklemmtem linksseitigem Leistenbruch:

„Es wird sofort zur Operation geschritten. Der Bruchsack wird gehörig freigelegt, dann eröffnet. Er enthält keine Spur Bruchwasser. Sein Inhalt ist eine gegen 20 cm lange Darmschlinge, welche in drei Windungen so gelagert ist und der Wandung des Bruchsackes anliegt, daß hierdurch die erwähnte lappige Form der Bruchgeschwulst bedingt ist. Zwischen Darm und Bruchsack befinden sich stellenweise lockere, leicht trennbare Adhäsionen. An der vorliegenden Darmschlinge finden sich zwei größere blauschwarze, bezüglich ihrer Integrität verdächtige Stellen; sie sind gegen das weniger veränderte Gewebe durch einen gelblichen Ring abgegrenzt und sitzen in der Nähe der Bruchpforte an dem einen Ende der Schlinge. Nach gehöriger Erweiterung der Bruchpforte wird der Darm aus der Bauchhöhle weiter hervorgezogen. Die Einklemmungsstelle ist an dem abführenden Schenkel mehr ausgeprägt als an dem zuführenden, doch nirgends der Gangrän verdächtig wie die schon erwähnten zwei Stellen. — Wegen der letzteren muß auf eine einfache Reposition verzichtet werden. Es schien mir das Geratenste, die vorgezogene Schlinge vorläufig außerhalb der Bauchhöhle liegen zu lassen; zugleich aber abdominal eine Enteroanastomose zwischen zu- und abführendem Darmstück anzulegen. — Hierzu wurde der Darm — beide Schenkel — beträchtlich hervorgeleitet, vorsichtig und ohne weitere Inzision der Bruchpforte. Etwa 15 bis 20 cm jenseits der Einklemmungsstelle werden die Darmlumina durch Wegstreichen des Inhaltes leer gemacht und diese Stellen in der gewöhnlichen Weise durch dünne Gummiröhrchen abgesperrt. An diesen Stellen wird nun gegenüber dem Mesenterialansatz das Darmlumen in der Längsrichtung jederseits etwa 4 cm weit geöffnet; die Wundränder werden nach genügender Desinfektion sorgfältig so miteinander vernäht, daß eine breite, ca. 4 cm lange Oeffnung zwischen den Darmstücken entsteht. — Dieses Darmstück, an welchem sich die Verbindung der beiden Schenkel findet, wird nunmehr vorsichtig durch die Bruchpforte in die Bauchhöhle zurückgeschoben, so weit, daß es reichlich innerhalb der Bauchhöhle liegt, während die Einklemmungsstellen und die ganze eingeklemmte Darmschlinge — durch zwei feine Nähte an der Bruchpforte etwas befestigt — außerhalb liegen bleiben. Lockerer Verband mit Jodoformgaze und Watte. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden.

Das Befinden nach der Operation war leidlich. Am folgenden Tage zeigt sich an den der Gangrän verdächtigen Stellen keine Besserung. Die Darmschlinge bleibt daher in der bisherigen Lage außerhalb der Bauchhöhle.

Das Gesamtbefinden ist ein recht befriedigendes. Kein Fieber. Erbrechen ist nicht mehr vorgekommen; Abgang von Flatus. — Drei Tage später ist an den erwähnten verdächtigen Stellen völlige Gangrän ausgebildet. In der Folge perforieren diese brandigen Stellen und lassen auch etwas Kot austreten, während das Gesamtbefinden der Frau sich zusehends bessert und die Darmpassage sich ganz ungestört erweist. Patientin ist stets fieberlos. — Am 23. November, d. h. neun Tage nach der Operation, wird der größere Teil der vorliegenden Darmschlinge mitsamt den Perforationsstellen reseziert; doch bleiben noch $1^1/_2$ bis 2 Finger breit die Darmenden stehen, um nach etwas weiter reichender Entfernung ihrer Schleimhaut durch Nähte in geeigneter Weise verschlossen zu werden. Dies wird ohne Narkose, doch nicht ganz ohne Schmerz ausgeführt; zahlreiche blutende Gefäße müssen unterbunden werden. — Beim Verbandwechsel am 28. November zeigt sich, daß aus einer kleinen Oeffnung im zuführenden Darmstück noch etwas kotige Flüssigkeit aussickert. Mäßiges Ekzem der umgebenden Haut. Die ganze gutgranulierende Wunde (die Darmenden) prominiert noch etwas über das Niveau der umgebenden Haut. Es wird versucht, durch beständiges Auflegen eines Schrotbeutels auf den Verband die Wunde zu komprimieren und die Fistel zum Verschluß zu bringen. Dieses Hilfsmittel hat die beste Wirkung. Schon Ende Dezember ist die Fistel nur mehr eng und die Wunde sehr verkleinert, so daß demnächst ein letzter Eingriff — Ablösen der Hautränder und etagenförmiger Verschluß der Wunde — vorgenommen wird, welcher zur definitiven Heilung führt. Infolge einer interkurrenten Influenza kann Patientin erst am 15. Februar 1890 entlassen werden, völlig geheilt und in gutem Kräftezustande. — Spätere Nachrichten melden die andauernde Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Frau.“

Ich sah mich vor etwa zwei Jahren vor die Aufgabe gestellt, eine große brandige Dünndarmhernie bei einer alten Frau zu operieren, bei der bereits eine brandige Phlegmone des Bruchsackes und der Haut bestand. Es war noch keine Peritonitis vorhanden. Hätte ich aber die Herniotomie in gewöhnlicher Weise gemacht, so hätte ich sicher eine solche erzeugt. Auch die Helferichsche Operation schien mir nicht den genügenden Schutz zu bieten. Ich ging daher so vor, daß ich mich zunächst gar nicht um den eingeklemmten Bruch als solchen kümmerte, sondern die Laparotomie machte, mir zu- und abführenden Schenkel aufsuchte, zwischen beiden die

Anastomose machte, den Darm und Mesenterium intraabdominell zwischen Anastomose und Einklemmung durchschnitt, alle vier Enden blind verschloß, die geöffnete Bauchhöhle dicht mit Laparotomietüchern vollstopfte, nun den Bruchsack eröffnete und nach Erweiterung des Bruchringes das untere, eingeklemmte, nunmehr bereits vollkommen gelöste Darmstück herauszog. In diesem Falle exstirpierte ich dann den Bruchsack, schob einen Tampon in das Peritoneum und verschloß die Bauchwunde. Das war ein Fehler, denn es kam am zuführenden, blind verschlossenen Darmende zur Nekrose, es entstand eine Kotfistel, und die Patientin ging innerhalb von etwa drei Wochen an Inanition zugrunde. Ich glaube, ich hätte dies aus oben angegebenen Gründen durch Verschluß der Bauchhöhle vermeiden können; eine Peritonitis war in diesem Falle jedenfalls verhütet worden. In zwei anderen Fällen, einer von mir, einer von meinem Assistenten Herrn Dr. Brade operiert, trat prompte Heilung ein; die Bauchhöhle war zugenäht worden. Ein vierter Fall starb, es bestand bereits zur Zeit der Operation eine septische Peritonitis, endlich ein fünfter Fall, in dem der größte Teil des Dünndarmes und das Zökum in einem linksseitigen Bruchsack lagen und gangränös oder gangränverdächtig waren, starb leider auch; hier hatte nach der Resektion die Dickdarmnaht nicht gehalten.

Die von mir mit dieser Methode erzielten Resultate sind also bisher nicht sehr glänzend, aber wie die Mitteilung zeigt, lag dies zum Teil an Verhältnissen, die vielleicht auch als technische Fehler bezeichnet werden müssen, aber doch der Methode als solcher nicht zur Last fallen. Das ist jedenfalls sicher, daß man auf diese Weise die Gefahren der Peritonitis ganz erheblich zurückdrängt. Will man übrigens noch sicherer gehen, so kann man vielleicht das Peritoneum zirkulär in der Umgrenzung der beiden blindgeschlossenen Enden der peripher liegenden, abgetrennten (eingeklemmten) Schlinge umschneiden, vom Abdomen aus diesen Peritonealdefekt über den Darmstümpfen nähen, so daß diese ganz extraperitoneal liegen und dann auch die ganze Bauchwunde schließen. Wenn man das Peritoneum etwas von seiner Unterlage ablöst, so wird das wohl keine großen Schwierigkeiten machen. Erst dann kann man den Bruchsack eröffnen und seinen Inhalt ganz ohne Berührung mit der Bauchhöhle entleeren.

Ob man das als Normalverfahren für alle gangränverdächtigen Hernien betrachten soll, will ich vor der Hand noch nicht behaupten, für die eingeklemmten Hernien mit **Phlegmone des Bruchsackes** stellt es meiner Ansicht nach aber das Normalverfahren dar. Es ist mir nicht bekannt, ob dies Verfahren an anderen Orten häufiger geübt wird; da es, namentlich nach Publikation der Helferichschen Operation, nahe liegt, so ist dies durchaus möglich. In der Tat teilte mir Herr Prof. Kader auf meine Anfrage mit, daß er seit langer Zeit diese Methode übt.

Er schreibt mir: „Ich operiere die gangränösen Hernien als auch solche, welche nekroseverdächtig sind; stets so, daß ich zunächst laparotomiere und recht weit vom Bruch eine breite Enteroanastomose anlege, bald ohne, bald mit vorheriger Entleerung des Darminhaltes. Letzteres geschieht in Fällen von starker Blähung der zuführenden Darmschlingen. Nach Fertigstellung der Laparotomie und Bereitmachung der für die Enteroanastomose bestimmten Darmpartien wird die Einklemmung nach vorheriger Faltung der den eingeklemmten Darm bedeckenden Häute von der Laparotomiewunde gelöst und je nach Befund lokal oder nach vorheriger Vorlagerung vor die Bruchpforte entleert. Das weitere Verfahren nach Fertigstellung der Enteroanastomose ist verschieden; entweder wird zunächst nichts mehr gemacht oder lokal reseziert, und die Darmenden werden blind vernäht. Das resezierte Stück wird in diesen Fällen nur selten liegen gelassen, meist entferne ich dasselbe. Ich operierte in dieser Weise alle gangränösen Hernien, welche auf mich in Breslau entfielen, die erste glaube ich 1893 oder 1894. Unter diesen befindet sich ein Fall von Resektion von über 2 m Darm. Ich habe diesen Fall, einen Mann, aber auch einen anderen, eine Frau, in der Vaterländischen Gesellschaft vorgestellt und über die Methode gesprochen. In Krakau operiere ich nur in der beschriebenen Weise."

Als ich meine Fälle operierte, war mir die Methode von Kader nicht bekannt, ich war bei der Demonstration seiner Fälle nicht zugegen. Ich entsann mich aber, daß er nach einer neuen Methode mit gutem Erfolge operiert hatte und wollte daher nicht versäumen, mich vor meiner eigenen Mitteilung über sein Vorgehen zu erkundigen. Ich kann aber nunmehr auf Grund eigener Erfahrungen ihm völlig beipflichten.

REFERATE.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich**, leitender Arzt der städtischen Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Versuch zur vorläufigen statistischen Aufklärung über die Ergebnisse der modernen Säuglingsfürsorge.** Von Biedert. Med. Reform, 1908, Nr. 28.

2. **Die Säuglingsfürsorge und der Staat.** Von Effler. Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge, Bd. II, H. 7.

1. Biedert findet in der französischen Statistik keinen Beweis für Erfolge der gerade von Frankreich ausgehenden modernen Säuglingsfürsorge. Zwar ist die Säuglingssterblichkeit in Frankreich beständig gesunken und besonders kräftig seit dem Anfange der neunziger Jahre, in dem die Fürsorge in Frankreich eingesetzt hat.

Wenn man aber die Sterbefälle sondert nach Land und Stadt, so sieht man, daß die Verminderung der Säuglingssterblichkeit nur auf dem Lande stattgefunden hat, in den Städten aber gleich geblieben oder sogar etwas gestiegen ist.

Gerade in den Städten aber wird die Säuglingsfürsorge betrieben, auf dem Lande ist der Rückgang der Sterblichkeit ohne öffentliche Fürsorge erfolgt.

Daraus folgert Biedert, daß die letzten Ursachen der Säuglingssterblichkeit in der schlechten sozialen Lage zu suchen sind, auf die die Säuglingsfürsorge an sich nicht einwirken kann. Die Verschlechterung der sozialen Lage durch den Kinderreichtum des Proletariats wird anerkannt. Aber die Besserung der sozialen Lage will Biedert nicht durch die künstliche Beschränkung der Konzeptionen herbeiführen. Warnend weist er auf Frankreich hin, wo heute schon mehr Menschen sterben als geboren werden. Biedert appelliert vielmehr an die Weisheit des Staates, der für eine so gute Verteilung der Arbeit und ihrer Ergebnisse sorgen soll, daß die Bevölkerung am meisten durch Mehrung ihres Arbeitsertrages, am wenigsten durch Minderung des Volkszuwachses das logische Verhältnis zwischen Volkszahl und Lebensmitteln zu erreichen vermag.

2. Biederts skeptische Bewertung der Säuglingsfürsorge erscheint dem Referenten zum mindesten verfrüht. Die Säuglingsfürsorge ist noch allerorts — auch in Frankreich — so lückenhaft, so schlecht organisiert, daß eine Statistik wohl den bisher erzielten geringen Erfolg veranschaulichen kann, aber nicht den Schluß auf die Zwecklosigkeit der Säuglingsfürsorge — auch nach ihrem Ausbau — gestattet.

Daß besonders auch in Deutschland die Säuglingsfürsorge noch in den primitivsten Entwicklungsstadien steckt, das zeigt Effler in seinem Aufsatz.

Der Entwicklungsgang der Maßnahmen, die im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffen werden, läßt sich in vier Stadien teilen. Im ersten treten einige einsichtige Menschenfreunde zur Abhilfe zusammen (private Wohltätigkeit), im zweiten Stadium bringen städtische Behörden und Korporationen Hilfe (kommunale Fürsorge), im dritten Stadium leiht der Staat den privaten oder kommunalen Fürsorgebestrebungen seine Hilfe, im vierten endlich nimmt der Staat selbst die Fürsorge in die Hand (staatliche Fürsorge).

Die allgemeine Säuglingsfürsorge in Deutschland ist nun noch nicht über das erste und zweite Stadium hinausgekommen. Alles liegt hier noch in den Händen der privaten oder kommunalen Verbände. Weiter vorgeschritten sind wir auf dem Gebiete der besonderen Fürsorge für obdachlose und elternlose Kinder, für die unehelichen usw. Zum Teil hat für diese Kategorien auch der Staat schon eine Beihilfe übernommen (Ziehkinderwesen). Nach Effler liegt aber überhaupt noch zu wenig Erfahrungsmaterial vor, eine Folge der mangelhaften Organisation und Zentralisation, als daß man die Frage der allgemeinen Fürsorge durch den Staat in Deutschland als spruchreif bezeichnen könnte.

Hingegen ist die besondere Fürsorge, speziell das Ziehkinderwesen, schon so weit ausgebildet, daß der Wunsch nach seiner Verstaatlichung berechtigt ist.

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Ueber die Aetiologie des digestiven Magensaftflusses.** Von Huppert. Med. Klinik, 1908, Nr. 15.

2. **Zur Behandlung der chronischen habituellen Obstipation.** Von Blümel und Ulrici. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 27.

3. **Zur Therapie des Ulkus ventrikuli und der Hyperazidität des Magensaftes mittels der Kapsul. ol. olivar. asept.** Von Köhler. Prag. med. Wochenschr. 1908, Nr. 28.

1. In den letzten Jahren ist mit wachsender Deutlichkeit ein Symptomenbild aus dem Gebiete der Verdauungskrankheiten herausgehoben worden, das sich unter der Bezeichnung: „alimentäre Hypersekretion“ einbürgert. Es ist diagnostisch folgendermaßen zu umgrenzen: In einem nachgewiesenermaßen in nüchternem Zustande leeren Magen findet sich eine Stunde nach eingenommenem Probefrühstück eine große Menge Inhalt mit relativ viel freier Salzsäure und relativ sehr wenig festen Bestandteilen. Beschwerden wie bei Hyperazidität.

H. hat sich der Aufgabe unterzogen, eine größere Reihe von solchen Fällen auf ihre Aetiologie hin zu untersuchen, um so der Therapie derselben prinzipiell Fingerzeige geben zu können. So glaubt er in 62 Fällen 35 mal Ulkus ventrikuli bezw. Verdacht darauf eruiert zu haben, in 15 allgemein nervöse Symptome usw. Eine verhältnismäßig hohe Anzahl von Patienten hatten eine chronische Obstipation, so daß Verfasser in diesen drei angeführten Faktoren wichtige ätiologische Momente sieht und von deren Beeinflussung sich Erfolg verspricht. Auch der Abusus nikotini ist zu berücksichtigen.

2. Ad. Schmidt hat vor einigen Jahren die Ansicht ausgesprochen, daß die chronische Obstipation auf einer zu hohen Ausnutzung der Speisen im Darm beruhe, so daß zu wenig Inhalt, zu geringe Reste übrig blieben, um einen genügenden Reiz für die Muskulatur des Kolons abzugeben. Ref. ist der Meinung, daß das Verhältnis gerade umgekehrt sei, d. h. daß, weil die Motilität verlangsamt ist, die Ausnutzungsfähigkeit eine größere ist. Dieser Ansicht sind auch die Verff. und kommen so ex juvantibus zur gleichen Auffassung, weil sie bei Patienten — natürlich solche, bei welchen organische Magen- oder Darmleiden oder Verlagerungen der Abdominalorgane als Ursache der Obstipation bestanden, ausgeschlossen — mit auf die Steigerung des Anreizes der Peristaltik gerichteten Maßnahmen Erfolge erzielten. In solcher kausalen Therapie hat auch schon anderen ein zellulosereiches Brot Dienste geleistet — so das bekannte, von Rademann in Frankfurt a. M. fabrizierte D. K.-Brot — auch Brot mit Kleie, Korkstückchen, Sägespänen, Sand hat man gebacken. Die Verff. empfehlen nach vielen Versuchen ein Brot, bei dem auf 1½ Pfund Teig 50 g feine, sorgsam durchgesehene, fein gesiebte Buchenspäne von im Spätherbst geschlagenen Holz zugesetzt sind; das ausgebackene Brot enthält dann 10% Rohfaser.

Dieses „Zellulose-Brot“ hat einen ganz reinen Brotgeschmack, das sich an einer großen Anzahl von Kranken — in der Weickertschen Lungenheilanstalt in Görbersdorf — bewährt hat.

3. Die in die Therapie einiger Magenaffektionen — Ulkus ventrikuli, Pylorospasmus — vor einigen Jahren eingeführte Behandlung mit Oel stößt wegen des Geschmacks bei einer Reihe von Kranken auf Widerstand. Verf. empfiehlt, das Ol. Olivar. hier in Gelatinekapseln zu geben: 6 bis 10 Stück, in Kapseln zu 3 g. Die Gelatine der Kapseln stört nicht, Verf. vindiziert ihr im Gegenteil einen die Heilung des Ulkus unterstützenden Einfluß durch Eiweißsparung. (Verf. übersieht aber, wie klein die Menge ist; es kann sich pro die höchstens um 3 bis 4 g handeln, die natürlich gar keine Rolle spielen. Ref.). Zum Oel kann man in den Kapseln auch Wismut oder Magnesia usta setzen.

Ref. benutzt seit mehreren Jahren das deutsch-ostafrikanische Erdnußöl (Berlin, bei Antelmann), das am allerwenigsten von allen Oelen Eigengeschmack hat; eventuell mit Zusatz von ein wenig Ol. Menth. (tropfenweise).

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Ueber gelungene Versuche, Hautnarben durch Bestrahlung mit rotem Licht zur Regeneration zu bringen.** Von Buchholz. Arch. f. physik.-diät. Therap., 1908, Nr. 5.

2. **Teleangiectatic lesions of the skin occurring in the subjects of Graves disease.** Von Hyde. Brit. Journal of Dermatology, 1908, Nr. 2.

3. **A further note on the aetiology of infantile eczema.** Von Hall. Ibidem, Nr. 1.

4. **Die Quecksilberkur mittels der Merkalatormaske Beiersdorf im Vergleich zu den bisher üblichen Kuren.** Von Kromayer. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. Bd. 46, H. 10.

5. **Kohlensäureschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten.** Von Pusey. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 24.

6. **Zur Therapie der Syphilis.** Von Schwarz. Therap. Monatsh., 1908, Juni.

7. **Ueber Resorzinvergiftung bei äußerer Anwendung.** Von Nothen. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 24.

8. **Beitrag zur Quecksilberausscheidung nach Thiopinolbädern bei der Schmierkur.** Von Diesselhorst. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Therap., 1908, Nr. 2.

9. **Syphilitischer Initialaffekt der Bauchhaut an der Einstichstelle nach Impfung in die Hoden von Affen und Kaninchen.** Von Hoffmann, Löhe und Mulzer. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 27.

10. **Erfahrungen mit der Finkelsteinschen salzarmen Kost beim Säuglingsekzem, beim Strophulus und Pruritus infantum.** Von Spiethoff. Ibidem.

11. **Ueber die Heißluftbehandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen.** Von Wagner. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 25.

1. Buchholz bestrahlt hypertrophische Narben täglich oder jeden zweiten Tag eine halbe Stunde lang mit dem Bogenlichtscheinwerfer, vor den eine rote Glasscheibe gesetzt wird in einer Entfernung von 1 m. Nach wenigen Bestrahlungen tritt gewöhnlich Abblassen der Narben ein und der Glanz verschwindet, ebenso mit der Zeit die fibrösen Stränge. In einem Fall waren allerdings 208 Bestrahlungen nötig.

2. Hyde beobachtete in einer Reihe von Fällen von Morbus Basedow das Auftreten von Teleangiektasien im Gesicht. Er schreibt diesem Moment direkt diagnostische Bedeutung bei.

3. Aus der Tatsache, daß bei Kindern 96% der Ekzeme auf Kopf und Gesicht beginnen im Gegensatz zu den Ekzemen der Erwachsenen, schließt Hall, daß äußere Reizungen die Ursachen des Ekzems sein müssen. Da ferner nur 7% der Ekzeme im Sommer beginnen, glaubt Verfasser, daß die kalte Luft der gewöhnliche äußere Reiz sei.

4. Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen Methoden der Quecksilberbehandlung, insbesondere im Vergleich zu der (in einer früheren Nummer dieser Zeitschrift schon referierten) Inhalationskur mit der Merkalatormaske, einer mit grauer Salbe bestrichenen Narkosemaske, die man nachts über tragt, führen Kromayer zu folgenden Ergebnissen: Methoden der Hg-Einverleibung, bei denen Hg schnell resorbiert wird, z. B. bei intravenösen Injektionen, haben einen geringeren Wert als solche mit allmählicher Resorption, da der schnelleren Resorption auch die schnellere Ausscheidung entspricht. Spritzt man Hg salizylikum in großen Dosen in mehrtägigen Intervallen ein, so wirkt dieselbe

Menge bedeutend geringer, als wenn man sie in kleinen Dosen täglich einspritzt, weil bei großen Dosen ein großer Teil schon nach 24 Stunden ausgeschieden wird. Die Schmierkur hat den Vorteil der langsamen, Resorption der allmählichen Ausscheidung des Hg und der längeren Remanenz gegenüber den Hg salizylikum-Einspritzungen. Die Merkalatorkur verbindet die Vorteile der Schmierkur mit der raschen Wirkung der Hg salizylikum-Injektionen.

5. Pusey verwendet bei verschiedenen Hautaffektionen Kohlensäureschnee, d. h. aus der Kohlensäurebombe herausgelassene flüssige Kohlensäure, die in einem Lederbeutel aufgefangen, zu Schnee erstarrt. Dieser Schnee wird 5 bis 20 Sekunden aufgepreßt. Besonders günstige Resultate erzielte er bei Naevi, Verrucae, senilen Keratosen, Lupus erythematodes; keinen Erfolg bei Lupus vulgaris.

6. Schwarz verwendet mit gutem Erfolg zur Behandlung der Syphilis Hydrargyr. sozojodolikum innerlich in Pillenform. Er gibt 0,1 pro die mit Extr. opii.

7. Nothen berichtet über zwei neue Fälle von Resorzinvergiftung bei äußerer Anwendung. In dem einen Fall entstand ein komatöser Zustand bei einem 19jährigen Mann, der mit 15%iger Resorzinschwefelpaste eingerieben wurde, im zweiten Fall trat der Tod ein bei einem 11 Tage alten Kind, das wegen Pemphigus mit 3%iger Resorzinvaseline verbunden wurde.

8. Bei gleichzeitiger Verwendung von Thiopinolbädern bei der Schmierkur sind nur Spuren von Quecksilber im Urin und in den Fäzes nachweisbar. Es wird also die Hg-Kur bedeutend abgeschwächt.

9. Durch Einspritzen von viel Virus enthaltendem syphilitischen Saugserum in die Hodensubstanz ist es gelungen, beim Kaninchen ebenso wie beim Affen einen kutanen Initialaffekt an der Einstichstelle zu erzeugen, dessen spezifische Natur durch seine charakteristische Form und den Befund von Spirochäten erwiesen wurde.

10. Einen direkten Einfluß der Finkelsteinschen salzarmen Kost auf das Säuglingsekzem konnte Spiethoff nicht feststellen. Trotzdem hat diese Ernährung den Wert, daß durch Ausschaltung sekundärer Einflüsse die Heilung sich ungestörter vollzieht und die Rezidive einen milderen Charakter haben. Ein günstiger Einfluß wurde bei Strophulus und Pruritus beobachtet. Besonders indiziert erscheint die Diät bei hautkranken Kindern mit chronischen Dyspepsien.

11. Wagner verwendet mit gutem Erfolg die Heißluftbehandlung bei gonorrhoischer Gelenkentzündung.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Der Kropf und seine Behandlung.** Georg Hesse. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 23.
2. **Phimosenoperation.** O. Föderl. Wiener klin. Wochenschr.. 1908, Nr. 26.
3. **Ueber die Verrenkung des Fußes nach hinten und den Extensionsverband bei gebeugtem Knie.** Karl Ewald. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 26.
4. **Eine Radikaloperation des Unguis inkarnatus.** P. Sick. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 12.
5. **Gastro-Duodenoskopie und Diaphanoskopie.** Th. Rovsing. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.
6. **Ueber die operative Behandlung der Embolie der Lungenarterie.** F. Trendelenburg. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.
7. **Zur Dauerheilung des Brustkrebses.** Steinthal. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.
8. **Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse.** M. Westergaard. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.
9. **Gastroenterostomia kaustika.** Credé. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.
10. **Erzielung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Nachbehandlung nach H. Hirsch im japanisch-russischen Kriege 1904/1905.** Hashimoto und Saito. Arch. f. klin. Chir., Bd. 86, Heft 3.

1. Die Entscheidung darüber, ob ein Kropf zu operieren ist, hängt weniger von dem Zustand des Kropfes selber als von den Schädigungen ab, die er mittelbar oder unmittelbar schon angerichtet an: Verschiebung, Erweichung und Zusammendrückung der Luftröhre; Sympathikus- und Rekurrensstörungen (Ermüdbarkeit beim Sprechen, Heiserkeit); endlich Herzstörungen, besonders die Erweiterung des rechten Ventrikels als Folge von venöser Stauung und Lungenemphysem (Rosesches Kropfherz). Sind Herzerscheinungen vorhanden oder läßt die Spiegelung von Kehlkopf und Luftröhre, die bei keiner Kropfuntersuchung fehlen soll, auch nur eine Nachgiebigkeit der Luftröhre erkennen, so soll operiert werden, auch wenn der Kropf an sich klein ist oder angeblich gar keine Beschwerden macht. Es wäre ein Fehler, dann noch eine Behandlung mit Jod oder Schilddrüsenpräparaten zu beginnen, vor der für die Dauer sogar zu warnen ist: wenn das Jod überhaupt auf den Kropf wirkt, dann wirkt es gleich; monatelang fortgesetzter Jodgebrauch kann selbst Beschwerden hervorrufen, die denen bei Basedowscher Krankheit gleichen. — Die gebräuchlichste Operation ist die halbseitige Exzision nach Kocher, die, namentlich unter örtlicher Schmerzbetäubung ausgeführt, ein fast ungefährlicher Eingriff geworden ist. Kocher, freilich „der kropferfahrenste Arzt der Welt“, hat bei den letzten beiden Tausend Operationen nur sechs Todesfälle. Die Exzision des Kropfes soll möglichst intrakapsulär geschehen, zur Schonung des Rekurrens und zur Erhaltung der Epithelkörperchen, deren Verletzung akute Tetanie herbeiführt. Etwa ein Viertel der Schilddrüse soll zuruckgelassen werden; Ausfallserscheinungen, die etwa trotzdem auftreten sollten und sich oft als „Rheumatismus thyreoprivus chronikus“ nur durch Apathie, Denkfaulheit, Kopf- und Gliedschmerzen ankündigen, sind durch Schilddrüsenpräparate völlig zu beseitigen.

Aber auch die Kropfoperation hat ihre Grenzen: bei hochgradiger Dyspnoe mit schlechtem Herzen und Oedemen, ferner bei diffusen, wenig beweglichen, festen Kolloidkröpfen soll man nicht mehr operieren, ebenso nicht mehr in vorgeschrittenen Fällen von Basedowscher Krankheit, zumal der Basedow-Kropf nach Hesse besondere Operationsschwierigkeiten bietet.

2. Töderl gibt eine einfache Phimosen-Lappenplastik an, die in der Tat natürliche Verhältnisse herstellt und die Verstümmelung der Zirkumzision ebenso vermeidet wie die kosmetischen Nachteile des Dorsalschnitts. Der Vorhautring wird ovalär umschnitten; der Ovalärschnitt beginnt dorsal knapp an der Präputialöffnung, und seine Ebene ist ventral in einem Winkel von etwa 45° zur Achse des Penis geneigt. Dieser Schnitt durchtrennt nur das äußere Blatt; ein entsprechender, nach oben geneigter zweiter exzentrischer Ovalärschnitt nur das innere Blatt; dann werden die gekreuzten Ebenen der beiden Wundränder miteinander vernäht.

3. Keilbrüche am unteren Ende von Schienbein und Wadenbein sind viel häufiger, als erkannt wird, mit einer Verrenkung des Fußes nach hinten verbunden. Es ist fast unmöglich, im Gips-Verband diese Verrenkung eingerichtet zu erhalten; Ewald verwandte bei seinen Fällen mit bestem Erfolge den Extensionsverband unter Beugung von Hüfte und Knie. Ref., dem zu näherer Beschreibung des Verbandes der Raum fehlt, möchte auch hier noch einmal das kleine Buch über Extensionstechnik von Bardenheuer empfehlen.

4. Sick umschneidet nach Entfernung des Nagels den eingewachsenen Nagelfalz in Form eines Triëders, indem er das Messer, mit der Schneide schräg nach außen gerichtet, in Höhe des Querfalzes nach oben zu einstößt; unter Vermeidung des Gelenks wird das Messer etwas gedreht, die Schneide tangential am Knochen vorbei ungefähr nach der Mitte des Nagelbetts durchgezogen und der in Triëderform umschnittene Nagelfalz mit Schere und Pinzette vollends entfernt. Die Wunde kann, gegebenenfalls ohne Tamponade, zusammengeklappt werden und heilt in etwa acht Tagen. Der kleine Eingriff läßt sich „im Bruchteil einer Minute“ und unter Chloräthylspray ganz schmerzlos ausführen.

5. Um bei Magenoperationen die auch bei geöffneter Bauchhöhle oft zweifelhafte Frage, ob Gastroptose, Ulkus oder Tumor vorliegt, zu entscheiden, führt Rovsing ein Zystoskop durch einen ganz kleinen Einschnitt in den Magen ein, betrachtet Magen und Duodenum zunächst im durchscheinenden Licht der Zystoskoplampe von außen (Diaphanoskopie), um dann die Innenfläche regel

recht „zystoskopisch“ durch das Instrument zu durchmustern (Gastro-Duodenoskopie). Das neue Verfahren hat sich in den 24 Fällen, bei denen es bis jetzt verwendet wurde, sehr gut bewährt, besonders bei mehrfachen Geschwüren, die sonst kaum bemerkt worden wären, und bei einem stark blutenden Ulkus, das sich bei der Diaphanoskopie samt der arrodierten Arterie deutlich von der klar durchleuchteten Magenwand abhob. Aber auch die entzündete Schleimhaut, Tumoren, alte Ulzera geben sehr gute Bilder, wobei Diaphanoskopie und Gastroskopie einander ergänzen. Das Gastroskop unterscheidet sich vom Zystoskop nur durch sein stärkeres Kaliber und einen Kanal zum Einblasen von Luft; ein zweites Modell gestattet die retrograde Bougierung der Speiseröhre unter Leitung des Auges.

6. Trendelenburg legt bei Embolie der Lungenarterie durch einen T-Schnitt längs der zweiten Rippe und dem linken Brustbeinrande transpleural den Herzbeutel frei, öffnet ihn und führt mit gebogener Sonde einen Gummischlauch hinter den großen Gefäßen — Aorta und Pulmonalis — durch, der zur vorübergehenden Abklemmung angezogen wird. Dann eröffnet ein rascher Schnitt die Pulmonalis, und die Embolie werden mit einer nach der Teilungsstelle zu geführten Polypenzange gefaßt und entfernt. Während der Schlauch gelockert wird — die Abklemmung darf nicht länger als $^{3}/_{4}$ Minute dauern —, erfolgt über einer Klemmzange die Naht der Arterienwunde. — Die neue Operation ist mit dauerndem Erfolge erst an Tieren ausgeführt worden; immerhin liegen bereits drei Fälle vor, die ihre technische Möglichkeit auch am Menschen und in den dringenden Minuten nach einer unerwarteten Embolie beweisen. Trendelenburg hebt mit Recht hervor, daß der Tod nach Lungenembolie nicht immer „blitzartig“ eintritt, sondern manchmal erst nach 10, 15, ja 30 Minuten, während deren die Operation, auch bei schon fehlendem Pulse, noch lebensrettend wirken kann.

7. Das Ergebnis der Dauerheilungen nach Brustkrebsoperation (die statistischen Einzelheiten sind hier ohne Bedeutung) zeigt, daß die immer eingreifender gewordene Operation nicht imstande gewesen ist, bei fortgeschrittenem Krebs den Prozentsatz der Dauerheilungen gegen früher wesentlich zu vergrößern. Abgesehen von besonderen Einflüssen der Bösartigkeit des einzelnen Krebses, der Erblichkeit u. dgl., gilt noch immer die alte Regel, daß die Aussicht auf Dauerheilung am größten ist, wenn der Krebs möglichst früh, vor Verwachsung mit der Haut und vor dem Auftreten größerer Achsel- oder gar Schlüsselbeindrüsen, operiert wird; natürlich mit radikaler Amputation, Entfernung des Pektoralis maior und Achselausräumung.

8. Bei schwierigen Drüsenausräumungen am Halse soll man über der Schonung der Gefäße die Nerven nicht vergessen. Wenn auch Verletzungen von Phrenikus und Vagus aus anatomischen Gründen weniger in Betracht kommen, so fallen doch oft die hinteren oberen Hautäste des Plexus und vor allem der Nervus akzessorius in den Schnitt, und ihre Durchschneidung kann, wie Westergaard an zwei Fällen beobachtete, nicht nur lästige Neuralgien, sondern auch Kukullarislähmung mit Tiefstand der Schulter verschulden. Zur Vermeidung solcher „calamities of surgery“ sind die Schnitte am oberen Teile des Halses nie quer, sondern mit den Hautfalten oder mit dem Sternokleidomastoideus gleichlaufend zu legen; vor allem aber darf das Messer nie die Mitte des hinteren Randes dieses Muskels kreuzen, von der die meisten Zweige des Plexus zervikalis superfizialis wie von einem Brennpunkte aus nach allen Seiten hin ausstrahlen.

9. Credé hat zur schnellen Ausführung der Gastroenterostomie ein Verfahren erprobt, das viele Schwierigkeiten der Operation umgeht: er legt Magen und Darm zunächst mit einer einfachen starken Kürschnernaht bogenförmig aneinander und verschorft dann mit breitem Pacquelinansatz ein der künftigen Magendarmpassage entsprechendes Stück von Magen- und Darmwand (etwa 1,5 × 2 cm) bis auf die Schleimhaut, die nicht durchlöchert wird, klappt die verschorften Stellen zusammen und führt die Naht mit dem liegengebliebenen Faden in elliptischem Kreise weiter, bis Fadenende mit Fadenanfang verknotet werden kann. Die strahlende Hitze des Pacquelin bewirkt durch leichte Entzündung des Bauchfells ein sehr schnelles und festes Verwachsen der Serosaflächen, so daß die eine Naht vollkommen genügt; die einfache Technik und die Vermeidung jeden Austritts von Darminhalt machen das Verfahren leicht und ungefährlich. Die Abstoßung der nekrotischen Mukosa erfolgte in acht Fällen Credés, die sämtlich glatt verliefen, etwa am fünften Tage.

10. Trotz aller osteoplastischen Amputationsmethoden wird die einfache Absetzung mit Zirkelschnitt wegen ihrer Kürze und leichten Ausführbarkeit unter dringenden Verhältnissen — im Kriege also in der Feuerlinie — stets ihre Bedeutung behalten. So sind auch im japanischen Roten Kreuz-Hospital 38 größtenteils ohne Plastik Amputierte zur Nachbehandlung gekommen, an deren Stümpfen Knochen, Periost und Hautnarbe verwachsen, ja z. T. die Tragfläche mit zackigem Kallus bedeckt war. Es gelang, durch fortgesetzte Uebungsbehandlung, wie sie Hieronymus Hirsch angegeben hat, diese zunächst nicht tragfähigen Stümpfe für eine einfache angeschnallte Stelze tragfähig zu machen, und zwar in fünf bis sechs Monaten, während von vornherein nach Bier operierte Stümpfe in drei Monaten leistungsfähig waren. Die Behandlung bestand in Hochlagerung der Beine unter Bettruhe und mehrmals täglich wiederholter Massage, Tret- und Freiübungen sowie Steh- und Gehübungen mit der provisorischen Prothese. Die Behandlung fordert Umsicht und Geschick vom Arzte und von ihm wie von dem Kranken große Geduld.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Aphrodisin.** Von Dr. Linke. Therapeut. Neuigkeiten, 1908, Juni.
2. **Osdurgen.** Von Dr. Linke. Ibidem.
3. **Rexotan.** Von Dr. Linke. Ibidem.
4. **Polygonum kuspidatum.** Von Apotheker Bruhn. Ibidem.
5. **Neue Erfahrungen mit Pankreon.** Von Dr. Schütte. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 16.
6. **Ueber Jodglidine.** Von Dr. Piorkowski. Pharmaz. Zeitg., 1908, Nr. 51.

1. In den Therapeut. Neuigkeiten (Juniheft) berichtet L. über das Erscheinen eines neuen Aphrodisiakum, namens Aphrodisin. Dasselbe wird von der Marienapotheke in Dresden in den Handel gebracht und soll enthalten: Anonacein [Alkaloid aus der Frucht der Hylopia aethiopica (?)], Yohimbin, Extrakt. Muirae puamae (von Liviosma ovata), Extr. Echineceae (von Ech. angustifol., einem amerikanischen Aphrodisiakum), Lezithin und Chinin. glyzerino-phosphor. Das Präparat wird in Tabletten von Bohnenform hergestellt und kostet viel Geld (10 bis 15 M.). Ob es hilft, wissen die Götter; L. weiß es auch nicht. Denn sein Bericht klingt doch recht skeptisch.

2. Mehr hält derselbe Verfasser von Osdurgen, einem neuen Lezithinpräparat der Firma Schulze in Dresden-A. (Originalpackung 3 M.), das ihm nach einigen Versuchen in der Armenpraxis und auf Grund der Zusammensetzung von günstigem Erfolge begleitet schien. Es enthält reines Lezithin (4%); lösliche Kalkeisensalze, die an Glyzerinphosphorsäure, Phosphorsäure und Milchsäure gebunden sind, Proteinstoffe und Milchzucker. Der Firma war daran gelegen, einen möglichst vollwertigen Ersatz des Lebertrans herzustellen und dem Arzte bezüglich Handlichkeit, guten Geschmacks und Haltbarkeit ein allen Anforderungen entsprechendes Mittel in die Hand zu geben. Einer Originaldosis ist ein Löffelchen beigegeben. Das Kind erhält vom dritten oder vierten Monat ab einen gestrichenen Maßlöffel voll, vom ersten Jahre ab zweimal einen solchen Löffel, bis zum zweiten Jahre drei bis vier solche Löffel. Eine Flasche enthält 60 Meßlöffel; ein einjähriges Kind kostet also täglich 10 Pf.

3. Schließlich referiert L. noch über ein neues Darmadstringens „Rexotan“. Dasselbe ist ein Tanninpräparat, ein gelbliches, geruch- und geschmackloses Pulver, das in Wasser und verdünnten Säuren sich kaum löst, dagegen leicht in alkalischer Flüssigkeit. Die Bedeutung des Mittels liegt darin, daß es erst im Darm gespalten wird und durch Regeneration von Formaldehyd neben ad-

stringierender eine desinfizierende Wirkung ausübt. Als Indikationen gelten Sommerdiarrhöen der Kinder, akute, subakute und chronische Darmkatarrhe und Diarrhöen der Phthisiker. Auch Dr. Peters (vergl. diese Zeitschr., 1908, Nr. 13) hat in vielen Fällen während drei Jahren das Rexotan mit bestem Erfolge angewendet, ohne dabei auch nach längerer Anwendung Appetitstörungen und Reizerscheinungen der Magen- und Darmwände zu erleben. Erwachsene erhalten von dem Mittel 0,5 g drei- bis viermal täglich eine halbe Stunde vor der Mahlzeit, Kinder ebensooft 0,15 bis 0,3 g in Haferschleim. Das Anrühren darf nur in lauwarmen, nicht heißen Flüssigkeiten geschehen. 10 g kosten 95 Pf., also dasselbe wie Tannalbin und weniger wie Tannigen oder Tannothymal.

4. Von Frankreich her wird eine neue Droge, Polygonum kuspidatum, als neues Abführmittel empfohlen; dies ist eine Pflanze, die in China und Japan wild, in Frankreich häufig als Zierpflanze wächst. Nach den Untersuchungen von Goris und Crété enthält sie nicht unbedeutende Mengen von Polygonin, das bei der Hydrolyse in Emodin und einen noch nicht näher studierten Zucker zerfällt. Die Droge enthält zwar an Emodin noch nicht die Hälfte dessen, was der chinesische Rhabarber davon aufweist; aber es ist doch wesentlich mehr, als in Folia Sennae und Kort. Frangul. enthalten ist. Nach den Berichten der genannten Autoren soll die Droge in gleicher Dosierung wie Rheum verabfolgt werden. Weitere Beobachtungen müssen noch angestellt werden, ehe das neue Mittel allgemein empfohlen werden kann.

5. Da durch das Pankreassekret Eiweißkörper, Fette und Kohlehydrate in lösliche, für den Organismus verwertbare Substanzen umgewandelt werden, so bedeutet ein Ausscheiden der Pankreaswirkung für den Körper einen erheblichen Verlust, da der größte Teil der Fette und eine beträchtliche Menge der Eiweißkörper unverdaut den Darm passiert. Verdacht auf eine Pankreaserkrankung besteht, wenn bei Verdauungsstörungen mit auffallender Abmagerung und Abnahme der Körperkräfte Fettstühle nachgewiesen werden. Auch Glykosurie kann mit pathologischen Veränderungen der Pankreasdrüse in Verbindung stehen. Im Hinblick auf die Unentbehrlichkeit dieses wichtigen Verdauungsfermentes lag es nahe, einen Ersatz zu suchen. Erst der Chemischen Fabrik Rhenania in Aachen gelang es, im „Pankreon“ ein Präparat auf den Markt zu bringen, das das natürliche Pankreassekret völlig ersetzt. Durch Verbindung mit Tannin wird es gegen die Einwirkung der Magenverdauung geschützt. Man gibt am besten Dosen von 1 bis 2 g dreimal täglich kurz nach der Mahlzeit. Aus Untersuchungen mit Pankreon erwies sich die Wirksamkeit des Mittels durch Verschwinden der Fettstühle. Auch zeigte es sich bei Stoffwechseluntersuchungen, daß viel größere Mengen von Fetten und Eiweißstoffen dem Organismus zugeführt und von ihm verwertet werden können, wenn man Pankreon gleichzeitig reicht. Darum erzielt man auch bei Diabetes gute Resultate. Durch Zusatz von Natrium bicarbonicum werden die Wirkungen des Pankreon noch verstärkt. Das Mittel kann in Tabletten- und Pulverform gegeben werden. Von den Tabletten (à 0,25 g) gibt man, je nach Schwere des Falles, 4 bis 12 Stück täglich. Wenn sie nur mit Widerstreben genommen werden, zerdrücke man sie und mische sie in Wasser, Bouillon, Suppe; jedoch darf die zum Anrühren benutzte Flüssigkeit nicht wärmer sein, als sie der Mund verträgt. Pankreonpulver gibt man dreimal täglich 1 bis 2 g in Oblaten. Die Dosierung für Kinder ist je nach Alter 0,1 bis 0,25 g in Wasser, Bouillon oder Milch angerührt. Eine andere Modifikation des Pankreons ist Pankreonzucker, der für Säuglinge bestimmt ist. Dieser hat sich bei Verdauungs- und Ernährungsstörungen der Säuglinge, bei Brechdurchfällen mit ihren bedenklichen Folgezuständen nicht nur als verdauungsförderndes Agens, sondern direkt als Nährersatz- und Kräftigungsmittel bestens bewährt. Diese günstigen Resultate anderer Autoren veranlaßten Sch. gleichfalls zu Versuchen mit Pankreon. Er faßt seine Beobachtungen dahin zusammen, daß Pankreon als ein zuverlässiges Mittel in der Pathologie der Pankreasdrüse und des gesamten Verdauungstraktus anzusehen ist, daß es bei Erschöpfungs- und Schwächezuständen infolge von organischen Erkrankungen aller Art, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen indiziert ist. Wie weit es imstande ist, bei karzinomatösen Erkrankungen eine therapeutische Wirksamkeit zu entfalten, analog den Berichten zweier Autoren, will Sch. in weiteren Untersuchungen studieren.

6. P. hat das Klopfersche Pflanzeneiweißpräparat Jodglidine, das in Tabletten zu 0,5 g in den Handel kommt und 0,05 Jod pro dosi enthalten soll, auf Jod, Jodwasserstoff und freies Jod untersucht. Er fand 0,0559 g Jod, Spuren von Jodwasserstoff, aber kein freies Jod.

Technische Neuerscheinungen.

Neuer Zinkleimverband

von Dr. Otto Betz.

Der bisher empfohlene Zinkleimverband hat nicht vermocht, sich allgemein in die Praxis einzuführen, was an verschiedenen Uebelständen liegt, die dem bisherigen Verbande anhafteten. So muß man als Nachteile desselben das ungleich zubereitete Material, das Bröckeln des Zinkleims, der leicht von Pilzen verdorben wird, die Notwendigkeit einer Assistenz beim Anlegen des Verbandes, die Schwierigkeit des Transportes für den Arzt auf dem Lande — man braucht eine Leimschüssel, die im Wasserbad erwärmt werden muß, Pinsel und Binden — und dergl. mehr nennen. Endlich braucht man eine geraume Zeit zum Anlegen eines solchen Verbandes, und die Kranken empfinden oftmals, namentlich Kinder, den heiß aufzustreichenden Leim unangenehm auf der Haut, und es sind wohl auch schon Verbrennungen dabei vorgekommen, weshalb ängstliche Gemüter das Anlegen dieser Verbände oft verweigern. Weiter sind die beim Aufpinseln des Leimes leicht entstehenden Flecke in Kleidern und auf Möbeln etc. unangenehm. Alle diese Nachteile fallen bei dem neuen Verbande weg, denn derselbe besteht aus imprägnierten, gebrauchsfertigen Zinkleimbinden von der Breite der üblichen Mullbinden. Zur Herstellung dieses neuen Zinkleimverbandes werden trockene, grobfädige Mullbinden in heißem Zinkleim, der aus rohem Zinkoxyd und Gelatine zu einem Teile, Glyzerin und Wasser zu zwei Teilen besteht, getränkt, man läßt die Binden abtropfen und trocknet sie dann. Diese Binde braucht man nur in kochendem Wasser zu erwärmen, und sie ist gebrauchsfertig zum Anlegen eines Verbandes. Man nimmt die Binde mit einer Zange aus dem kochenden Wasser, das man ja jederzeit im Privathaushalt, ja selbst bei dem ärmsten Patienten rasch durch Spiritus bereiten kann, und kühlt die heiße Binde einige Minuten, bis man sie gut mit den Händen anfassen kann, ohne Gefahr sich zu verbrennen. Beim Abrollen setzt die Binde noch einen geringen Widerstand entgegen, was aber gerade erwünscht ist, damit der Verband, z. B. beim Ulkus kruris, wo er ja am häufigsten Verwendung findet, recht fest sitzt und gut komprimiert. Beim Anlegen dieses Verbandes braucht man keine Assistenz, und der Verband hat den Vorteil, daß er rasch trocknet, der Kranke also nicht lange zu warten braucht, bis er die Kleider wieder über den Verband bringen und anlegen kann. Ein solcher Verband, der aus zwei Lagen der Zinkleimbinde gefertigt wird, ist dauerhaft und fest und hält viele Wochen. Dieser neue Verband ist auch bedeutend billiger als der alte Zinkleimverband, der Arzt kann sich die Binden selbst herstellen, wenn er dies aber scheut, so kann er die Binden auch leicht in jedem einschlägigen Geschäft und jeder Apotheke kaufen. Das Verfahren ist gesetzlich geschützt, und die fertigen Binden sind im Handel zu haben. Es ist kein Zweifel, daß diese vereinfachte Methode dem Zinkleimverband viele neue Freunde erwerben wird.

W. B. Müller, Berlin.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Bücherbesprechungen.

Die Panik im Kriege. Erweiterte Fassung eines in der Psychologischen Gesellschaft München gehaltenen Vortrages. Von Oberst a. D. Emil Pfülf. München. Verlag der ärztlichen Rundschau (O. Gmelin). Preis 1,20 M.

Den in erweiterter Fassung herausgegebenen Vortrag, den Oberst a. D. Pfülf in der Münchener Psychologischen Gesellschaft gehalten hat, haben wir mit dem allergrößten Interesse gelesen und empfehlen ihn allen, die sich überhaupt für psychologische Fragen interessieren, auf das dringendste. Schon der Ort, an dem er gehalten wurde, spricht für den Inhalt, und in der Tat ist dieser eine tief in das Seelenleben der Massen wie des Einzelnen eindringende Studie über den Begriff, den man heute mit dem Worte „Panik" verbindet. „Panik" kommt her von dem „großen Schrecken des Pan" im Altertum, das in der Einsamkeit des Waldes, im Rascheln des Laubes, im Stöhnen des Sturms Uebernatürliches zu hören wähnte, sie ist eine meist unter Gemütsdepressionen eintretende Sinnesillusion einzelner Gruppen mit daraus sich blitzartig auslösender Schreckwirkung, eine blitzschnelle Uebertragung des Affekts auf die Gesamtheit durch Suggestion, psychische Ansteckung und Nachahmung, Allgemeinherrschaft des Selbsterhaltungstriebes und unbesinnliches Handeln — keine Furcht und doch eine Panik, tief begründet in der menschlichen Natur, und beim Zusammentreffen aller dazu disponierenden Momente auch in der best disziplinierten Truppe vorkommend, eine vorübergehende Lähmung aller Hemmungsvorrichtungen, eine Art Hypnose des Massenmenschen, der „psychologischen Menge", aber keine Schande. Hierfür werden aus der Kriegsgeschichte aller Völker und Zeiten fesselnde Beispiele angeführt, aus denen u. a. hervorgeht, daß auch das im allgemeinen kühlere Temperament der germanischen Rasse gegenüber der lebhafteren Phantasie anderer Völker nicht vor Panik schützt. Das beste Mittel dagegen sind durchschlagende Anfangserfolge, hat ein General gesagt. Mögen sie uns in einem Kriege immer beschieden sein.

Peltzer-Steglitz.

KORRESPONDENZ.

Lindenfels, den 14. Juli 1908.

Sehr geehrter Herr Kollege!

In dem Referat des Herrn Kollegen Meyer in Nr. 28 der Therap. Rundschau über meine Arbeit „Die Hetolbehandlung der Tuberkulose", Berl. Klinik 1908, Nr. 240, findet sich der Satz: „Zur Bekämpfung der durch Hetolinjektionen zuweilen eintretenden Herzschwäche wandte Weißmann Prävalidin und Meffert'sche Packungen an."

Das ist nicht richtig, Hetol verursacht niemals Herzschwäche. Ich habe, wie auf Seite 12 meiner Abhandlung zu lesen steht, die beiden Mittel zur Unterstützung der Hetolbehandlung da angewendet, wo eine gewisse Herzschwäche der Entfaltung der Hetolwirkung im Wege zu stehn schien. Das ist denn doch etwas anderes als das, was der Herr Referent herausgelesen hat.

Mit kolleg. Gruß
ergebenst
Dr. Weißmann.

Wattenbergs colloider Knochenstoff
ist gesetzlich geschützt unter dem Namen
Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Knochenbildungs- und Knochenkräftigungsmittel, welches leicht verdaut und im Säftestrom ausgenützt wird, bestens empfohlen als Zusatz zur Ernährung schwächlicher, schlecht fundamentierter, rachitischer Kinder.
Abhandlung und Prospekte durch
Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

ALLGEMEINES.

Die heurige **vierte deutsche Mittelmeerreise** unter Leitung von Prof. Miller in Stuttgart vom 3. bis 26. August bietet die doppelte Gelegenheit, sowohl Aegypten als Palästina auf die angenehmste und billigste Weise kennen zu lernen. Die Ueberfahrt erfolgt mit dem herrlichen neuen Luxusdampfer Kairo, welcher 180 m Länge, 12000 t Gehalt, 18000 Pferdekräfte und 7 Decks übereinander hat. Der Aufenthalt in Aegypten dauert 12 Tage und führt bis Assuan und zum ersten Katarakt. Man kann aber auch statt Ober-Aegypten Palästina einsetzen und hat in diesem Falle 5 Tage in Aegypten und 7 Tage in Palästina zur Verfügung, kann Jaffa, Jerusalem, Bethlehem, Jericho, das Tote Meer und den Jordan mit Muße besuchen und hat, wenn man von Jericho absieht, auch von der Hitze gar nichts zu fürchten. Bequemer kann ein Besuch des heiligen Landes wohl nicht mehr ausgeführt werden. Die Kosten dieser ganzen Reise können schon mit 520 M. und einem kleinen Taschengeld bestritten werden. Wer größere Bequemlichkeit liebt, setzt noch ein paar hundert Mark zu und fährt erster Klasse. Seekrankheit ist in dieser Jahreszeit und mit einem solchen Dampfer beinahe ganz ausgeschlossen. Etwas Schöneres und Gesundheitförderndes gibt es wohl kaum, als eine Seefahrt in der warmen Jahreszeit im Mittelmeer mit einem solchen Schiffe.

130

Berlin. Im Berl. Lokal-Anzeiger vom 19. Mai (Morgenausgabe) lasen wir folgende Mitteilung:

Den Naturheilkundigen Paul Mistelsky, „Professor an der Pariser Freien Universität (Université libre), korrespondierender Professor an der Universität in Toulouse, Naturheilkundiger Direktor der elektro-physikalischen Licht-Naturheilanstalt", führte gestern eine Anklage wegen Betrugs vor das Schöffengericht Berlin-Mitte. Eine Frau, die an einem schweren Krebsleiden erkrankt war, hatte verschiedene Aerzte deswegen konsultiert und war auch eine Zeitlang in der Klinik, aus der sie als unheilbar entlassen worden war. Da wandte sich die Kranke an Herrn Mistelsky. Nachdem sie von dem dort amtierenden Dr. med. Fischer untersucht worden war, besprach sie die Bedingungen der Behandlung mit Mistelsky. Dieser soll ihr, wie die Tochter der Frau behauptet, die besten Aussichten auf Heilung eröffnet und ihr gesagt haben, daß es sich zwar um keinen leichten Fall handelte, die Patientin aber die Hoffnung haben könne, von ihrem Leiden befreit zu werden. Die Frau soll bewogen worden sein, um gleich die Sache energisch anzufassen, die teuerste Klasse im Mistelskyschen Institut zu 250 M. zu wählen. Die Gelder hierfür wurden von der Familie der Patientin zusammengeborgt, und die energische Kur begann, ohne bei dem Charakter der furchtbaren Krankheit irgendwelchen Erfolg zu haben. Die Frau gab schließlich die Kur auf und ist bald darauf gestorben. Ein Kausalzusammenhang zwischen der Kur und dem Tode der Frau ist nicht vorhanden, dagegen stand die Staatsanwaltschaft auf dem Standpunkt, daß ein Betrug darin liege, daß der Angeklagte, dem die Unheilbarkeit des Leidens bekannt sein mußte, die Frau in dem Irrtum erhalten habe, daß er sie gesund machen könne. Das Schöffengericht kam zu derselben Auffassung. Zur Sprache kam noch, daß der Angeklagte den Angehörigen der Frau einen Tag vor dem Termin die größte Hälfte des Betrages zurückgezahlt hat. Der Staatsanwalt beantragte auf Grund der Beweisaufnahme gegen den Angeklagten ein Jahr sechs Monate Gefängnis. Das Urteil lautete auf 1000 M. Geldstrafe.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Cologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial

Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Rhachisan
Vorzüglich-wirkendes Antirhachitikum.

Bestandteile:

Ol. Jecoris Aselli	30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . (enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)	1 %
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) (enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)	15 %
Corrigentia und Wasser	ad 100

Proben und Literatur gratis!

Dr Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Grundstück für Sanatorium

geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park). — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Externe Salicyl-Therapie!
Dr. R. Reiss.
Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis. Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis. Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

DR. LAHMANN'S
Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**
vegetabile (Pflanzen) Milch
Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"
Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.
Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à **1,20 M** für Erwachsene und **0,80 M.** für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin. P. Gerber, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 2. August 1908. **Nr. 31.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. H. Stern, New-York: Die Bedeutung des Eidotters für die Hebung der Unterernährung 473
2. F. Bachmann, Harburg a. E.: Physikalische oder biologische Medizin? 476

II. Referate:
1. S. Aschheim, Charlottenburg: Gynäkologie und Geburtshilfe 476
2. W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie 478
3. M. Peltzer, Steglitz: Soziale Medizin 480

III. Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 481

IV. Technische Neuerscheinungen:
1. W. B. Müller, Berlin: Ein nach jeder Richtung fahrbares Gestell zur Erlernung und Uebung von Fuß- und Beinbewegungen 482
2. Derselbe: Uterusspülkatheter nach Jaeggy 482

V. Bücherbesprechungen:
1. C. Röse, Dresden: Erdsalzarmut und Entartung (Ref. F. Bachmann, Marburg) 482
2. Bismarckbund, Juniheft (Ref. M. Peltzer, Steglitz) 482

VII. Allgemeines 483

ORIGINALIEN.

Die Bedeutung des Eidotters für die Hebung der Unterernährung.

Von Professor Dr. **Heinrich Stern**, New York.

Norm ist bekanntlich ein schwankender Begriff, der innerhalb bestimmter Grenzen nach oben wie nach unten das Gesunde, Regelmäßige bezeichnet. In diesem Sinne ist normale Ernährung derjenige Körperzustand, bei welchem Stoffeinnahme und Stoffausgabe sich annähernd das Gleichgewicht halten. Bei der Ueberernährung übersteigt die Stoffeinnahme die Stoffausgabe, bei der Unterernährung umgekehrt die Stoffausgabe die Stoffeinnahme. Dies trifft jedoch nur für die abgeschlossene Körperentwickelung zu. Bei Kindern würde es ein regelwidriger Zustand sein, wenn Stoffeinnahme und Stoffausgabe sich das Gleichgewicht hielten, da bei ihnen zwecks Neubildung von Wachstumszellen ein Plus von Einnahme vorhanden sein muß. Was bei Erwachsenen die Norm ist, würde bei ihnen als Unterernährung zu bezeichnen sein, und diese artet bei Kindern von dem Augenblick an in Marasmus aus, wo die Stoffausgabe die Stoffeinnahme übersteigt. Bei Erwachsenen dagegen würde das Plus von Ausgabe in den leichteren Graden als Unterernährung und erst in den schwereren Graden als Marasmus zu bezeichnen sein, andererseits das Plus von Einnahme als Ueberernährung. Irrtümlicherweise macht man das Körpergewicht zum Maßstab der Ernährungsnorm. Man setzt für einen Körper von bestimmten Größenverhältnissen ein bestimmtes Gewicht fest und erklärt es als normwidrig, falls das wirkliche Gewicht diese Zahl übersteigt oder unter ihr bleibt. Das Kriterium des normalen Ernährungszustandes bei Erwachsenen ist jedoch unseres Erachtens nicht das Körpergewicht, sondern das Stickstoffgleichgewicht und bei Kindern das Plus von Einnahme. Das Zurückbleiben hinter diesem Zustand ist Unterernährung und im weiteren Verlaufe Marasmus. Nicht notwendigerweise wird Unterernährung durch Krankheiten oder funktionelle Störungen hervorgerufen, welche die normale Verdauung oder vollständige Ausnützung der Nährstoffe direkt oder indirekt beeinträchtigen. Vielmehr kann der Zustand der Abzehrung auch durch ungenügende oder ungeeignete Nahrung erzeugt sein.

Es ist klar, daß dem mit Unterernährung einhergehenden Kräfteverfall vorgebeugt werden muß, ganz unabhängig davon, ob der zugrunde liegenden Krankheit oder funktionellen Störung mit therapeutischen Maßnahmen beizukommen ist oder nicht. Wissen wir doch, daß die Hebung der Ernährung zugleich die Widerstandsfähigkeit steigert und damit den Heilungsvorgang unterstützt.

Gewöhnlich versteht man unter Hebung der Ernährung die Steigerung der Nahrungszufuhr, die Ueberfütterung oder Mastkur. Es muß jedoch gleich hier gesagt werden, daß diese an sich nicht als rationeller Heilfaktor betrachtet werden kann, sondern im Gegenteil oft den Zustand des Kranken verschlimmert, indem sie dessen Verdauungsorgane überbürdet und zur übermäßigen Erzeugung giftiger Stoffwechselprodukte Anlaß gibt. Um der Abzehrung, dem fortschreitenden Verlust an Körpersubstanz Einhalt zu tun, muß man in erster Linie den Zustand der Verdauungsorgane in Betracht ziehen; Gewalt nützt hier nichts, sondern die Nährstoffe sollen in geeigneter Form dargereicht werden, so daß sie verarbeitet und assimiliert werden können, mit anderen Worten die verlorene Körpersubstanz zu ersetzen imstande sind. Wenn die Nahrung nicht der Verdauungs- und Assimilationskraft des Kranken angepaßt ist, dann wird dieser weiter abzehren, selbst wenn er bis zum Bersten essen sollte. Andererseits findet man nicht selten, daß bei sogen. „auszehrenden“ Krankheiten der Verlust an Körpersubstanz überraschend gering ist, solange die Verdauungs- und Assimilationskraft nicht oder nicht weit unter die physiologische Grenze sinkt und die Nährstoffe in geeigneter Form dargereicht werden. So macht man beispielsweise oft bei chronischer ulzerativer Phthisis, selbst in weit fortgeschrittenen

Fällen, die Beobachtung, daß die Kranken nicht erheblich abmagern. Wo der kachektische Zustand freilich sehr weit fortgeschritten, wo eine Wiederherstellung der Verdauungs- und Assimilationskraft nicht mehr möglich ist, da wird der Kräfteverfall unaufhaltsam seinen Lauf nehmen.

Aber wenn auch nicht die Ueberernährung oder Mastkur an sich als Heilfaktor der Unterernährung angesprochen werden kann, so spielt nichtsdestoweniger die Diät bei der Hebung dieses Zustandes eine außerordentlich wichtige Rolle — mehr als irgendwelche andere Maßnahmen, deren Bedeutung bis zu einem gewissen Grade unleugbar ist. Soll aber die Diät ihre Aufgabe erfüllen, dann muß sie dem Individuum und seinem wechselnden Zustand angepaßt sein; sie darf keinen Widerwillen erregen und die Verdauungsorgane nicht übermäßig belasten, sondern soll in konzentriertester Form die Wärmeeinheiten und die kräftigsten Ersatzstoffe der Körpersubstanz enthalten. Ein solches Nährmittel, das zugleich frei von Nachteilen irgendwelcher Art ist — ein Nährmittel allerersten Ranges besitzen wir im Eidotter.

Unter „Eidotter-Kur" verstehe ich ein diätetisches Regime, in welchem der größere Teil der Wärmeeinheiten vom Dotter des Hühnereis geliefert wird, und in welchem letzteres die einzige Fettsubstanz bildet. Neben dieser strengen Dotterkur gibt es auch modifizierte Formen, in welchen entweder nicht lauter Dottertage aufeinander folgen, sondern solche Tage eingeschoben sind, die nicht überwiegend Eidotter darbieten, oder aber Eidotter, obwohl es bis zu einem Betrag in der Diät enthalten ist, nicht die Hauptmasse der Kalorien ausmacht und nicht der einzige Repräsentant der Fettsubstanzen in der Nahrung ist. In der Mehrzahl der Fälle, wo die Verdauungsorgane des Kranken sich in gutem Zustande befinden und der akute Kräfteverfall zum Stillstand gekommen ist oder der Kranke an Körpergewicht zuzunehmen begonnen hat, bieten die modifizierten Formen gewisse Vorzüge gegenüber dem strengen Regime dar. Ueberdies ist die den individuellen Bedürfnissen und Wünschen Rechnung tragende und dem wechselnden Zustand des Kranken immer aufs neue angepaßte, modifizierte Dotterkur die einzige Form, in welcher die Eidotterdiät Monate und Jahre hindurch fortgesetzt werden kann.

Der Dotter des Hühnereis im rohen oder halbrohen Zustande wird sehr schnell verdaut. Den von mir am gesunden menschlichen Magen angestellten Versuchen zufolge verlassen zwei rohe Eidotter den Magen in 70 bis 90 Minuten, drei in 70 bis 100 Minuten, vier in 80 bis 100 Minuten. Ein in heißem Wasser und Whisky genommener Dotter verläßt den Magen in 50 bis 70 Minuten, zwei in 50 bis 75 Minuten. Ein in einer Tasse heißen Kaffees mit etwas Zucker und Milch genommener Dotter verläßt den Magen in 60 Minuten, zwei in 60 bis 70 Minuten.

Die sogar bei vielen gesunden Individuen unzweifelhaft vorhandene Idiosynkrasie gegen Eier ist meiner Ueberzeugung nach allein auf Rechnung des Weißen im Ei zu setzen. Dieses, das die Hauptmasse der Proteidsubstanzen im Ei enthält, muß mit Rücksicht auf die verzögerte Verdauung, sei dieselbe nun durch Unzulänglichkeit der Magenbewegung oder durch irgendwelchen anderen die Nahrung im Magen-Darmkanal zurückhaltenden Zustand hervorgerufen, für die Bildung von Wasserstoffsulphid und Ammonium verantwortlich gemacht werden. Der Dotter dagegen, welcher im Magen niemals so lange wie das Weiße im Ei verbleibt, bietet keine Gelegenheit zur Erzeugung von Wasserstoffsulphid in solchem Grade dar, daß letzteres unliebsame Folgen nach sich ziehen könnte. Diesem Umstande schreibe ich die Tatsache zu, daß ich niemals Idiosynkrasie gegen Eidotter allein gefunden habe.

Eidotter wird sehr gut assimiliert. Der Beweis dafür ist in der verhältnismäßig geringen Fettmenge gegeben, die in den Fäzes dort enthalten ist, wo Eidotter die ausschließliche Fettsubstanz in der Diät bildet. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Assimilation desto langsamer und unvollständiger vor sich geht, je höher der Schmelzpunkt des Fettes ist. Der rohe, geschlagene und flüssig gemachte Eidotter wird sehr schnell und meist vollständig absorbiert. Meine eigenen Untersuchungen ergaben, daß von 1,5 bis 3,5% des Dotterfettes in den Fäzes wiedererscheinen. Die große Absorbierbarkeit des Dotterfettes wird um so klarer, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß Milchfett in den Fäzes der Erwachsenen zum Betrage von 4,4 bis 6,6% und in den Fäzes von Säuglingen zum Betrage von 5,1 bis 7% wiedererscheint. Der vom Dotterfett in den Fäzes gelassene Rückstand ist geringer als derjenige irgendeines anderen tierischen Fettes.

Eidotter wird von den meisten Individuen in irgendwelchen Mengen gern genommen und gut vertragen. Dies kann von den anderen fettigen Nährstoffen nicht behauptet werden, die der gewöhnliche Magen in solchen Quantitäten, daß sie die Hauptmasse der notwendigen Wärmeeinheiten ausmachen, schlecht verträgt. Ein großer Teil dieser Fälle, bis zu 10, 12 und mehr Prozenten, erscheint gewöhnlich in den Fäzes wieder. Olivenöl wird, wie alle anderen pflanzlichen Fette, nicht in größeren als den gewöhnlichen Mengen vertragen. Außerdem ist in unseren Breitegraden die Aversion gegen Pflanzenöle viel häufiger als die Vorliebe für größere Quantitäten derselben. Crême und Butter werden von den Kranken meist gern genommen; wenn sie jedoch die Hauptmasse des Heizmaterials für den Körper bilden, tritt im Magen eine Zersetzung ein, durch welche fettige Säuren von niederem Molekulargewicht frei werden, die ihrerseits wieder den Verdauungsprozeß und das Stickstoffgleichgewicht stören. Ueberdies sind diese fettigen Säuren die Vorläufer der sogen. Azeton-Körper, welche mit mehr oder weniger Berechtigung in ursächliche Beziehung zum diabetischen Koma und zu verschiedenen anderen augenscheinlich auf Selbstvergiftung beruhenden Krankheitszuständen gebracht worden sind.

Weiterhin enthält der Dotter des Hühnereis ein die Umwandlung der amyloiden Substanzen unterstützendes diastatisches Ferment. Zwar läßt er nicht die Gärungseigenschaften der pankreatischen oder der den Speichel in Stärke umwandelnden Enzyme erkennen; nichtsdestoweniger dürfen seine Gärungseigenschaften nicht unterschätzt werden. Eidotter ist außerdem ein kräftiges Agens zur Beförderung der Absonderung des Magensaftes und sollte in allen Fällen von Achylie und anderen durch unzulängliche Absonderung des Magensaftes charakterisierten Zuständen verabreicht werden.

Daß der Eidotter Lezithin enthält, ist eine zu wohlbekannte Tatsache, als daß hier näher darauf eingegangen zu werden brauchte. Der Schluß ist deshalb berechtigt, daß die Einverleibung von Eidotter zur Wiederbelebung der Nervenkraft und zur Verbesserung des Zustandes der Unterernährung beitragen werde.

Der Dotter des Hühnereies enthält durchschnittlich 5 bis 6 g Fett, die ungefähr 50 Kalorien gleichkommen. Wie wir gesehen haben, sind diese fast vollständig assimilierbar. 20 Eidotter liefern 1000 und 30 Eidotter 1500 Kalorien. Um über den Zustand der Unterernährung hinwegzukommen, sind 8 bis 20 Kalorien in Form des Eidotters pro Tag und Kilogramm Körpergewicht notwendig.

Obwohl Eidotter sehr wenig Stickstoff enthält, ist er doch insofern ein eiweißsparendes Nährmittel, als die Eidotterkur so modifiziert werden kann, daß die Kranken im Stickstoffgleichgewicht bleiben. Meinen Versuchen zufolge ist die Ausscheidung von Stickstoff bei der strengen Eidotterkur größer als die Einnahme; das Defizit ist aber so geringfügig, daß es praktisch gar nicht in Betracht kommt, und daß man nichtsdestoweniger dem Eidotter einen höheren Grad der Eiweißersparnis zuschreiben kann als irgendeinem anderen Nährmittel.

In einem im Aerztlichen Verein des Staates New York gehaltenen Vortrag habe ich über den Einfluß der Eidotterkur auf mit Azetonurie komplizierten Diabetes berichtet. Ich konnte auf Grund der von mir gemachten Beobachtungen feststellen, daß die Eidotterkur die Ausscheidung von Azetonsubstanzen vollständig zum Stillstand bringt und gleichzeitig die Glykosurie wesentlich einschränkt oder ganz zum Verschwinden bringt. In allen diesen Fällen wurde durch die Eidotterkur die gesamte Ernährung, das Körpergewicht, die Kraft und Widerstandsfähigkeit gehoben. In einem der Fälle, der einen $15^1/_2$ Jahre alten Diabetiker mit bedeutender Zucker- und Azetonausscheidung betraf, stieg unter dem Einfluß der Eidotterkur das Körpergewicht von $98^{1}/_{2}$ auf $126^{1}/_{2}$ Pfund. Weiter unten werde ich die Technizismen und die Kochrezepte angeben, die sich mir bei der Eidotterbehandlung der Diabetes-Kachexie bewährt haben.

Während nun die strikte antidiabetische Diät die Kohlehydrate gänzlich ausschließt und die Proteide auf ein Minimum reduziert, und während die antidiabetische Eidotterkur diesen Beschränkungen Rechnung tragen muß, kommen letztere bei der Eidotterkur der nichtdiabetischen Unterernährung nicht in Betracht. Andererseits müssen Quantität und Qualität jedes Nährstoffes bei der Behandlung der nichtdiabetischen Unterernährung bestimmt werden. Wir sollten uns darüber vergewissern, ob, wann und in welchen Beträgen gewisse Nahrungsmittel vom Magen vertragen werden, in welchem Umfang die Nährstoffe während des Verdauungsprozesses verarbeitet und für die Erhaltung des Stickstoffgleichgewichts ausgenützt werden. In der Mehrzahl der Fälle von Unterernährung ist dies keine leichte Aufgabe, die ein genaues Studium der individuellen Verdauungs- und Assimilationskraft voraussetzt. Einfache klinische Methoden, die jedem Praktiker zur Verfügung stehen, befähigen denselben, in gewöhnlichen Fällen von Unterernährung das geeignete Kostregime zu verordnen. In anderen selteneren Fällen, wo die klinische Beobachtung und einfache diagnostische Methoden allein keine genügende Einsicht in den Ernährungszustand gewähren, müssen kompliziertere Methoden der Untersuchung und Diätbestimmung zu Rate gezogen werden. Letztere, die in vielen Fällen nicht leicht ausführbar sind, werden von dem allgemeinen Praktiker selten angewandt.

Es darf als erwiesen gelten, daß Eidotter von beinahe jedem Unterernährten gut vertragen wird. Eidotter muß daher die Grundlage des Kostregimes für Unterernährte bilden. Dem Kliniker nun obliegt es, im einzelnen Falle die Form der Eidotterkur zu bestimmen. Hier beginnt die Schwierigkeit. In einigen Fällen erweist sich die Verabreichung in Milch, Kaffee oder Tee, in anderen wieder als ein modifizierter Eierpunsch vorteilhaft. Die wohltätige Wirkung der Eidotterkur tritt in vielen Fällen nur dann zutage, wenn zugleich bestimmte Kohlehydrate in entsprechenden Quantitäten verabreicht werden. Eidotter in Suppe oder Fleischbrühe, mit Rind-, Lamm- oder Hühnerfleisch ruft oft eine Besserung des Ernährungszustandes hervor, welche nicht in gleichem Umfange dort beobachtet wird, wo andere Beigaben des Eidotters als Vehikel dienen. In anderen Fällen, insbesondere bei Lungentuberkulose, genügt häufig gewöhnliche gemischte Kost, in welcher die Fettsubstanzen durch Eidotter allein vertreten sind, um die Assimilationskraft, das Körpergewicht und die Widerstandsfähigkeit zu steigern.

Wenn ein im letzten Stadium einer auszehrenden Krankheit befindlicher Patient unter dem Einfluß der Eidotterkur nicht an Gewicht zunimmt, dann darf in der Regel angenommen werden, daß letztere nicht in geeigneter Form verabreicht wurde, d. h. die dem Eidotter beigegebene Nahrung war entweder nicht rechter Art, oder sie wurde in einer nicht der Verdauungskraft angepaßten Menge verabreicht. Während nämlich geeignete Nahrung die spezifische Eidotterwirkung befördert, verzögert oder unterdrückt in Charakter oder Menge ungeeignete Nahrung die Aufsaugung des Eidotters.

Andererseits erleichtert der Eidotter die Verdauung gewisser Mengen von Kohlehydraten (diastatisches Ferment) und verhältnismäßig großer Mengen von Proteiden (Anregung der Absonderung des Magensaftes). Eidotter scheint keine Eigenschaften zu besitzen, welche der Nahrung beigefügte andere Fette leichter absorbierbar machen. Die erschwerte Aufsaugung des Fettes aber ist mit großer Wahrscheinlichkeit direkt für den Zustand der Unterernährung in vielen Fällen verantwortlich zu machen. Die Untersuchung der Fäzes hat mir gezeigt, daß in nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen von Abmagerung der Eidotter fast immer so vollständig absorbiert wird, wie dies bei normalen Individuen geschieht. Es ergibt sich hieraus die Forderung, alle fettigen Substanzen in der Nahrung nach Möglichkeit durch Eidotter zu ersetzen. Nachdem Besserung eingetreten ist, braucht Eidotter nicht mehr das einzige Nahrungsfett zu bilden, sondern es können der Diät auch andere Fette beigefügt werden. Rationeller erscheint es, mit der Diät in der Weise abzuwechseln, daß jede Woche ein oder zwei Tage eingeschaltet werden, an denen Eidotter nicht den Hauptbestandteil der Nahrung ausmacht, sondern die gewöhnlichen Fette in beschränktem Maße verabreicht werden. Immerhin muß an den anderen Tagen der Eidotter die Hauptmasse der Wärmeeinheiten bilden oder sollte wenigstens die einzige Fettsubstanz an diesen Tagen sein.

Ich gebe jetzt die Probe eines Eidottermenus für einen Schwindsüchtigen, der normalerweise 140 Pfund (63,63 kg) wiegen sollte, aber nur 110 Pfund (50 kg) wiegt und dessen Ernährungsapparat die Verabreichung einiger Kohlehydrate und fast normaler Mengen von Proteiden gestattet. Dieser Kranke sollte Nahrung im Werte von 35 Kalorien pro Tag und Kilogramm Körpergewicht, demnach 1750 Kalorien in 24 Stunden aufnehmen.

Einzelne Mahlzeiten	Anzahl der Eidotter	Annähernde Zahl der vom Eidotter gelieferten Kalorien	Annähernde Gesamtzahl der Kalorien
1. Frühstück: 250 ccm abgerahmte Milch mit 4 Eidottern	4	200	290
30 Gramm Weizentoast	—	—	75
2. Frühstück: 1 Tasse Kaffee und 2 Eidotter	2	100	100
Mittagessen: Ein Teller Suppe mit 4 Eidottern	4	200	225
150 Gramm sehr mageres Rindfleisch	—	—	125
30 Gramm Weizentoast		—	75
Nachmittagsvesper: 250 ccm abgerahmte Milch, 30 ccm Whisky, 3 Eidotter	3	150	370
Abendessen: 100 Gramm Griesmehl oder Reissuppe, 1 Eidotter, abgerahmte Milch	1	50	350
Apfelsauce 75 Gramm	—	—	30
Vor Schlafengehen: Nachttrunk (90 ccm heißes Wasser, 10 ccm Whisky, 1 Eidotter, 1 Teelöffel voll granulierter Zucker)	1	50	110
Gesamtsumme	15	750	1750

Bei einer längeren Eidotterkur kann und muß das Verhältnis der verschiedenen Typen von Nährstoffen den überwiegenden Umständen des Falles gemäß geändert werden. Immerhin darf das vorstehend angegebene Kostregime als Richtschnur gelten. In gewissen Fällen mögen die ganzen Eier gut vertragen werden; es ist dann zweckmäßig, ihnen besonderen Eidotter hinzuzufügen. Um Eintönigkeit und Widerwillen zu vermeiden, die bei beständiger Wiederkehr derselben Fleisch- und Mehlspeisen unvermeidlich sind, sollte auf Abwechselung in den mit dem Eidotter verabreichten Gerichten Bedacht genommen werden.

Alle Eidottergerichte müssen Salz in genügender Menge enthalten. Gewürze und geschmackverbessernde Zutaten können beigefügt werden, falls keine Kontraindikationen gegen ihren Gebrauch vorliegen. Es sollte nicht vergessen werden, daß Gewürze keineswegs gleichgültige Stoffe sind, und daß je nach Lage des Falles durch sie der Verdauungsprozeß ebenso angeregt wie verzögert werden kann. In der Regel leiden die der Eidotterkur unterworfenen Kranken nicht an Stuhlverhaltung, wo es aber der Fall ist, mögen milde Laxantien verabreicht werden.

Die Eidotterkur in ihren verschiedenen Modifikationen hat keine Gemeinschaft mit der Legion von unnatürlichen und unvernünftigen Mästungssystemen, wie sie allüberall angepriesen werden. Sie ist nicht mein Steckenpferd und wird hoffentlich auch niemals dasjenige eines anderen werden. Sie hat ihre Grenzen, aber es darf als sicher gelten, daß ihre gewissenhafte Anwendung bei gewissen Formen der Unterernährung, zu welchen auch Diabetes gerechnet werden muß, das Körpergewicht erhöht und die Widerstandskraft selbst dort wiederherstellt, wo andere Kostregime versagen.

Es erübrigt nun noch, auf ein besonders wichtiges Kapitel, die Unterernährung der Kinder und ihre Hebung durch die Eidotterkur einzugehen. (Schluß folgt.)

Physikalische oder biologische Medizin?

Von Kreisarzt Dr. **F. Bachmann**, Harburg a. E.

Professor Pagel, der bekannte und verdiente medizinische Geschichtsforscher, gibt seit Anfang dieses Jahres eine „Zeitschrift für physikalische Medizin" heraus. In einem neulich erschienenen Artikel, betitelt „Kurzer geschichtlicher Ueberblick über die Entwickelung der physikalischen Medizin" schreibt P. wie folgt:

„Unter physikalischer Medizin verstehen wir die Beziehungen, welche die Heilkunde im Laufe ihrer Entwickelung zur Physik genommen hat. Sie sind ebenso alt als innig. Hieß doch im Mittelalter der Arzt: physicus. Das ist kennzeichnend. Der Arzt war der Naturlehrer par excellence. Merkwürdigerweise entbehrten diese Beziehungen bisher einer zusammenfassenden Sonderdarstellung vom historischen Standpunkt."

Sodann weist Professor P. nach, wie seit dem grauen Altertum bis zur Neuzeit die Physik in Mechanik, Optik, Akustik, der Lehre von der Luft, Elektrizität, den Strahlen usw. in Diagnostik und Therapie die größte Rolle gespielt habe. Früher allerdings nur in äußerlicher Weise; unter Harveys Einfluß tauchte dann zum ersten Male „zielbewußtes physikalisches Denken in der Medizin auf, um seitdem nicht mehr zu verschwinden". Erst der jüngsten Zeit jedoch „blieb es vorbehalten . . . ., die unreifen Bestrebungen des 17. Jahrhunderts durch rationelle Methodik und vollkommene Experimentierkunst zu ersetzen und zu rehabilitieren".

So wäre nach Pagel also der Gipfel der Medizin in dem heutigen exakten Ausbau der „physikalischen Methoden" völlig oder doch nahezu erklommen.

Können wir biologisch denkenden Aerzte uns hiermit einverstanden erklären? Ich meine, nun und nimmermehr!

Zuerst muß einmal die Unklarheit beseitigt werden, welche heutzutage so häufig Physik und physis verwechselt oder Physik den gesamten Naturwissenschaften gleichsetzt.

Der Arzt hieß zur Zeit lateinischer Gelehrsamkeit wahrhaftig nicht deshalb physicus, weil er besondere physikalische Kenntnisse haben mußte, sondern weil er die Kenntnisse der gesamten Natur, der physis, beherrschen sollte. Den heutigen Begriff der Physik, als Lehre von den Kräften der unbelebten Natur, gab es ja damals noch gar nicht. Wenn man aber heutzutage immer von der Bedeutung der Physik für die Medizin sprechen hört, so müßte ein Außenstehender in der Tat glauben, ein Professor der Physik müßte auch der beste Arzt sein. Man scheint beinahe zu vergessen, daß der Arzt doch in allererster Linie Kenntnisse der organischen Natur braucht, daß für ihn die Lebensvorgänge im Organismus fast ausschließlich in Betracht kommen.

Wenn der heutige Sprachgebrauch es erlaubte, wollten wir unsere Richtung (welche übrigens, historisch betrachtet, mehr mit Hippokrates und Galenus, als mit Harvey gemeinsam hat — doch davon ein ander mal!) eher physische Medizin nennen, aber nie und nimmermehr physikalische; Physik und ebenso Chemie stehen sogar in einem gewissen Gegensatze zur biologischen Medizin. So sehr die Biologie diese Fächer als Hilfsmittel benötigt, so muß sie doch stets den scharfen Gegensatz betonen, welcher zwischen der mechanistischen Lebensauffassung des Physikers und Chemikers und der modernen Entwicklungslehre von Tag zu Tag stärker hervortritt. Die Erkenntnis anorganischer Vorgänge in Physik und Chemie, so ungeahnte Fortschritte sie der Technik brachte, hat die organischen Naturwissenschaften und damit die Medizin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts unserer Auffassung nach sogar geschädigt und auf falsche Bahnen gelenkt.

Wenn wir den Pagelschen Auffassungen huldigten, so müßten also Physik und Chemie die hauptsächlichsten Grundlagen medizinischen Wissens bilden. Leider ist dieses ja auch im ärztlichen Staatsexamen noch viel zu sehr der Fall. Wir Biologen betonen aber stets, daß vielmehr die allgemeine Biologie und die Entwicklungslehre einschließlich Anthropologie und der modernen Psychologie die Hauptgrundlagen unseres Studiums darstellen sollten, ja daß man die Gesetze der anorganischen Natur in Physik und Chemie sogar nur mit einer gewissen Vorsicht bei der Erforschung des somatisch-psychischen Betriebes anwenden dürfe.

Was nun das heutige Vorherrschen der Physik in der Therapie anlangt, so müssen wir auch hiergegen unser Bedenken äußern. Zweifellos sind die physikalischen Faktoren, wie Temperatur, Bewegung, Luft, Wasser, Licht, Elektrizität wichtige therapeutische Reize und die Kenntnis ihrer Gesetze ist für den Arzt von Wichtigkeit. Sie können aber nur dann zu einer ersprießlichen ärztlichen Tätigkeit führen, wenn gleichzeitig das Studium der Biologie und Physiologie den Arzt darüber belehrt, wie der Organismus als solcher auf die physikalischen Faktoren reagiert, wie sie den Organismus in seiner Selbsterhaltungs-Heiltätigkeit unterstützen können.

Was würde dem Arzte seine ganze physikalische Ausrüstung helfen, wenn er keine organischen Kenntnisse hätte? Wir wollen ja doch unsere Heilkunde wieder möglichst einfach und natürlich gestalten, weil wir in ihrer heutigen Kompliziertheit ein Zeichen ihres Verfalls sehen, müssen also schon dieserhalb die Physik mit all ihrem Apparatus niedriger einschätzen.

Was uns von einer „physikalischen Medizin" trennt, von einem Heilverfahren, bei welchem der Mensch, Philosoph und Seelenkünstler unter Apparaten und Maschinen völlig verschwindet, das ist die Grundanschauung, welche den größeren Wert auf die im Körper schlummernden Kräfte legt, die mit möglichst einfachen und „naturgemäßen" Reizen geweckt werden sollen, nicht aber auf die physikalischen Kräfte außerhalb des Körpers.

Daß auch die Bezeichnung „biologische Medizin" und „biologische Therapie" mancherlei Bedenken gegen sich hat, weil sie nicht völlig das zum Ausdruck bringt, was wir Reformer anstreben, so daß ein wirklich vollwertiger Ausdruck für unsere auf den neuen Naturwissenschaften aufgebaute Richtung bisher noch nicht gefunden ist, gebe ich unverhohlen zu. Gänzlich abweisend stehe ich aber dem Ausdruck „physikalische Medizin" gegenüber.

REFERATE.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg-Berlin.

1. **Lysolvergiftung durch Uterusspülung.** Von Dr. Piltz-Erlangen. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 18.

2. **Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Thrombophlebitis.** Von G. Leopold. Arch. f. Gyn., Bd. 85, Heft 3.

3. **Primäre und Dauerresultate der Ovariotomien bei anatomisch malignen und zweifelhaften Geschwülsten.** Von Carl Schnidlechner. Monatsschr. f. Gyn., 1908, Juli, XXVIII.

4. **Larynx und Schwangerschaft.** Von Dr. Hofbauer-Königsberg. Ibidem.

5. **Ueber nasale Reflexe.** Von Prof. Koblank. Deutsche med. Wochenschr., 1908, 11. Juni.

1. Piltz teilt einen Fall mit, in dem bei Abort nach Uterus- und Scheidenspülung mit 1%iger Lysollösung eine schwere hämor-

rhagische Nephritis auftrat. Unter Anführung mehrerer Fälle aus der Literatur, darunter zwei, die schließlich letal endeten, warnt er vor Ausspülung mit Lysollösung, die in schwächerer Lösung nicht desinfizierend wirkt, in stärkerer aber leicht gefährliche Schädigungen herbeiführen kann. Als Spülflüssigkeit für den Uterus empfiehlt er, wie dies auch anderorts lange schon üblich ist, sterile physiologische Kochsalzlösung oder einfaches Wasser, auch bei infizierten Fällen.

2. Leopold, der schon früher der operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis das Wort geredet hat, faßt seine auf 18 Fällen beruhenden Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

a) Gonorrhoische Infektion kurz vor Beginn oder während der Schwangerschaft kann das Wochenbett viel gefährlicher gestalten, als allgemein angenommen und geglaubt wird. Dies beweisen solche Fälle, bei denen die Gebärenden innerlich nicht untersucht worden sind.

b) Bei solchen infizierten Frauen kann hohes Fieber mit dem Zeichen beginnender Peritonitis schon am dritten Tage post partum, in manchen Fällen erst am sechsten Tage als sogenanntes Spätfieber auftreten. Gerade letzteres ist bekanntlich für gonorrhoische Infektion sehr charakteristisch und kann außerordentlich schwer mit akuter Peritonitis bezw. Thrombophlebitis, die in kurzer Zeit zum Tode führen, einsetzen.

c) Von großer Gefahr sind wochenlang sich hinschleppende Abortblutungen, namentlich wenn sie mit Fieber verbunden sind. Nach erfolgter Ausstoßung des Eies kann hier durch die im Uteruskavum angesammelten Infektionsträger sich sofort akute Peritonitis bezw. Thrombophlebitis anschließen.

d) Von den verschiedenen Zeichen beginnender Peritonitis bezw. Thrombophlebitis sind die ernstesten der hohe kleine Puls, der Singultus, event. das Erbrechen und die Schüttelfröste. In zweiter Linie kommen dann der spontane Leibschmerz oder der Schmerz bei Betastung sowie der Meteorismus, und bei der Thrombophlebitis die Schmerzen in der Fossa ovalis und die Oedeme der Füße und Beine.

e) Ist die Diagnose auf beginnende akute Peritonitis gestellt, so darf nicht später als am dritten Tage nach Beginn derselben die Eröffnung der Bauchhöhle zum Ablaß des Eiters ausgeführt werden. Auf jeden Fall ist der Douglassche Raum nach der Scheide hin von der Linea alba aus zu eröffnen, durchzuspülen und zu drainieren. Zweckmäßig ist die Eröffnung und Drainierung der Bauchhöhle auch in den Flanken.

f) Bei der Nachbehandlung ist die allergrößte Sorgfalt darauf zu verwenden, daß von den Oeffnungen der Drainröhren aus keine sekundäre Infektion eintritt.

g) Handelt es sich um Thrombophlebitis purulenta puerperal., ohne Beteiligung des Peritoneum, so ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in erster Linie in Betracht zu ziehen, daß der Leib eröffnet und die betr. thrombosierte, von Eiter erfüllte Vene aufgesucht, unterbunden und entfernt wird (notabene nach Bumm genügt die bloße Ligierung der Vene). Die beste Methode ist hier die transperitoneale. Der richtige Zeitpunkt ist gekommen, wenn Schüttelfröste auf die Verschleppung von Thrombusbröckeln hinweisen und seit ein bis zwei Tagen auftreten.

h) Angesichts der Tatsache, daß nach anfänglich gutartigem Verlaufe einer ein- oder doppelseitigen Thrombose der Vena femoral. bezw. iliak. ext. sich pyämisches Fieber, welches auf eitrigem Zerfall der Thromben und Verschleppung der Eiterbröckel beruht, sogar noch spät anschließen kann, so erscheint die möglichst frühzeitige Aufsuchung und Abbindung der thrombosierten Venae iliak. bez. der Venae spermat int., ja im einzelnen Falle selbst aller vier Venen, je nach der Schwere des Falles, durchaus begründet.

i) Hierbei halte sich der Operateur immer vor Augen, daß die Gefahr, in welcher die Kranke bei Beginn einer Peritonitis oder bei einer Thrombophlebitis purulenta sich befindet, immer eine viel ernstere und drohendere ist als die, welche in dem operativen Eingriff liegt, und daß umgekehrt bei längerem Zuwarten und Zaudern die Laparotomie für den nunmehr sehr geschwächten Körper zu gefährlich, ja ganz aussichtslos ist.

Der Leitstern muß sein: früh genug, aber nicht zu spät!

3. Sch. stellt die Resultate der Budapester Klinik zusammen:

Für das Karzinoma ovarii hat er folgende Zahlen: Von 35 Operierten wurden 29 = 82,86% primär geheilt, 6 = 17,14% starben (Inanition, Ileus, Peritonitis, Nephritis, Herzschwäche sind die Todesursache).

Endgültige Heilung, d. h. Rezidivfreiheit fünf Jahre nach der Operation. Von obigen 29 sind 2 Kranke endgültig geheilt, 19 starben an Rezidiven, 2 leben noch mit Rezidiven, 3 sind verschollen, 2 Kranke starben an interkurrenten Krankheiten, der eine lebte ohne Rezidiv, war aber erst ein Jahr nach der Operation.

Die so ungünstige Prognose der Operation könnte nur durch frühzeitige Operation verbessert werden, da aber die Symptome des Ovarialkarzinoms nicht prägnant sich manifestieren, werden die Pat. wohl auch künftig erst relativ spät, wenn Schmerz oder Größerwerden der Geschwulst eintritt, zur Operation kommen.

Wegen Adenozystoma serosum wurden 60 Fälle operiert. Davon 58 = 96,67% primär geheilt, 2 = 3,33% gestorben.

An Rezidiven starben 7 Kranke, 2 an unbekannter Krankheit, 6 sind verschollen, bei 10 Kranken sind noch keine fünf Jahre verflossen, endgültig heilten 33 Kranke.

Endgültige Heilung = 82,5%.

Bei den 27 Sarkomkranken trat primäre Heilung bei 24 = 88,8% ein. 85% endgültige Heilung.

Was die Technik und Indikationswerte der Operation anlangt, so sind die Meinungen darüber noch geteilt, ob man bei einseitigem Sitz der Tumoren das andere anscheinend gesunde Ovarium mitentfernen soll.

Bei den sicher malignen Tumoren verlangen die radikalen Operateure auch die Entfernung des Uterus; ja manche auch die der regionären Drüsen.

(Es dürfte wohl im allgemeinen ein radikaler Standpunkt sich empfehlen; daß im Einzelfalle, da wo Nachkommenschaft verlangt wird, Ausnahmen gemacht werden, wobei die Patientinnen aber in Beobachtung gehalten werden müssen, ist zweifellos berechtigt. Ref.)

4. Hofbauer, dem wir schon so manche aufklärende Untersuchung über die Biologie und Pathologie der Schwangerschaft verdanken, hat, veranlaßt durch Mitteilungen von Sängerinnen über die Veränderungen der Stimme in der Schwangerschaft, klinische und anatomische Untersuchungen über Veränderungen des Kehlkopfs angestellt.

Anatomisch fand er an der Mukosa und Submukosa Gefäßdilatation, zellige Infiltration der Schleimhaut durch Leukozyten und gequollene (deziduale) Bindegewebszellen, Auftreten von Plasmazellen. Die anatomischen Veränderungen sind analog denen, die wir bei subakuten entzündlichen Prozessen zu sehen bekommen.

Am Epithel zeigten sich 1. Metaplasie der flimmernden Zylinderzellen in geschichtetes Uebergangs- bezw. Pflasterepithel und Proliferation der Epithelstratum in Gestalt eines Zapfens nach der Tiefe, Veränderungen, wie sie für die „Pachydermia“ charakteristisch sind.

Auch laryngoskopisch zeigten sich sehr häufig bei Kranken Veränderungen am Kehlkopf, wie Rötung und Schwellung der falschen Stimmbänder und Aryknorpel, Verstrichensein der Interaryfalte, seröse Durchtränkung und Auflockerung der Stimmbänder, Schwäche der Interni.

Alle diese Veränderungen gehören in die Kategorie der „entzündlichen Schwellung“.

Ihr Vorkommen in der Schwangerschaft erklärt die Hartnäckigkeit des Larynxkatarrhs während der Dauer der Gravidität und hat Bedeutung für die bekannte Tatsache, daß die Larynxtuberkulose in der Gravidität eine so verhängnisvolle Ausbreitung erfährt.

Der durch entzündliche Vorgänge veränderte Kehlkopf ist in seiner Widerstandsfähigkeit gegen Infektion herabgesetzt, der Verlust des Flimmerepithels bedeutet den Verlust eines der wichtigsten Schutzmittel gegen bazilläre Infektion, während das in lymphadenoides Gewebe verwandelte Bindegewebe besondere Disposition zur tuberkulösen Erkrankung hat.

5. Koblank kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Die Schwellkörper der Nasenschleimhaut stehen in besonderem Zusammenhange mit denen der Genitalorgane. In der Geburtshilfe kann man von der Nasenschleimhaut aus die Wehenschmerzen vorübergehend lindern und Uteruskontraktionen verstärken. Von der Nasenschleimhaut aus können einzelne Folgeerscheinungen krankhaften sexuellen Lebens beseitigt und gewisse anormale Geschlechtserregungen abgeschwächt werden. Von einer bestimmten Stelle der Nasenschleimhaut aus läßt sich der Rhythmus des Herzens beeinflussen.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Gedanken zur Serumtherapie.** Von Dr. E. Fischer. Aerztl. Rundschau, 1906, Nr. 31 u. 32.

2. **Die Vasomotorenlähmung als Grundlage der Hydrotherapie der Infektionskrankheiten.** Von Dr. H. J. Wolf-New York. New Yorker med. Monatsschr., 1908, Nr. 5.

3. **Ueber die Wirkung der Seeluft auf die Erkrankungen der Luftwege.** Von Dr. Ide-Amrum. Zeitschr. f. diät. u. phys. Therap., 1908, Juli.

4. **Verhütung und Behandlung der Bleichsucht.** Von Dr. K. B. Martin-Freiburg. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 28.

5. **Soll man Eklamptische schonend oder forciert entbinden?** Aus den „Vermischten Abhandlungen“ von Dr. M. Bohm-Friedrichroda. 1908, Selbstverlag. 169 S.

6. **Ueber Diät bei engem Becken** („Prochownicksche Diät“). Von Dr. M. Böhm-Friedrichroda. Arch. f. phys.-diät. Therapie, 1908, Nr. 6.

1. Fischers Arbeit enthält so viel Anregendes, daß wir es uns nicht versagen können, noch jetzt einige seiner Gedankengänge, die von besonderem Interesse erscheinen, kurz anzuführen.

Hinsichtlich der Antitoxinbehandlung betont F., daß man dahin streben müsse, die Antitoxine aus dem Serum so viel wie möglich rein darzustellen, „da im Heilserum ziemlich sicher neben den unschädlichen Antikörpern Substanzen vorhanden sein dürften, die schädliche Wirkungen auszuüben wohl imstande sind. Denn das Heilserum stammt nicht von völlig normalen Tieren, weil dieselben zahlreichen fieberhaften Vergiftungen und Blutentziehungen unterworfen sind. — Wenn nun schon gesundes Blut von Individuen verschiedener Tiergattungen miteinander vermischt zu chemischen Umsetzungen führt, um wie viel mehr muß dann krankes Blut von Tieren auf dasjenige von Menschen einwirken können und zumal bei Kindern, in deren Blut sich wegen des Wachstums die chemischen Prozesse in viel größerem Umfange und mit viel größerer Lebhaftigkeit als bei Erwachsenen abspielen! Diese Ueberlegung mahnt zur besonderen Vorsicht hinsichtlich der Präventivimpfungen“.

Des weiteren bespricht Fischer die häufig gemachte Beobachtung, „daß nicht schwächliche Personen am stärksten an Typhus oder Pneumonie erkranken, sondern vollkräftige, im besten Lebensalter stehende Männer, daß nicht blasse, magere und elende Kinder am häufigsten an Diphtherie sterben, sondern gerade die blühendsten und gesundesten“. Das sucht er sich folgendermaßen zu erklären: „Während es, damit überhaupt die Krankheit entstehen kann, bei gesunden und kräftigen Individuen der Einwirkung stärkerer Gifte als bei schwächlichen und zarten bedarf, um den Widerstand der im stabileren Zustande sich befindenden Zellen zu brechen, gestaltet sich nach Ueberwindung dieses Widerstandes der Krankheitsverlauf infolge der größeren chemischen Affinität der Zell- und Giftradikale zu einander in der Regel weit schwerer als bei weniger gesunden und weniger kräftigen Personen.“

Hier möchten wir doch den Einwand nicht unterdrücken, daß die von Fischer hervorgehobene „Vollsaftigkeit“ und „Kräftigkeit“ durchaus nicht gleichbedeutend mit guter Konstitution zu sein braucht, vielmehr oft nur das Zeichen von Hydrämie, Dysämie, überflüssiger Fettbildung („Notregulation“) etc. darstellt. Bekanntlich sind die hageren Individuen bei weitem widerstandskräftiger als jene „vollsaftigen.“ Wir möchten hier wiederholt an Lahmanns Lehre von der Bedeutung des spezifischen Gewichts erinnern, die u. a. auch die Mastkuren und den Elternstolz auf die 10 Pfund-Neugeborenen in ihrer ganzen Torheit zeigt; vergl. auch Vollands Ausführungen über die vielfach leider noch immer beliebte kritiklose Ueber-Ernährung der Phthisiker etc. in Nr. 27 der Therap. Rundschau.

Am meisten Widerspruch dürfte aber wohl Fischers Zukunftstraum betr. Auffindung spezifischer Heilmittel erfahren.

Bei Besprechung der spezifischen antibakteriellen Heilmittel weist er darauf hin, daß ein solches direkt antibakterielles Giftradikal auch z. B. das Chinin gegen die Malariaplasmodien enthalten dürfte. „Ein plausibler Grund für die Tatsache, daß diese organische Base die Plasmodien direkt in ihrer Vitalität hemmt und sie zum Absterben bringt, wäre in folgendem zu finden:

„Die Chinabäume gedeihen bekanntlich in den Tropen am besten auf solchem Boden, auf welchem auch die Malariaplasmodien sich zu entwickeln pflegen. Wie diese, so werden auch jene aus denselben Stoffen zu einem Teile ihren Körper aufbauen. Es kann demnach gar nichts Wunderbares darin gesehen werden, daß in bestimmten Gewebsbestandteilen des Chinabaumes sich ein chemischer Körper vorfindet, welcher zu einem bestimmten Zellbestandteile der Malariaplasmodien eine große chemische Affinität bekundet, ja es ist sogar im höchsten Grade wahrscheinlich, daß der Chinabaum als Pflanze durch die Lebensbetätigung seiner Zellen aus gewissen Nährstoffen nur die Bestandteile des einen Radikales und die dem Tierreiche zugehörenden Malariakeime nur die des anderen mit entgegengesetzten Affinitäten begabten Radikales ihrem Körper einverleiben. Wir würden darin einen ähnlichen Antagonismus zu sehen haben, wie er sich bei den Pflanzen in der überwiegenden Aufnahme der Kohlensäure und Abscheidung des Sauerstoffs und beim Tiere in der Aufnahme des Sauerstoffs und der Abgabe der Kohlensäure sowie hinsichtlich vieler anderen Funktionen zu erkennen gibt. Ein analoges Verhältnis finden wir auch zwischen denselben Plasmodien und dem Eukalyptol des ebenfalls in Sumpfgegenden gedeihenden Eukalyptusbaumes, sowie zwischen der Salizylsäure in dem Salizin der Weiden und noch unbekannten anderen Mikrobenkeimen, welche wahrscheinlich die Polyarthritis, Myositis, Pleuritis, Endo- und Perikarditis rheumatika bedingen. Wäre das Chinin der einzige Stoff, welcher in einer derartigen Relation zu einem bestimmten Krankheitserreger stünde, so wäre man vollständig berechtigt, nur von einem merkwürdigen Zufalle zu sprechen, da aber noch andere Substanzen in einem ganz ähnlichen Verhältnisse zu derselben oder einigen anderen Krankheitsursachen stehen, so ist es an und für sich schon wahrscheinlich, daß zwischen diesen Krankheiten und Heilmitteln tatsächlich eine bestimmte innere Beziehung obwaltet.

Die alte Volksanschauung, daß für jede Krankheit ein Kraut gewachsen sei, ist demnach dahin verallgemeinert, daß für jede chemische Noxe eine chemische Antinoxe gefunden werden könnte; beinahe ebenso selbstverständlich als der physikalische Grundsatz: Wo Kräfte in Aktion treten, stoßen sie auf Gegenkräfte, nur daß wir dieser Auffassung nicht mehr, wie das früher geschehen ist, einen teleologischen Untergrund zu geben brauchen, sondern sie auf eine ganz natürliche, naturwissenschaftliche Basis stellen können. . . .“

Ob diese Auffassung in der Zukunftsforschung weitere Anhaltspunkte gewinnen wird, das erscheint uns doch sehr zweifelhaft. Von anderen Gegengründen abgesehen, ist doch sicherlich die Stärkung der Widerstandskraft des Organismus gegen Schädlichkeiten weit wichtiger und wertvoller als das Suchen nach spezifischen äußeren „Heilmitteln“.

Meißen (Zeitschr. f. Tbk., XII) sagt hierzu: „Die Ansicht, daß es gegen jede Krankheit ein Spezifikum geben müsse, ist ein Rest des naiven Wunderglaubens alter Zeiten, den wir sonst so gern verspotten“, und Erhard (Ketzerische Gedanken, München 1906): „Man sollte nicht von ‚spezifischen‘, sondern höchstens von ‚wirksamen‘ Mitteln sprechen, denn es wäre überaus naiv, zu glauben, daß bei der unendlichen Mannigfaltigkeit und Labilität der organischen Natur zwei Dinge existieren, die gerade nur zueinander passen wie die Liebenden im Roman.“

Den Kern der Sache aber trifft Knorr (Physiol. Diätkuren, Aerztl. Rdsch., 1903, Nr. 42), wenn er das auch von andrer Seite mehrfach Hervorgehobene folgendermaßen zusammenfaßt:

„Man erstrebt heute das medizinische „Perpetuum mobile“, „Spezifikum“ genannt; solange es nicht „spezifische Menschen“ gibt, wird es eben keine spezifischen Krankheiten geben und also auch keine spezifischen Heilmittel. Jeder Mensch ist ein eigenartig zusammengesetzter Nährboden, und zwar ein selbständig lebender, der während der Invasion des spezifischen Erregers je nach seiner Widerstandskraft sich verschieden gegen den Angreifer zur Wehre setzt.

Angenommen, wir hätten nun ein „Spezifikum", sagen wir, ein Antitoxin, würde nun ein durchaus anders angelegter Organismus physiologisch-biochemisch gleichartig für dieses Antitoxin anzusprechen sein? Sicher nicht.

Für die bakteriellen Krankheiten wäre dies a priori allenfalls noch denkbar; wie stehts aber mit den konstitutionellen? Diese sind meist die Folge eines jahrelang fortgesetzten verkehrten Lebenswandels, von Berufsschädigungen, Leidenschaften, erblicher Veranlagung, minderwertiger Beschaffenheit der zur Verfügung stehenden Ernährung, der Luft, des Lichts; sollten diese durch ein noch so streng wissenschaftlich durchdachtes Spezifikum aus der Welt geschaffen werden können, und zwar mit einem Schlage, durch eine subkutane Injektion?

Jeder Arzt kennt nun den Einfluß der Konstitution auf die Empfänglichkeit für bakterielle Infektion und auf den Verlauf derselben.

Daher ist die Serumtherapie, die die so außerordentlich verschieden konstituierten Menschen nach Analogie der unter den gleichmäßigsten Bedingungen lebenden und künstlich einheitlich krank gemachten Meerschweinchen etc. behandelt, einstweilen noch mindestens mit einem großen Fragezeichen zu versehen, das auch durch die „Feststellungen der Statistik" nicht beseitigt werden kann. Denn diejenigen, die sämtliche Fälle einer Krankheit mit demselben Mittel behandeln, werden aus naheliegenden Gründen stets günstige Statistiken erhalten. (Ref.)

2. Wolf sieht mit Romberg und seinen Schülern, ferner mit Wiesel, Baruch etc. die häufigste Todesursache der akuten Infektionskrankheiten in einer toxischen Vasomotorenlähmung, die wahrscheinlich durch eine Schwäche des Vasomotorenzentrums, sicher aber auch durch eine Erkrankung der kontraktilen Teile der peripheren Gefäße bedingt ist.

Die Hydrotherapie, der Kältereiz wirkt nun an beiden Orten, sowohl im Zentrum wie in der Peripherie, durch reflektorische Tonisierung von Blutgefäßen, glatter Muskulatur, „Hautherz", Herz und Nervensystem.

Er ist außerordentlich abstufbar; während im allgemeinen das von Baruch modifizierte Brandsche Bad (18 bis 28°, 15 Minuten Dauer) mit starker Reibung im Bade anzuwenden ist, kann man nötigenfalls statt dessen auch laue bis warme Bäder mit kalten Uebergießungen (bei Typhuspneumonie bezw. „adynamischem" Typhus mit niedriger Temperatur und Sopor), ferner Waschungen, Umschläge, Packungen (bei schwächlichen Kranken) geben.

Der früher hauptsächlich betonte temperaturherabsetzende Effekt der Hydrotherapie ist, wie auch Wolf mit Recht betont, neuerdings als gänzlich nebensächlich, ja widersinnig erkannt worden im Vergleich zu den oben angegebenen biologischen Wirkungen.

3. Ide stellt auf Grund seiner Erfahrungen und Beobachtungen folgendes fest:

a) An der See sind Affektionen der Luftwege überhaupt selten. In 10 Jahren sah er nur einen dort entstandenen Fall von Lungentuberkulose, der zudem von der Mutter ererbt war. Sonstige Erkrankungen der Luftwege, wie z. B. Keuchhusten, treten nur bei lang anhaltendem Landwind ein.

b) Sie finden dort sehr günstige Heilungsbedingungen. Anfängliche Vermehrung des Hustens und des Auswurfs bei den vom Festlande kommenden Kranken ist das Zeichen der „Lösung" des Schleims, die Einleitung der Heilung. Besonders Leute, deren Kehlkopf durch den Beruf sehr in Anspruch genommen wird, wie Lehrer, Geistliche, Sänger, Offiziere, ziehen immer wieder Nutzen von der günstigen Wirkung der Seeluft. Auch nervöses und bronchiales Asthma, nervöse Affektionen der Stimmbänder, Lungenspitzenkatarrh, Residuen von Lungen- und Rippenfellentzündung weichen keinem anderen Mittel so rasch wie dem Seeklima.

c) Dasselbe gilt von der Disposition zu Erkrankungen der Luftwege, jedoch ist zur nachhaltigen Besserung derselben eine längere, 9 bis 12monatige Kurdauer nötig.

Der Grund für diese günstigen Wirkungen liegt zunächst in dem Fehlen von Reizung durch Staub und Bakterien, sodann in dem gleichmäßigen Feuchtigkeitsgehalt, der einerseits das Austrocknen der Schleimhäute verhindert und andererseits die Wärmeverdunstung auf ein Minimum herabsetzt; gleichzeitig wirkt auch der Salzgehalt der Seeluft verflüssigend auf die Sekrete ein.

Außer diesen lokalen Einflüssen ist noch die Erhöhung des Stoffwechsels zu nennen, die ihrerseits den Atmungsorganen wieder eine größere Regenerationsfähigkeit verleiht; ähnliches gilt von der im Seeklima stattfindenden Verlangsamung und Vertiefung der Atmung und der Herztätigkeit, speziell im Hinblick auf Stauungen im kleinen Kreislauf, sowie von der Entlastung der Innenorgane durch die unter dem Einfluß der Sonne und des Windes zustande kommende Hauthyperämie. Gleichzeitig übt das Seeklima einen allgemein beruhigenden Einfluß auf den Organismus aus, der dann wieder auch lokal günstig wirkt.

Bei den letztgenannten indirekten Einflüssen ist aber vor dem Zuviel zu warnen. Zu langer Aufenthalt am Strande, besonders an nicht windgeschützten Stellen, lange Segelpartien etc. können zu Ueberreizung und damit, bei dem Fehlen des gewohnten Gleichgewichts, zu hartnäckigen Katarrhen führen, die oft nur durch dauernde Bettruhe bezw. Rückkehr aufs Festland zu beseitigen sind. Jedoch ist diese Ueberreizung bei geeignetem Verhalten, wobei auch passende Kleidung von großer Wichtigkeit, leicht zu vermeiden.

4. Ohne auf Martins ätiologische Theorien einzugehen, seien seine empfehlenswerten therapeutischen Winke hier kurz wiedergegeben. Zunächst die prophylaktischen Maßnahmen:

Ist von nervösen oder blutarmen Eltern ein Kind ins Dasein gerufen, so ist energisch für Fernhaltung aller derjenigen Schädlichkeiten in der Lebensweise zu sorgen, die jene Krankheiten erzeugen können. Planmäßige Abhärtung, Uebung und Entwicklung der Körperkräfte, erstere aber nicht mit kaltem Wasser, sondern durch Luftbäder etc. zu erreichen. Strengste Abstinenz von den auf Empfindliche so besonders schädlich wirkenden Reizmitteln, Bier, Wein, Kaffee, Tee, desgleichen möglichstes Weglassen von Fleisch und Eiern bis zum 12. Lebensjahre, oder wenigstens sind sie nur einmal täglich zu geben. „Ein Apfel um 10 Uhr ist gesünder und blutbildender als das früher so beliebte Glas Tokayer mit geschabtem Fleisch oder Schinkenbrot."

Man schicke die Kinder, auch wenn sie „sehr weit voraus" sind, nicht zu früh zur Schule, sondern lasse sie sich in der freien Luft tummeln, Schwimmen, Schlittschuhlaufen, Ball- und Turnspiele treiben.

Das Gesagte gilt auch für die Behandlung, mit Ausnahme der Bewegung, die bei ausgebildeten Graden des Leidens teilweise durch Ruhe ersetzt werden muß, Freiluftliegekur, Hängematte, Luftbad, Tiefatmen, statt Handarbeiten kräftigende Hausarbeit.

Von speziellen Mitteln sind neben „Luftveränderung" (möglichst Höhenluft, bei skrofulöser Grundlage See) die „Stahlquellen" zu nennen, deren Wirkung durch die Forschungen auf dem Gebiet der Katalyse etc. verständlicher geworden ist. Die physikalischen Heilfaktoren werden ferner angewandt in Gestalt von kühlen Abreibungen, bei mangelhafter Reaktion mit Alkohol-, Salz- oder Essigzusatz, eventuell kalte Abgießungen der Arme und Beine, denen bei kalten Gliedmaßen ein heißes Hand- oder Fußbad voraufgeht. Diese Maßnahmen wirken zirkulationsbefördernd, ebenso wie die kalten Sitzbäder, die besonders bei Blutüberfüllung des Unterleibs von Nutzen sind.

Energische Blutableitung zur Haut wird auch durch Schwitzprozeduren (Dampf-, Heißluft-, Sonnen-, Licht- und Heißwasserbäder) erzielt, die jedoch bei schwachem Herzen, beginnender Tuberkulose, Nierenleiden zu vermeiden sind.

Als „chirurgische" Maßnahmen empfiehlt Martin sodann den von Dyes (Schubert, Bachmann etc.) ausgebildeten kleinen Aderlaß als kräftiges Anregungsmittel für die blutbildenden Organe und die Zirkulation.

Weiter werden Gymnastik, Atemübungen, Massage (besonders bei Verstopfung) empfohlen, vor allem aber die Wichtigkeit rationeller Ernährung betont: Wenig Fleisch, viel Obst und Gemüse. Milch wird oft besser vertragen, wenn sie durch Saugröhrchen oder Strohhalm oder mit Löffel genommen, also nicht hinunter „geschüttet" wird.

Die tausenderlei Nährpräparate schätzt Martin im Gegensatz zu den natürlichen Nahrungsmitteln mit Recht gering ein, Milch- und Pflanzeneiweiß sind den Fleischeiweißpräparaten im allgemeinen vorzuziehen.

Die Eisenmedikation wirkt nicht nur bei Bleichsucht aus Eisenmangel in der Nahrung gut, sie bildet auch einen spezifischen Reiz für die blutbildenden Organe und wirkt tonisierend auf Herz und Blutgefäße (Schulz); schematisches, monatelanges Darreichen von Eisenpräparaten sollte aber vermieden werden, da das Versagen darauf hinweist, daß der Körper mit dem eingeführten Arzneistoff nichts anzufangen weiß („Störung des Knochenmarkbetriebs“).

Auch mit dem als Ansporn wirkenden Arsenik soll vorsichtig verfahren werden. Speziell die hochmoderne, in manchen Sanatorien geübte Kombination von Mastkur und Arsenikinjektion vergleicht Martin nicht ohne Berechtigung mit ähnlichen Manipulationen der Pferdehändler.

5. Eklampsie entsteht auf toxischem Wege, sobald gewisse mütterliche oder kindliche Stoffwechselprodukte infolge einer Insuffizienz der Entgiftungsorgane des mütterlichen Organismus nicht mehr hinreichend ausgeschieden werden und sich im Blute massenhaft anhäufen.

Welche toxischen Substanzen das sind (Schilddrüsen-, Synzytiolysin- und -toxintheorie etc.), ist noch unbekannt.

Da wir auf die Entdeckung eines problematischen Synzytioantitoxins nicht warten können und die früher empfohlene Narkotisierung nur ein Symptom unterdrückte, also nichts nützte, sondern höchstens schadete, so müssen wir als rationelle Behandlung die Entgiftung des Organismus zu erreichen suchen.

Den hierzu empfohlenen Aderlaß hält Böhm nicht für angebracht, da man nie wissen könne, wieviel Blut bei der Geburt verloren gehe, und da man einem schwer gestörten Organismus nicht noch die „unnütze Mehrarbeit einer lebhafteren Anregung der blutbildenden Organe“ aufbürden solle.

Vielmehr hält er es für zweckmäßiger, das Blut zu entgiften, ohne es dem Organismus zu entziehen.

Die als beste „kausale“ Therapie von Dührssen, Bumm, Westphal etc. geübte forcierte Entbindung mit tiefen Inzisionen, gewaltsamer Erweiterung, vaginalem Kaiserschnitt wird von Ahlfeld, Pfannenstiel, v. Rosthorn, Kermauner, Krömer etc. bekämpft.

„Nicht die Entbindung als solche rettet die Eklamptische, sondern der damit einhergehende Abgang von toxinhaltigem Fruchtwasser und Blut und die Thrombosierung von Plazentar- und Uteringefäßen (verringerte Resorption von Eklampsiegift). Deshalb ist nicht die forcierte, sondern die schonende Entbindung das beste Verfahren“, besonders da sie die schädliche Narkose vermeidet.

Als zweckmäßigsten Eingriff hierzu bezeichnet Böhm die Sprengung der Fruchtblase, event. bei engem. rigidem Muttermunde mittels heißer Scheidenspülungen (40° C, 8 bis 10 l) oder mittels Glyzerinwattetampons.

Das ist aber nur ein Teil der Eklampsiebehandlung, der zudem nur in jenen Fällen angewendet werden muß, bei denen die Entgiftungsprozeduren allein nicht zum Ziel geführt haben, wo die Heftigkeit und Zahl der Anfälle, das Fieber etc. nicht nachlassen oder Herzschwäche eintritt.

Diese Entgiftungsprozeduren bestehen in langdauernden heißen Bädern, feuchtwarmen Ganzpackungen, heißen Getränken (Zitronensaft, Lindenblütentee), warmen Darm- und Scheideneinläufen.

Die von Engelmann und Bumm befürchtete Eindickung der Körpersäfte durch die Schwitzkur wird nach Böhms Ansicht durch die Wasserimbibition der Gewebe im Bade und durch die innerliche Flüssigkeitszufuhr verhindert.

6. Unter kritischer Besprechung der einschlägigen Arbeiten von Brandt, Brünninghausen, Prochownick, Lahmann, Ziegelroth, Eichholz, Fehling, Hoffmann, Haspel, Reyenge, Reeb, Büttner kommt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

a) Es ist, in freilich nicht vorausbestimmbaren Fällen, möglich, auf diätetischem Wege durch eine die Eiweiß- und Kohlehydratnahrung sowie die Flüssigkeitszufuhr auf das möglichste Mindestmaß beschränkende Schwangerschaftskost zugleich mit dem hierdurch bewirkten Fettabbau im mütterlichen Organismus fettarme, daher leichtere Früchte und so zuweilen eine Erleichterung der Geburt zu erzielen.

b) Diese Fettarmut und Gewichtsverringerung der Frucht ist aber kaum mit einer entsprechenden Verkleinerung des Kindskopfs verknüpft derart, daß räumliche Mißverhältnisse des letzteren gegenüber dem verengten Becken ausgeschaltet und geburtshilfliche Operationen dadurch überflüssig werden.

Soziale Medizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Ein Beitrag zur Frage der Organisation der Desinfektion am Krankenbett.** Von A. Wolf-Eisner-Berlin. Med. Reform, 1908, Nr. 25, S. 302.

2. **Gewerbekrankheiten. Milzbrand. Hauterkrankungen.** Von E. J. N. Ibidem, Nr. 19, S. 231.

1. Kürzlich referierten wir über einen in Nr. 23 der Med. Reform erschienenen Artikel von Dr. Plaut-Frankfurt a. M. („Eine Organisation für die Desinfektion am Krankenbette“), in welchem P. über Maßnahmen berichtet, die zu diesem Zweck in Frankfurt a. M. der dortige Verein für Hygiene getroffen hat. In dem vorliegenden Artikel, in welchem Wolf-Eisner auf dieses Vorgehen zurückkommt, um es gleich uns zur weitesten Nachahmung zu empfehlen, berührt er einen Punkt, auf den bisher unseres Wissens noch von keiner Seite aufmerksam gemacht ist, der aber ebenfalls hiermit weiterer Erwägung und Beachtung empfohlen sei. Er betrifft die Hygiene der ärztlichen Warte- und Sprechzimmer. Verf. sagt: „Von einer Hygiene kann bisher wohl kaum die Rede sein. In der Mehrzahl der Fälle sind die Räume mit Polstermöbeln, dicken Teppichen, Portieren, Uebergardinen und sonstigen Staubfängern ausgerüstet, und zwar hat in neuerer Zeit mit dem zunehmenden Luxus der Uebelstand eher zu- als abgenommen. Der einzelne ist gegenüber dieser Tendenz mehr oder weniger machtlos, und es wäre zu wünschen, daß auch hier eine Diskussion einsetzte, die zu einer hygienischen Verbesserung der ärztlichen Warte- und Sprechzimmer führt. Eine Aufklärung des Publikums dürfte auch hier am ehesten zu einem Erfolge führen. Gar mancher Arzt würde die Räume gern hygienisch einwandfrei einrichten, wenn die Patienten nicht Eleganz fordern würden.“ Wir fügen hinzu, daß sich hierdurch nicht zuletzt auch pekuniär Ersparnisse erzielen ließen.

2. Einen weiteren Beitrag zu der so wichtigsten Kenntnis der Gewerbekrankheiten, zu der wir in Nr. 19 der Therap. Rundschau ein längeres Referat brachten („Gewerbliche Bleivergiftungen mit seltener Entstehungsursache“ von Teleky), liefert gegenwärtig E. J. N. In einer Glacelederfabrik in Schwarzburg-Rudolstadt, in der aus Asien herrührende Schaffelle verarbeitet wurden, starb ein Gerber an Milzbrand. Er hatte sich mit den jedenfalls schmutzigen Fingernägeln am Halse gekratzt und so infiziert. Ein zweiter Arbeiter konnte durch eine Operation gerettet werden, ein dritter erkrankte ebenfalls. Eine Entgiftung der Felle soll nicht möglich sein, weil sie durch Behandlung mit Dampf oder anderen Mitteln unbrauchbar werden. Belehrung der Arbeiter und schleunigste ärztliche Hilfe dürfte daher das einzige Mittel sein, der Gefahr vorzubeugen. Eine Milzbranderkrankung, die ebenfalls zum Tode führte, ereignete sich auch in einer Weißledergerberei im Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach, in der rumänische Schaffelle verarbeitet werden. — Eine Gewerbekrankheit ist die „Walkerkrankheit“ in den Tuchfabriken. Sie besteht hauptsächlich in Ekzemen an den Händen. Das beständige Hantieren in warmem Wasser macht die Haut weich, wodurch leicht Schrunden entstehen. Die Arbeiter glauben, ihre Hände seien durch die ständige Berührung mit Seifenwasser bereits rein und unterlassen es daher, sie nachträglich abzuspülen. Benutzung von Wasser mit Boraxzusatz zur Härtung der Haut und nachträgliches Einfetten scheint gute Dienste zu leisten.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber einige neue Tonerdepräparate.** Von Dr. Aufrecht. Med. Klinik, 1908, Nr. 23.

2. **Bromural in seiner Eigenschaft als schweißhemmendes Mittel.** Von Dr. Runck. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 24.

3. **Die Vermeidung des Bromismus bei Verwendung von Bromglidine.** Von Dr. Peters. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, Heft 13.

4. **Ueber Somatose, ihre Arzneiverbindungen und Anwendungsformen.** Von Dr. Spitzer. Sep.-Abdr. aus Allg. Wiener med. Zeitg., 1908, Nr. 19 u. 20.

5. **Ueber Jodofan bei der Behandlung ulzeröser und erosiver Prozesse an den äußeren männlichen Genitalien.** Von Dr. Assmy. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 17.

1. Aufrecht hat die Ersatzpräparate des Aluminiumazetat, nämlich Eston, Eston mit Zusatz von 10 % Sulfat, Subeston, Formeston und Lenizet auf ihre bakteriologischen Wirkungen gegenüber Staphylokokkus pyog. aur., Streptokokkus pyog., Bazill. typhi, Bakter. koli kom. und Diphtheriebazillen untersucht. Zum Vergleich wurde ein Liq. alum. azet. herangezogen, den A. nach Vorschrift des deutschen Arzneibuches selbst anfertigte. Aus den beigefügten Tabellen ergibt sich, daß das Formeston den übrigen Tonerdepräparaten an bakterizider Wirkung überlegen ist. Es vernichtet in 1 %iger Lösung Typhusbazillen und Kolibakterien nach 10 Minuten, Diphtheriebazillen nach 15 Minuten langer Einwirkung. Streptokokken und Staphylokokken werden in 5 %iger Lösung nach 5 Minuten langer Dauer sicher abgetötet. Bezüglich seiner bakteriziden Wirkung kommt dem Formeston am nächsten das Subeston, während Eston und Lenizet einander ziemlich gleichwertig, dem gewöhnlichen Liq. alum. azet. aber an antiseptischer Wirkung immer noch überlegen sind. Für den praktischen Arzt ist wichtig, zu wissen, daß Lenizet in Wasser relativ leicht, die anderen Ersatzpräparate der Tonerde jedoch schwer löslich sind.

2. Schon gelegentlich seiner Veröffentlichung über die beruhigende Wirkung des Bromural hat Runck auf die schweißhemmende Wirkung dieses Mittels hingewiesen. Jetzt macht er neuerdings auf diese Erscheinung aufmerksam. Wenn der universellen Hyperhidrosis ein Allgemeinleiden wie Tuberkulose, Neurasthenie, Anämie, Diabetes zugrunde liegt, muß kausale Behandlung eintreten. Wo diese uns im Stiche läßt, sowie bei allen anderen Fällen mit krankhaft gesteigerter Schweißabsonderung, werden von altersher Atropin, Akonitin, Agarizin, Strychnin angewendet. Ihre Giftigkeit und häufige Unzuverlässigkeit lassen das Suchen nach einem neuen, zuverlässigen und ungefährlichen Mittel gerechtfertigt erscheinen. Ein solches dürfte nach den Untersuchungen und Beobachtungen R.s in dem Bromural gefunden sein. Danach findet man nach kürzerer oder längerer Darreichung des genannten Präparates entschieden eine schweißherabsetzende bezw. sekretionshemmende Wirkung. Denn auch die Bronchen zeigen verminderte Sekretion. Die geeignetste Dosierung ist 0,6 g Bromural, das allabendlich oder in Zeiträumen von drei bis fünf Stunden in hartnäckigen Fällen zu wiederholen ist.

3. Jeder Arzt kennt die unangenehmen Nebenerscheinungen längerer Bromdarreichung; das Wort Bromismus sagt genug. Es ist auch fast unmöglich, sein Auftreten zu verhindern. Manche Menschen können zwar große Dosen Brom nehmen, ohne die geringsten Beschwerden zu verspüren, während bei anderen solche schon nach weit geringeren Dosen auftreten. Und dann beobachten wir wieder, daß manche Menschen zeitweilig ohne jede Nebenwirkung Brom nehmen können, zu anderer Zeit aber große Empfindlichkeit gegen Brompräparate zeigen. Allen diesen Unannehmlichkeiten soll Bromglidine von Dr. Klopfer entgegentreten, das nach den Angaben von Peters bei seinen Fällen nie Bromismus hervorrief. Das Präparat ist bekanntlich eine Verbindung des Klopferschen Pflanzeneiweißes Glidine mit Brom und stellt ein hellbraunes, geruchloses und fast geschmackloses Pulver dar, das in Wasser schwer löslich ist. Es wird in Tabletten zu 0,5 g, von denen jede 0,05 g Brom enthält, in den Handel gebracht. Die Abspaltung des Broms im Organismus geht außerordentlich langsam vor sich. P. beobachtete bei mehreren Personen, denen er versuchsweise 2 g Bromglidine gab, in den ersten 4 Stunden nach dem Einnehmen gar kein Brom im Urin, dann Spuren, nach 24 Stunden reichlich, am zweiten Tage noch Spuren von Brom — ein Beweis für die langsame Abspaltung des Broms im Organismus und die allmähliche, aber vollkommene Ausscheidung des Broms aus ihm. Infolge der verlangsamten Resorption werden Reizungen und Belästigungen des Darms vermieden; dann aber genügen wegen der größeren Ausnutzung des Mittels geringere Mengen des Brom, um gleiche Wirkungen der Beruhigung zu erzielen, wie bei den Bromalkalien. Im übrigen ist die Indikation des Bromglidine die gleiche wie bei Anwendung des Broms überhaupt. Der Umstand aber, daß neben den verhältnismäßig kleinen Brommengen dem Organismus ständig ein vorzügliches Kräftigungsmittel — durch das Pflanzeneiweiß — zugeführt wird, sichert dem Bromglidine einen Platz in der ersten Reihe unserer besten Medikamente.

4. Die Somatose — ein aus Fleisch hergestelltes Albumosenpräparat — stellt jenes bekannte Pulver von fast vollkommener Geschmack- und Geruchlosigkeit dar, dessen Wert noch dadurch erhöht wird, daß man es, ohne daß die Kranken etwas davon merken, den Speisen beimischen kann. Infolge des hohen Eiweißgehalts des Mittels werden dem Kranken größere Mengen von Nährwerten unbemerkt einverleibt. Gleichzeitig ist aber die Somatose auch ein Roborans und Stomachikum, das die Magensaftsekretion erhöht und appetitanregend wirkt. Der menschliche Körper hat bei der Verdauung eine gewisse Arbeit zu leisten, die ihm naturgemäß dadurch erleichtert wird, daß man dem Magen einzelne, auf künstlichem Wege erzeugte Zwischenstufen der Verdauung zuführt. Nach den Untersuchungen von Prof. Zuntz ist die Somatose ein solches Präparat, das bei seiner Resorption dem Verdauungsapparat weniger Arbeit macht als das Fleisch. Auf Grund aller dieser Vorzüge hat Spitzer das Präparat vielfach angewendet und möchte die Aufmerksamkeit der Aerzte besonders auf die flüssige Somatose lenken, und zwar auf zwei Formen derselben, eine „herbe“ mit Kräuteraroma, der Maggischen Suppenwürze nicht unähnlich, und eine „süße“ mit Zusatz von Himbeersaft. Ferner besteht eine Kombination der flüssigen Somatose mit Eisen, die flüssige Eisensomatose, und jene mit Kalzium sulfoguajakolikum, die sogenannte Guajakose. Aus den Berichten über seine Erfahrungen an ca. 100 Fällen geht hervor, daß Sp. das Präparat schon bei Säuglingen, die 1/2 Jahr alt waren, mit Erfolg angewendet hat. Solchen von schwächlicher Konstitution und schlechter Verdauung gab er Somatose messerspitzenweise zur Milchnahrung. Es ist aber insofern große Vorsicht notwendig, als bei Kindern mit empfindlichen Verdauungsorganen leicht Magendarmreizungen eintreten können. Dann ist Somatose kontraindiziert. Die Verabreichung des Präparates an Schulkinder bei Blutarmut ist etwas Alltägliches; ebenso an chlorotische Mädchen und rhachitische Kinder, an Neurastheniker und Rekonvaleszenten. Es genügt, die Aerzte auf die flüssige Form des Präparats hingewiesen zu haben.

5. An mehr als 50 Fällen von ulzerösen und erosiven Prozessen an den äußeren männlichen Genitalien hat Assmy Jodofan, das Ersatzpräparat von Jodoform (Fabr. Dr. Horowitz, Berlin N.), erprobt. Er wandte es genau nach Vorschrift an: Oertliche Reinigung der Wunde mittels feuchten Tupfers, Aufstreuen des Jodofans daselbst in dünnster Schicht, der Umgebung in dicker Schicht. Trotz mehrmaliger Mißerfolge bei Ulkus molle, wo Jodoform dann sofort zum Ziele führte, steht A. nicht an, das Jodofan zu empfehlen, da er nie Hautreizungen oder Intoxikationserscheinungen beobachtete. Auch schlaffe Wundgranulationen wurden durch Jodofan belebt.

Technische Neuerscheinungen.

Ein nach jeder Richtung fahrbares Gestell zur Erlernung und Uebung von Fuß- und Beinbewegungen.

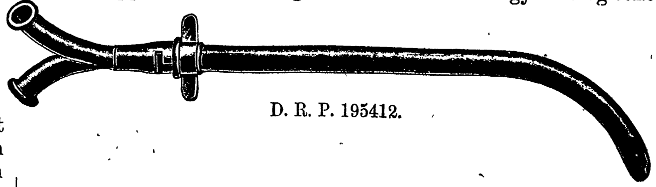
Von Friedrich Deinzer in Nürnberg ist ein Apparat konstruiert worden, welcher für alle jene Kranken von großem Werte ist, die nach einem langen Krankenlager oder nach Operationen oder Frakturen etc. an den unteren Extremitäten wieder anfangen wollen, das Gehen zu lernen. Hierbei ist von Wert, daß der Apparat nach jeder Richtung hin leicht beweglich ist, also den Kranken nicht nur in einer oder zwei Richtungen zu gehen gestattet. Die betreffende Person ist durch Ringe, welche in den Achseln zu liegen kommen, in einem eisernen Stativ vor dem Fallen gesichert, da die Ringe über dem Kopfe an dem Stativ befestigt sind mittels Riemen, die leicht zu verlängern oder zu verkürzen sind. Das Stativ ist aus vier Stahlrohren gefertigt, von welchen jedes auf einer beweglichen Rolle läuft. Der ganze Apparat ist leicht zusammenlegbar und leicht zu transportieren, da er kein großes Gewicht besitzt. Es ist von besonderem Wert, daß man den Apparat leicht zusammenlegen und ebenso leicht und rasch wieder aufschlagen kann, man kann ihn so leicht je nach Bedarf an andere Orte transportieren. Er gestattet dem Kranken, sowohl im Zimmer wie im Garten, natürlich auf ebener Erde, Gehversuche anzustellen und gibt dem Patienten vollkommene Sicherheit vor dem Fallen. So stellt dieser Apparat ein überaus einfaches und praktisches Gerät dar, welches jedem Krankenhaus und Spital warm empfohlen werden kann und eine sehr gute und wertvolle Bereicherung unseres orthopädischen Instrumentariums darstellt. Ein weiterer Vorzug dieses Apparates liegt noch darin, daß man ihn sehr leicht zum Unterricht des Schlittschuhlaufens für Anfänger verwenden kann. Man braucht da nur eine kleine Abänderung anzubringen, welche ohne große Mühe angemacht werden kann und darin besteht, daß an Stelle der Rollen an den vier Füßen schlittschuhähnliche Kufen angebracht werden, die natürlich in einem Gelenk nach allen Richtungen hin beweglich sind und ein leichtes Dahingleiten des ganzen Apparates auf dem Eise ermöglichen. Natürlich ist dies nur ein Nebenzweck, hauptsächlich wird der Apparat für orthopädische Zwecke Verwendung finden müssen und hilft da einem Bedürfnis ab.

W. B. Müller, Berlin.

Uterusspülkatheter

nach Dr. Jaeggy.

Das vorliegende Instrument besteht aus einem doppelläufigen Katheter, gegen welchen es noch durch einige Verbesserungen ausgezeichnet ist. Es besteht aus zwei Teilen, dem Spülrohr und der Gabel, welche mit dem Spülrohr durch einen Bajonettverschluß in Verbindung steht und um 180° in der Längsachse drehbar ist. Das Lumen des Spülrohres ist in seiner Länge durch eine Scheidewand in eine rechte und linke Hälfte geteilt. Durch die Gabel kann man je nach Wunsch die rechte oder linke Hälfte des Spülrohres als Einfluß- oder Ausflußrohr gebrauchen, indem man die an der Gabel angebrachte Drehvorrichtung in Bewegung setzt. Durch diese Mechanik bewirkt man, daß Blutkoagula oder Gewebsstücke, welche die Abflußöffnung oder das Abflußrohr verlegen, infolge des Drehens der Gabel und der dadurch entstehenden Aenderung der Richtung des Flüssigkeitsstromes weggespült werden und somit kein Hindernis mehr abgeben können. Man kann bei diesem Katheter also stets auf sehr einfache Weise das Verstopftwerden verhüten. Durch das abwechselnde Ausfließen der Spülflüssigkeit aus den beiden seitlichen Katheteröffnungen wird bewirkt, daß die Innenfläche des Uterus viel ausgiebiger bespült wird. Am unteren Ende des Apparates befinden sich zwei seitliche Flügel, welche zum Festhalten des Katheters während des Drehens der Gabel dienen sollen. Der sehr praktische Apparat, der für geburtshilfliche und gynäkologische Praxis sehr wertvoll ist, wird von der Firma Bauer & Heinbarth in Hamburg fabriziert und in den Handel gebracht. Aus beistehender Abbildung ersieht man die Konstruktion.



D. R. P. 195412.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Erdsalzarmut und Entartung. Von C. Röse. Berlin. Julius Springer. 156 Seiten.

Dr. med. Röse, Kgl. sächs. Hofrat und Zahnarzt, hat in der Deutschen Monatsschrift für Zahnheilkunde seine seit Jahrzehnten mit ungemeinem Fleiß zusammengetragenen Untersuchungen über den Erdsalzgehalt von Trink- und Kochwässern sowie unserer Nahrungsmittel und dessen Wirkung auf die Körperbeschaffenheit in einem 156 Seiten langen Aufsatz niedergelegt. Ein ausführliches Referat über dieses für die Konstitutionsforschung grundlegende Werk darf ich mir wohl vorbehalten. Was R. als Entartung bezeichnet, hat Ref. ja seit 15 Jahren als Konstitutionsverschlechterung und Konstitutionsverfall zu beschreiben und größtenteils auf verkehrte Ernährung zurückzuführen versucht. R. weist nun nach, daß in erster Linie das Wasser, und zwar sowohl direkt als Trinkwasser wie indirekt beim Kochen durch Auslaugung der Vegetabilien (genau wie es Dr. Lahmann gelehrt hat!) die Beschaffenheit des Körpers verschlechtert.

Um vorläufig wenigstens einen Begriff von dem reichhaltigen Inhalt der Schrift zu geben, führe ich hier die einzelnen Kapitel an: 1. Einleitung. 2. Erdsalzarmut und Zahnverderbnis. 3. Erdsalzarmut und Speichelbeschaffenheit. 4. Erdsalzarmut und Militärtauglichkeit (an einem ungeheuren Rekrutenmaterial in überzeugendster Weise dargetan). 5. Die Beziehungen zwischen der Erdsalzarmut des Bodens, des Trinkwassers und der Nahrungsmittel. 6. Erdsalzarmut und Stillungsfähigkeit der Frauen. 7. Erdsalzarmut und Rhachitis. 8. Ueber die Aufnahme der Erdsalze in den menschlichen Körper. 9. Die Bekämpfung der Erdsalzarmut.

Der Text des Buches schließt 67 Seiten Tabellen und statistische Karten ein, woraus allein schon die Reichhaltigkeit des Materials hervorgeht. Ueber die schließlichen Ergebnisse wollen wir noch nichts verraten, nur dürfen wir wohl unserer Genugtuung darüber Ausdruck geben, daß das Werk geradezu ein Triumph des biologischen Konstitutionsgedankens im Sinne der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte darstellt und auf die moderne Volksgesundheitslehre einen entscheidenden Einfluß auszuüben berufen ist. Daß auch alle praktizierenden Aerzte, insbesondere die Balneologen und Sanatorienbesitzer, dem Werke das größte Interesse schulden, liegt auf der Hand. Röse geht sogar so weit, zu behaupten (S. 156): „Sobald die Kenntnis von den Gefahren der Erdsalzarmut genügend verbreitet sein wird, kann es nicht ausbleiben, daß u. a. zahlreiche Kalk- und Erdsalz-Sanatorien errichtet werden. Und diese Sanatorien werden die geeignetsten Pflanzstätten werden für die von mir angestrebte Küchenreform.“

Bachmann.

Bismarckbund. Monatsschrift. Herausgegeben vom Deutschen Bismarckbund. Wolfenbüttel. Heckners Verlag.

Das uns vorliegende Juniheft des gegenwärtigen sechsten Jahrganges der bekannten Monatsschrift der zum Deutschen Bismarckbunde zusammengeschlossenen Verehrer Bismarcks enthält u. a. die Einladung zur Einsendung singbarer Bismarcklieder mit Angabe des Verfassers und der Singweise für das Bismarckliederbuch an Herrn Friedrich Schäfer, Wolfenbüttel, Campestraße 3. Der Termin (20. Juni) ist allerdings schon verstrichen, wir nehmen jedoch an, daß auch nachträgliche Sendungen, wenn vielleicht auch nicht für jetzt, so doch für später willkommen sein werden, ist doch die Zahl der Bismarckverehrer gerade unter uns Aerzten, die hiermit zum Beitritt zu dem Bunde eingeladen seien (Beitrag 5 M.), nicht klein. Der übrige Inhalt des Stoffes ist erstens ein Artikel von H. v. Poschinger „Fürst Bismarck und seine Hamburger Freunde“, unter welchen letzteren diesmal besonders des Hamburger Architekten Hugo Stammann, der Bismarcks Eßzimmer in Aumühle einrichtete, gedacht wird, ferner der Schluß von Otto v. Bismarck und Napoleon III., von Adolph Kohnt, ein zweiter Artikel von v. Poschinger, enthaltend einige von Horst Kohl in seinen Bismarckregesten übersehene Daten, betr. die Stellvertretung B.s als Reichskanzler, und andere kürzere Notizen.

Peltzer-Steglitz.

ALLGEMEINES.

— Der Verein abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes ersucht um Aufnahme folgender Zeilen:

Aufruf an die Aerzteschaft aller Völker.

Der auf dem XI. Internationalen Kongresse gegen den Alkoholismus zu Stockholm im Jahre 1907 gegründete Internationale Verband abstinenter Aerzte richtet an die Aerzte aller Zungen die Aufforderung, sich zu gemeinsamer Tätigkeit zu vereinigen, um die Völker vom Alkoholismus zu befreien. Er begründet diesen Appell durch nachfolgende Leitsätze:

1. Eine außerordentlich große Zahl der Uebel, die wir beklagen, ist und wird herbeigeführt durch die Wirkungen des Alkohols, in welchem Getränke er auch genossen werden mag.
2. Der ärztliche Stand hat die besondere Pflicht, die Völker darüber aufzuklären.
3. Dauert die Herrschaft des Alkoholgenusses an, so werden auch die Folgen, wie sie uns die bisherige Geschichte des Menschengeschlechtes lehrt, stets dieselben sein: Demoralisation, Entartung von Individuen und Völkern.
4. Alle geistigen Getränke sind für jede Art von Lebewesen überflüssig, ein Bedürfnis nach ihnen besteht nur da, wo es künstlich wachgerufen worden ist.
5. Alle normalen Organismen vollführen ihre Funktionen besser ohne Alkohol, besonders gefährlich ist er aber für die jungen und wachsenden Gewebe.
6. Für die Bewahrung der künftigen Geschlechter ist es nötig, sich der geistigen Getränke zu enthalten, da nur durch weitverbreitete Abstinenz der Alkoholismus mit seinen Folgen auf das möglichst geringe Maß beschränkt werden kann.

Aus diesen Gründen fordern wir im Internationalen Verbande abstinenter Aerzte vereinigten Aerzte unsere Berufsgenossen aller Länder auf, sich mit uns zur Bekämpfung des Alkoholismus zu verbünden und folgenden Aufruf mit zu unterzeichnen:

Aufruf von Aerzten aller Länder

an alle Herrscher, Regierungen, Volksvertretungen, an alle Erzieher, Lehrer und Geistlichen, an alle, denen die Wohlfahrt unseres Geschlechts und der künftigen Geschlechter am Herzen liegt!

Wir, die wir dem ärztlichen Stande angehören und durch unsere Studien besonders befähigt sind, das Wesen und die Wirkungen der geistigen Getränke zu erkennen und zu beurteilen, erklären es für unsere feste Ueberzeugung, daß diese Getränke durchaus unnötig und überaus schädlich sind, sowie daß die Uebel, die aus dem Genusse der geistigen Getränke erwachsen sind und immer noch entstehen, ausgerottet und verhindert werden können und müssen. Vor allem soll die Jugend auf jede mögliche Weise unterrichtet und durch das Beispiel erzogen, sowie auch durch Gesetze beschützt werden, damit sie sich des Genusses der geistigen Getränke enthalten lernt.

Wir erklären, daß nach unserer Ueberzeugung dieser Weg beschritten werden muß, um eine nüchterne Welt zu schaffen und Glück, Wohlfahrt und Fortschritt der Völker zu fördern und zu sichern.

Dr. Holitscher m. p., Pirkenhammer.
Dr. Santesson m. p., Stockholm.
Dr. Ridge m. p., Enfield.
Dr. Laitinen m. p., Helsingfors.
Dr. Olrik m. p., Frederiksvaerk.
Dr. Stein m. p., Budapest.
Dr. Vogt m. p., Christiania.

Alle jene Kollegen des deutschen Sprachgebietes, die, ohne einer Abstinenzorganisation anzugehören, diesem Aufrufe zustimmen und gewillt sind, dies dadurch zu bekunden, daß sie ihn unterfertigen, werden gebeten, die Einwilligung dazu, daß ihr Name daruntergesetzt werde, vermittels einer Postkarte dem Schriftführer des Verbandes Dr. Holitscher in Pirkenhammer bei Karlsbad zu erteilen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Pollantin D.R.-P No. 152163
Prof. Dr. Dunbar's spezifisches Heilserum gegen Heufieber
Tannothymal D.R.-P 188318
Zuverlässiges Darmadstringens (Thymol-Derivat)
dargestellt von
Schimmel & Co Miltitz bei Leipzig
Zu beziehen durch die Apotheken. = Literatur zu Diensten.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski) Nähmaterial
Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Rhachisan

Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.

Bestandteile:

Ol. Jecoris Aselli . . . . 30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . 1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) 15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)
Corrigentia und Wasser . . . . ad 100

Proben und Literatur gratis!

Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Schriften des Kgl. Sanitätsrats Dr. M. Bresgen in Wiesbaden.

Die frischen Entzündungen der Rachenhöhle und des lymphatischen Rachenringes (mit Ausschluss der Diphtherie), ihre Ursachen und ihre Behandlung.
Preis Mark 1,40.

Entstehung und Behandlung der Furunkel des äusseren Gehörganges.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Nasen- etc. Krankh. Bd. IV, H. 4.
Preis Mark 1,50.

Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege.
Preis Mark 1,40.

Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Atmung und das Herz.
Preis Mark 1,—.

Lebensversicherung und Krankheiten der Nasen- und Rachenhöhle.
Preis Mark 0,50.

Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchungen und Behandlung solcher Kranken.
Preis Mark 1,60.

Der Vorhof der Nase als Krankheitsort.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nasen- etc. Krankh. Bd. VI, H 1.
Preis Mark 1,50.

Der Wert des Gurgelns.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d Geb. d. Nasen- etc. Krankh. Bd. IV, H 10.
Preis Mark 1,50.

DR. LAHMANN'S

Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**

vegetabile (Pflanzen) Milch

Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Externe Salicyl-Therapie!

Dr. R. Reiss.

Prompt wirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen

Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis. Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis. Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"

Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose**, Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St. Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung. Tuben à 1,20 M für Erwachsene und 0,80 M. für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen**, Berlin. **C. A. Ewald**, Berlin. **E. Friedberger**, Berlin. **P. Gerber**, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. **Ad. Schmidt**, Halle a. S. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. **M. Koeppen**, Berlin. **M. Mosse**, Berlin. **K. Partsch**, Breslau. **H. Rosin**, Berlin.
H. Senator, Berlin. **R. Sommer**, Gießen. **H. Unverricht**, Magdeburg. **O. Vulpius**, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 9. August 1908. **Nr. 32.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. H. Stern, New-York: Die Bedeutung des Eidotters für die Hebung der Unterernährung . . . 485
2. F. Müller, Heilbronn: Bemerkungen zur Technik der endolaryngealen Entfernung von Polypen . . . 487
3. H. Lungwitz, Berlin: Fabrikarbeit . . . 487

II. Referate:
1. A. Laqueur, Berlin: Physikalische Therapie . . . 488
2. J. Ibrahim, München: Kinderheilkunde . . . 489
3. M. Halle, Berlin: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten . . . 489
4. A. Stoffel, Heidelberg: Orthopädische Chirurgie . . . 490
5. M. Peltzer, Steglitz: Militärsanitätswesen . . . 491

III. Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 493

IV. Technische Neuerscheinungen:
C. Peters, Eisenach: Ein neuer Kranken-Hebe-Apparat . . . 494

V. Bücherbesprechungen:
Lots, Friedrichsroda: Nervöse Zustände (Referent H. Lungwitz, Berlin) . . . 495

ORIGINALIEN.

Die Bedeutung des Eidotters für die Hebung der Unterernährung.

Von Professor Dr. **Heinrich Stern**, New York.

(Schluß.)

Wenn für den kindlichen Marasmus, wie für jede andere Form der Unterernährung, auch nicht die gleiche Ursache in allen Fällen verantwortlich gemacht werden kann, so darf es doch als Tatsache gelten, daß die physikalisch, chemisch oder biologisch nicht dem zarten kindlichen Organismus angepaßte Nahrung am häufigsten jene gastro-intestinalen Störungen hervorruft, welche ihrerseits wieder die gewöhnlichen Vorläufer der Athrepsia infantum sind.

Die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von Unterernährung und Marasmus der Kinder rekrutiert sich aus den künstlich ernährten Flaschenkindern, während bei Brustkindern dieser Zustand verhältnismäßig selten beobachtet wird. Modifikationen der Milch und Milchsurrogate, welche angeblich die physiologischen Nährstoffe ersetzen, sind in den letzten fünfzehn Jahren in großer Anzahl auf den Markt geworfen worden; aber nur wenige von ihnen entsprechen den wissenschaftlichen Anforderungen und den Bedürfnissen des hilflosen Kindes.

Häufig kann der Beginn der Athrepsia infantum durch rationelle Milchmodifikationen oder Milchsurrogate bekämpft werden; aber dieser besondere Zustand der Unterernährung kommt dem Kliniker heutzutage nichtsdestoweniger ebenso häufig vor Augen, wie es bei seinem Vorgänger vor 20 und 30 Jahren der Fall war. Es ist weiterhin zu beachten, daß, wo die kindliche Atrophie sich einmal etabliert hat, keine der Milchmodifikationen oder der bis jetzt ersonnenen künstlichen Ersatzmittel, ja nicht einmal gute Brustmilch die spezielle Eigenschaft zu besitzen scheint, um der Abzehrung Einhalt zu tun.

Es liegt nicht in meiner Absicht, altes Stroh zu dreschen oder über die zahlreichen Präparate der Kindernährmittel zu Gericht zu sitzen. Immerhin möchte ich die Aufmerksamkeit auf einen stark vernachlässigten Punkt lenken, der mir in vielen Fällen die Hauptursache der Athrepsia infantum zu sein scheint. Dieser Faktor ist der chemische Charakter der in der Säuglingsnahrung enthaltenen Fettsubstanzen. Während nämlich die Fettmenge in Biederts Crêmemischung, in Gärtners Fettmilch usw. praktische Berücksichtigung gefunden hat, ist die Qualität des Fettes, wenn man von verschiedenen kleineren Versuchen zur Modifizierung des vom Fett der Muttermilch physikalisch und chemisch stark abweichenden Fettes der Kuhmilch absieht, sehr wenig in Betracht gezogen worden, wo es sich darum handelte, ein Nährmittel für gesunde, besonders aber für kranke und unterernährte Kinder zu ersinnen.

Selbstverständlich ist das Fett der Muttermilch das physiologische Nahrungsfett des Säuglings und sollte es bilden. In geeigneter Form und in den Bedürfnissen des individuellen kindlichen Organismus angepaßten Mengen liefert es nicht Fettsäuren in solchem Grade, daß dadurch intestinale oder andere Störungen hervorgerufen werden; außerdem wird es in solchen Mengen assimiliert, daß die normale Wachstumsentwickelung des Kindes verbürgt erscheint. Wenn auch die Neubildung und Absonderung des Muttermilchfettes nicht immer in demselben Verhältnis erfolgt und seine Zusammensetzung oft erhebliche Abweichungen erkennen läßt, so wird doch die Aufsaugung und Assimilation des Fettes seitens des Säuglings keine Einbuße erleiden, solange die mütterliche Milchfettabsonderung sich innerhalb der physiologischen Grenzen bewegt. Andererseits können schwere Stoffwechselstörungen, Wachstumsbehinderung des Kindes und körperlicher Verfall dort nicht ausbleiben, wo infolge irgendeines abnormen Zustandes der Mutter die Fettabsonderung der Brustmilch nach Quantität oder Qualität erhebliche Regelwidrigkeiten zeigt. Glücklicherweise kommt dies bei gesunden Frauen selten vor, und ausgesprochene Fälle von Marasmus werden daher bei normal geborenen Brustkindern nicht häufig beobachtet.

Bei der künstlichen Ernährung, einerlei ob es sich um Modifikationen der Kuhmilch oder um Nährpräparate handelt, pflegt das ganze Fett aus dem Rahm der Kuhmilch genommen zu werden. Man muß dabei aber wohl im Auge behalten, daß das Fett der Kuhmilch in seiner Zusammensetzung erheblich von demjenigen der Muttermilch abweicht, ganz davon zu schweigen, daß das Milchfett der Kuh selbst je nach Jahreszeit, Rasse, Alter usw. große Verschiedenheiten aufweist. Insbesondere enthält das Fett der Kuhmilch weit mehr flüchtige Fettsäuren, unter welchen Acidum butyricum die wichtigste ist. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Unterschiede in der Zusammensetzung des Fettes der Muttermilch und der Kuhmilch.

Physikalischer Charakter.

	Fett der Muttermilch	Fett der Kuhmilch
Spezifisches Gewicht bei 15° C. .	0,966	0,949—0,946
Schmelzpunkt	33—34° C	31,1—34,66° C
Erstarrungspunkt	19—22,5° C	35—38° C

Charakter und Verhältnis der Fettsäuren.

	Fett der Muttermilch	Fett der Kuhmilch	
Acid. butyric. $C_4 H_8 O_2$ . . .	1,4	5,45	8,35
„ caproic. $C_6 H_{12} O_2$ . . .		2,09	
„ caprylic. $C_8 H_{16} O_2$ . . .		0,49	
„ capric. $C_{10} H_{20} O_2$ . . .		0,32	
„ lauric. $C_{12} H_{24} O_2$ . . .	49,2	2,57	53,9
„ myristic. $C_{14} H_{28} O_2$ . .		9,89	
„ palmitic. $C_{16} H_{32} O_2$ . .		38,61	
„ stearic. $C_{18} H_{36} O_2$ . . .		1,83	
„ dioxystearic. $C_{18} H_{36} O_4$.		1,04	
„ oleic. $C_{18} H_{34} O_2$	49,4	32,5	
Sehr kleine Mengen von flüchtigen Fettsäuren; acid. oleic. bildet die Hälfte der nichtflüchtigen Säuren; unter den festen Fetten kommen acid. myristic. und palmitic. in größeren Mengen vor als acid. stearic.		Flüchtige Fettsäuren gemäß anderen Analysen ungefähr 10%; unter d. festen Säuren überwiegen acid. palmitic. und stearic	

Wenn wir uns nun vergegenwärtigen, daß die Muttermilch regelmäßig einen größeren Prozentsatz an Fettsubstanz enthält als die Kuhmilch — hier beträgt derselbe 3, dort 3,85% — und daß bei Flaschenkindern das Defizit an Fettsubstanz oft in größeren Mengen durch Milchfett der Kuh gedeckt werden muß, als im natürlichen Produkt vorhanden sind, dann verstehen wir, daß der absolute Unterschied des dem Kinde verabreichten Fettes sogar größer ist als der in der Tabelle angegebene relative Unterschied. Der Extrazusatz an Milchfett der Kuh steigert den Gehalt der kindlichen Nahrung an flüchtigen Fettsäuren. Es ist aber klar, daß 10% flüchtiger Fettsäuren kein rationelles Surrogat für eine fettige Nährsubstanz sein können, bei deren Zusammensetzung die flüchtigen Fettsäuren nur in verhältnismäßig kleinen Mengen hineinkommen. Der wichtigste Bestandteil dieser flüchtigen Fettsäuren ist acid. butyric., dessen Anwesenheit in der Milch der Mutter von manchen Forschern geleugnet wird. Normalerweise wird acid. butyric. in der Muttermilch sicherlich nur in unschädlichen Mengen gefunden; wo aber pathologische Verhältnisse vorliegen, die eine Erhöhung des Gehalts an acid. butyric. bedingen — ein allerdings seltener Fall —, da wird über kurz oder lang das Gedeihen des Säuglings leiden.

Sofern nun das Fett der Kuhmilch immer viel acid. butyric. entwickelt, und sofern dieses die Muttersubstanz der Azetonkörper bildet, muß behauptet werden, daß Kuhfett kein ideales Nährmittel für Kinder ist. Außerdem ist der kindliche Organismus dem aus der Kuhmilch gewonnenen Fett schlecht angepaßt, was schon aus der von Uffelmann (Archiv f. Kinderheilk., Bd. II, 1881) nachgewiesenen Tatsache hervorgeht, daß das in den Exkrementen wiedererscheinende Fett einen höheren Prozentsatz bei Kuhmilch als bei Muttermilch zeigt. Dasselbe wird beobachtet, wo Erkrankungen des Verdauungsapparates vorliegen.

Chemisch gesprochen ist Milchfett nicht eine einfache Mischung von Triglyzeriden, sondern eine Mischung von Glyzerin-Estern. Die neutralen Fette unterliegen höchstwahrscheinlich der hydrolytischen Zersetzung und werden teils durch Verseifung, teils (als Fettsäuren) durch die Tätigkeit der Galle flüssig gemacht.

Es würde mich zu weit führen, bei dieser Gelegenheit nochmal auf die Frage der Azetonkörper und ihre Bedeutung wie für den Erwachsenen, so auch für das Kind und sein Wohlbefinden, einzugehen. Es sei hier nur erwähnt, daß die Azetonkörper nicht selten für das periodische Erbrechen, die Eklampsie und zahlreiche andere Störungen des Kindesalters verantwortlich gemacht werden. Was liegt nun näher als die Annahme, daß das Fett der Kuhmilch, welches große Mengen acid. butyric. enthält, der wirkliche Urheber einer Anzahl von Krankheitszuständen ist, deren Entstehung einer Selbstvergiftung des Organismus zugeschrieben worden ist? Außerdem darf als erwiesen angenommen werden, daß die Proteide und Kohlehydrate der Kuhmilch oder der künstlichen Nährmittel quantitativ und zum großen Teil auch qualitativ deshalb, weil sie sich für die Ernährung des Kindes nicht eignen, häufig die kindliche Entwicklung hemmende gastro-intestinale Störungen hervorrufen. Diese mögen vorübergehend durch Weglassen des Milchfettes gehoben werden. Andererseits kann der kindliche Organismus auf die Dauer, ohne in Marasmus zu verfallen, ohne eine genügende Menge assimilierbarer Fettsubstanzen nicht bestehen. Da nun vegetabilische Oele und diejenigen tierischen Fette, welche einen hohen Schmelzpunkt haben, außer Betracht gelassen werden müssen, so bleibt nur das vom Dotter des Hühnereis gelieferte Fett übrig. Dieses ist in der Tat das ideale Fett für solche Kinder, die an chronischen gastro-intestinalen Störungen und den aus ungenügender Ernährung hervorgehenden Krankheitszuständen, wie Gewebsschwund, Marasmus usw. leiden.

Als unbestreitbare Vorzüge des Dotterfettes möchte ich kurz folgende aufführen:

1. In geeigneten Mengen und Mischungen wird das Dotterfett in seinem natürlichen Zustande von der Mehrzahl der Kinder gut vertragen; wo aber Widerwille gegen das Hühnerei gefunden wird, da ist er mehr auf Rechnung des Weißen als des Dotters zu setzen.
2. Die Absorbierbarkeit des Eidotterfettes ist größer als diejenige aller anderen tierischen Fette, wie aus dem in den Fäzes enthaltenen Rückstand klar hervorgeht.
3. Die Fettkomponenten des Eidotters: Palmitin, Stearin und Olein, enthalten keine oder nur sehr geringe Mengen flüchtiger Fettsäuren und geben infolgedessen keine Veranlassung zur Bildung der Azetonkörper.
4. Die große Menge von Lezithin im Eidotter trägt zur Wiederherstellung der Nervenkraft und zur Verbesserung des kachektischen Zustandes erheblich bei.
5. Der Eidotter hilft als diastatisches Ferment bei der Umwandlung der amyloiden Substanzen.
6. Eidotter hat die Eigenschaft, die Absonderung der Verdauungssäfte anzuregen.

Sollen nun bei der Verabreichung von Eidotter an Kinder gute Resultate erzielt werden, dann müssen zwei wesentliche Punkte berücksichtigt werden:

1. Das Eidotterfett muß gänzlich an die Stelle des Milchfettes treten.
2. Die Menge des Eidotterfettes muß den kalorischen und Ernährungsbedürfnissen des kindlichen Organismus angepaßt sein.

Es ist wohl überflüssig, diese beiden selbstverständlichen Forderungen näher zu begründen. Ich will daher den von mir mit großer Sorgfalt ausgeführten Untersuchungen bezüglich des Einflusses der Eidotterkur auf den Zustand der Unterernährung, mit besonderer Berücksichtigung der Diabetiker, der Phthisiker und der an Marasmus leidenden Kinder, welche sich in ihrer überwiegenden Mehrzahl aus den künstlich ernährten Kindern rekrutieren, nur noch die Anmerkung beifügen, daß die elektrische Leitbarkeit der abgerahmten Milch, zusätzlich der physiologischen Mengen von Eidotterfett, wahrscheinlich größer ist als diejenige der natürlichen Milch. Diese Erscheinung ist aus der Interferenz der Fettkügelchen mit der Bewegung der Ionen zu erklären.

Ueber die Technik der Eidotterkur kann ich mich kurz fassen. Die bisherige Diät wird am besten in der Weise plötzlich abgebrochen, daß die nächste Mahlzeit einfach in Wegfall kommt. Inzwischen wird der Intestinaltraktus entleert, worauf ein Salzwasserklistier folgt. Soweit Diabetiker und Kranke mit starkem Körperverfall in Betracht kommen, muß die ausschließliche Dotterkur bis zur allgemeinen Besserung fortgesetzt werden. In weniger ausgesprochenen Fällen mag man ein bis drei Tage pro Woche einschieben, an denen die Eidotter nicht die Hauptmahlzeiten bilden. Hält die Besserung längere Zeit an, dann können der Dotterdiät größere Mengen von Kohlehydraten in Form von grünen Gemüsen zugesetzt werden. Wie immer nun die Eidotterkur den individuellen Bedürfnissen gemäß modifiziert werden mag, so muß doch stets der Grundgedanke, daß das Eidotterfett allein das Fettbedürfnis des Unterernährten decken sollte, im Auge behalten werden. Ich habe dieses Thema wiederholt in der leitenden medizinischen Fachpresse Amerikas behandelt und freue mich, daß mir Gelegenheit gegeben wurde, meine neuen und großenteils nicht allgemein bekannten Erfahrungen auch dem Urteil der deutschen Aerzteschaft zu unterbreiten.

Bemerkungen zur Technik der endolaryngealen Entfernung von Polypen.

Von Dr. **Friedr. Müller**, Hals-, Nasen-, Ohrenarzt in Heilbronn a. N.

Die Art der Entfernung von Stimmbandpolypen mittels Lokalanästhesie und Doppelkurette setze ich als im allgemeinen bekannt voraus. Zu den folgenden Bemerkungen wurde ich durch einen besonders schwierigen Fall veranlaßt, bei welchem es mir erst in der dritten Sitzung gelang, einen hanfkorngroßen Polypen im Gebiet des vorderen Drittels des rechten Stimmbandes zu entfernen.

Der Fall war dadurch kompliziert, daß der Patient, ein 30jähriger Mann, einen Kropf hatte, durch den der Kehlkopf um eine vertikale, frontale und sagittale Achse gedreht worden war. Die rechte Kehlkopfhälfte stand mehr hinten, die linke mehr vorne; die obere Hälfte war mehr nach hinten, die untere nach vorne disloziert; ferner stand die ganze obere Kehlkopfhälfte mehr links, die untere mehr rechts. Die Längsachse des Kehlkopfes verlief also von oben links hinten nach unten rechts vorne, wozu noch die Drehung um die Längsachse selbst kam. Außerdem hatte der Patient nicht einen flachgewölbten, sondern einen ziemlich schmalen, hochgewölbten Kehldeckel, der im Ruhezustand stark nach hinten herunterhing; schließlich war die Zungenbasis sehr breit, die Zunge selbst kurz, so daß es nur schwer gelang, diese fest zu fassen und den Zungengrund energisch nach vorne zu ziehen. Letzteres wurde durch das wohl erhaltene Gebiß noch erschwert.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung gelang es nicht, ohne weiteres den Polypen zu sehen, auch nicht beim Heben des Kehldeckels mit der Sonde; erst bei maximalem Vorziehen der Zunge, Vordrücken des Zungengrundes und des Kehldeckels mit der Sonde, während der Patient „e“ sagte, sah man den hanfkorngroßen, weißen Stimmbandpolypen während eines Augenblicks zwischen den wahren Stimmbändern.

Diesen Schwierigkeiten entsprechend gelang es mir in der ersten Sitzung nicht, den Polypen zu entfernen, weil der Patient nicht energisch genug seine Zunge nach vorne zog und es mir nicht gelang, den Zungengrund und Kehldeckel mit der Doppelkurette so weit nach vorne zu drücken, daß ich den Polypen sehen konnte.

Auch in der zweiten Sitzung mißlang die Entfernung. Durch Heben des Kehldeckels mit der Sonde kam der Polyp nicht zu Gesicht; ich prüfte daher verschiedene Instrumente; der Reichertsche Kehldeckelhalter war zu dick, so daß das Gesichtsfeld stark eingeengt wurde; die Simrocksche Kehldeckelpinzette glitt stets ab. Das brauchbarste Instrument schien mir der Lublinskische Kehldeckelhalter zu sein; dieser teilt sich an seinem Ende gabelförmig in zwei Aestchen, an deren Ende sich ein Knöpfchen befindet; er legt sich der Innenseite des Kehldeckels an, ohne das Gesichtsfeld einzuengen, und besitzt genügende Kraft trotz seines schlanken Baues, um den Kehldeckel energisch zu heben und den Zungengrund nach vorn zu drücken. Er wird in einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegelgriff gesteckt. Mit diesem Instrument gelang es mir leichter, den Polypen zu sehen, insbesondere wenn der Patient den Hals maximal streckte. Es blieb nur noch ein Uebelstand übrig. Es gelang der Schwester nicht, den Lublinskischen Kehldeckelhalter längere Zeit so exakt zu halten, daß sich sein dem Kehldeckel anliegendes Ende nicht verschob; der glatte Kehlkopfspiegelgriff ließ sich nicht festhalten, er glitt aus den Fingern. Ich ließ mir daher einen Kehlkopfspiegelgriff mit gekörnter Oberfläche anfertigen*). Nachdem ich in der dritten Sitzung mehrmals die einzig zweckmäßige Einstellung des Kehldeckelhalters und die zweckmäßigste Haltung des Halses ausprobiert hatte, gelang die Entfernung des Polypen in einigen Sekunden.

Ich glaube deshalb, daß in den meisten schwierigen Fällen vorliegender Art jeder Kollege bei Verwendung des Lublinskischen Kehldeckelhalters mit rauhem Handgriff und bei Anwendung der gestreckten Haltung des Halses rasch ein gutes operatives Resultat erzielen wird.

---

*) Erhältlich bei W. Walts Nachfolger, Heidelberg.

Fabrikarbeit.

Die Apotheker-Zeitung nimmt seit einiger Zeit gegen mehrere Präparate der Firma Dr. A. Horowitz energisch Stellung. Die Diskussion, die sich über die Zusammensetzung des Pyrenols vor kurzem in den Spalten der gen. Zeitschrift abgespielt hat und die zu einer gerichtlichen Entscheidung führen wird, hatte die Frage zum Gegenstand, ob das Pyrenol, wie Thoms, Zernik u. a. auf Grund ihrer mehrfachen Untersuchungen behaupten, nur ein Gemisch von Benzoesäure, Salizylsäure und Thymol sei, oder ob Dr. Horowitz recht habe, wenn er als wirksamen Bestandteil eine einheitliche chemische Verbindung, das „Benzoylthymolnatriumbenzoylooxybenzoikum“, angibt. Es ist natürlich auch für die Aerzte von größtem Interesse, daß sie über die Zusammensetzung von Spezialitäten nicht im Unklaren gelassen werden. Sie werden getäuscht einmal durch Angabe von Bestandteilen, die im Präparat nicht enthalten sind, oder durch Verschweigen von Ingredienzen, die zwar vorhanden sind, es aber nicht sein sollten, oder durch die Angabe des Fabrikanten, daß sein Präparat ein synthetisches sei, während es in Wirklichkeit ein Gemisch ist. Der Arzt kann sich leider gegen die Nonchalance gewinnsüchtiger Spezialitätenfabrikanten nicht genügend schützen. Wir müssen der pharmazeutischen Presse dankbar sein, daß sie häufig Mitteilungen über die Prüfungsergebnisse pharmazeutischer Spezialitäten bringt, Beiträge, die auch in dieser Zeitschrift stets referiert worden sind. Im übrigen stimmen wir durchaus der Berl. klin. Wochenschr. bei, wenn sie den Aerzten anrät, Spezialitäten und Präparate, die nicht von als einwandfrei bekannten Firmen in den Handel gebracht werden, ebenso die diese empfehlenden ärztlichen Gutachten und Artikel mit großer Vorsicht und Reserve zu genießen.

Der Mißbrauch des Vertrauens der Aerzte, Apotheker und Patienten, den der Spezialitätenfabrikant durch irgendwie unzutreffende Angaben über sein Präparat sich zu schulden kommen läßt, ist besonders dann unverzeihlich, wenn die fingierte Zusammensetzung von höherem therapeutischen Werte ist als die wirkliche. Ist das aber nicht der Fall, so ist zwar das Vorgehen

Public

des Fabrikanten nichts weniger als einwandfrei, aber es dürfte doch mancher Arzt zu der Ansicht neigen: der Fabrikant geht mich nichts an, das Präparat und seine Wirksamkeit ist mir die Hauptsache; ist das Präparat von guter Wirkung, so ist es mir gleichgültig, ob darin eine patentierte neue chemische Verbindung enthalten oder ob es eine Mischung bekannter Stoffe ist. Auch eine Mischung kann als Spezialität berechtigt sein. Was nun speziell das Pyrenol angeht, so scheint es — den zahlreichen ärztlichen Gutachten nach, die freilich z. T. nicht von besonders zuverlässigen Autoren stammen — eine günstige Wirkung zu entfalten; ob es aber infolge seiner Wirkung als Spezialität berechtigt ist, nachdem die Untersuchungen ergeben haben, daß das wirksame Prinzip gar keine synthetische Substanz darstellt, darüber möchten wir gelinde Zweifel hegen. Im übrigen dürften die schwebenden Prozesse weitere Aufklärung in diese Angelegenheit bringen.

Ebenso interessant wie die Frage nach der wirklichen Zusammensetzung des Pyrenols sind die Eröffnungen, die Professor Frerichs in Bonn über die Präzision, mit der Dr. Horowitz arbeitet, in den Nummern 58 bis 60 der Apoth.-Zeitg. auftischt. Wir lesen da die überraschendsten Untersuchungsergebnisse über die quantitative Zusammensetzung der Pyrenoltabletten, der Arhovin- und Eglatolkapseln, und müssen uns in der Tat an den Kopf fassen, daß eine derartig schwankende und ungenaue Dispensation in einem Fabrikbetrieb möglich ist, und daß Herr Dr. Horowitz so wenig Kontrolle über seine Fabrikate hat, daß er es nicht verhüten kann, sich so unangenehmen Entdeckungen auszusetzen. Die Pyrenoltabletten, die nach Angabe des Fabrikanten je 0,5 g Pyrenol enthalten sollen, haben nach Frerichs' Untersuchungen nur einen zwischen 0,223 g und 0,445 g, d. i. zwischen 44,6 und 89% der angegebenen Menge schwankenden Gehalt an Pyrenol. Die Arhovinkapseln „à 0,25 g Arhovin“ enthalten nach Frerichs je 0,136 bis 0,259 g Arhovin, d. i. 54,4 bis 103,6% des angegebenen Gehaltes. In den Eglatolkapseln „zu 0,5 g“ fand Frerichs einen zwischen 0,246 bis 0,573 g schwankenden Inhalt. Wir müssen allerdings sagen, daß diese Feststellungen geradezu haarsträubend sind und daß das Vertrauen des Fabrikanten auf die — Gutmütigkeit der Aerzte und Apotheker denn doch die Grenzen des Erlaubten übersteigt. Wir sind sehr gespannt, wie der Staatsanwalt, dem Prof. Frerichs die Angelegenheit übergeben hat, sich zu diesen Dingen verhalten wird. Jedenfalls verdienen die Publikationen von Frerichs die weitestgehende Beachtung auch der medizinischen Presse, damit nicht nur die Apotheker, sondern auch die Aerzte erfahren, wie ihr Vertrauen gelohnt wird, das sie dank der geschickten Reklame und der therapeutischen Brauchbarkeit der Präparate der Firma Dr. A. Horowitz entgegengebracht haben.

Auch wir sind wie Prof. Frerichs überzeugt davon, daß „eine Regelung des Verkehrs mit fabrikmäßig hergestellten Arzneimitteln im Interesse nicht nur des Apothekerstandes, sondern in weit höherem Maße auch im Interesse des arzneibedürftigen Publikums“ und doch wohl auch der Aerzte liegt. Die Ansichten über den Weg, der zum Ziele führen soll, sind leider noch sehr geteilt, wie sich erst wieder auf der Hauptversammlung des Vereins deutscher Chemiker im Juni d. Js. zeigte. Immerhin steht zu hoffen, daß, da man allgemein von der Notwendigkeit der Schaffung einer Untersuchungsstelle besonders wiederum durch Eröffnungen wie die von Prof. Frerichs überzeugt sein dürfte, auf der Basis der His-Kobertschen Vorschläge in nicht mehr unabsehbarer Zeit Mittel und Wege zur Kontrolle der pharmazeutischen Industrie werden gefunden werden.

Lungwitz.

REFERATE.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur,** leitend. Arzt des hydrotherapeut.-medikomechanischen Instituts am Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin.

1. **Versuche mit Radiumemanationen.** Von A. Strasser und A. Selka. Blätter f. klin. Hydrotherap., 1908, Nr. 6, und Med. Klinik, 1908, Nr. 28.

2. **Die Wirkung und Anwendung der Joachimsthaler radioaktiven Brunnenwässer.** Von L. Gottlieb. Zentralbl. f. d. gesamte Therap., 1907, Nr. 4.

3. **Die Anwendung und Wirkung der Joachimsthaler Grubenwässer.** Von L. Gottlieb. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 15.

4. **Die Radioaktivität der Kreuznacher Solquellen und die therapeutische Verwendung der aus denselben gewonnenen radioaktiven Substanzen.** Von Karl Aschoff. Med. Klinik, 1908, Nr. 27.

1. Strasser und Selka wandten die Radiumemanation in Form des Radiogenwassers an, dessen Emanationsgehalt ein sehr hoher und dabei doch konstanter ist; das Wasser wurde lediglich zu Trinkkuren benutzt. Was die Dosierung betrifft, so haben die Verfasser die von Loewenthal u. a. empfohlenen Dosen im allgemeinen nach obenhin überschritten. Sie begannen meist mit 5000 Volt-Einheiten, stiegen dann rasch bis 10000 Einheiten und gaben 20000, ja selbst 50000 Einheiten in einzelnen Fällen, ohne Schaden zu stiften. Das Auftreten von Albuminurie nach Einverleibung radioaktiven Wassers, wovon Nagelschmidt berichtet hatte, haben die Verfasser niemals beobachtet, selbst bei Nierenkranken trat danach keine Steigerung der Eiweißausscheidung auf. Ebensowenig fanden sie, daß bei Patienten mit malignen Tumoren des Magen-Darmtraktus eine Temperatursteigerung nach Genuß von Radiogenwasser auftritt, wie das von Loewenthal angegeben worden war (auch Referent konnte diese Angabe nicht bestätigen, ebenso Riedel).

Was nun die therapeutischen Resultate betrifft, so wurden vor allem bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, bei deformierender Arthritis und bei Ischias in der Mehrzahl der Fälle gute Erfolge erzielt. Meist trat hier im Beginne der Kur (am ersten bis dritten Tage) eine spezifische Reaktion ein, doch war zur Erzielung dieser Reaktion öfters eine Steigerung der Dosis über das gewöhnliche Maß von 10000 Einheiten hinaus notwendig. Bemerkenswert ist, daß die Verfasser einen absoluten Konnex zwischen Reaktion und Heilwirkung nicht beobachten konnten, da öfters günstige Wirkung ohne Reaktion eintrat, während andrerseits bei lebhaft reagierenden Patienten manchmal eine Besserung oder Heilung ausblieb.

Unter sonstigen Krankheitszuständen, bei denen das Radiogenwasser versucht wurde, ergaben die lanzinierenden Schmerzen der Tabiker ein zum Teil auffallend günstiges Resultat; in einem Falle von Karzinom des Magens wurde vorübergehende Besserung der Schmerzen und des Appetits erreicht. Jedenfalls verdient die innere Darreichung der Radiumemanation weiter geprüft zu werden.

2. In Joachimsthal in Böhmen, dem Fundorte des Uranpecherzes, wird das dortige sehr stark radioaktive Grubenwasser neuerdings zu Badezwecken benutzt. Gottlieb berichtet über 43 Patienten, die mit derartigen Bädern behandelt wurden; es handelte sich um Fälle von akutem, subchronischem und chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias und gonorrhoischer Arthritis. Die Erfolge waren gute; nach den ersten Bädern trat die typische Schmerzreaktion ein, die eventuell ein Pausieren um mehrere Tage notwendig machte; dann stellte sich allmählich die Besserung ein, die sich bei den Gelenkerkrankungen vor allem in Nachlassen der Schmerzhaftigkeit und Verbesserung der Funktion äußerte. Im Gegensatze zu gewöhnlichen warmen Bädern will der Verfasser nach den radioaktiven Bädern eine kräftigende, das subjektive Wohlbefinden hebende Wirkung beobachtet haben, ferner sah er danach eine Steigerung der Diurese. Es wurden bei einer Kur bis zu 30 Bäder verabreicht.

3. In Bestätigung seiner vorher gemachten Angaben erweitert Gottlieb die Indikationen der radioaktiven Bäder auch auf Schmerzen nach Frakturen, neurasthenische Schwächezustände, speziell nervöse Impotenz, sowie Tabes; in vier Fällen wurden die lanzinierenden Schmerzen (s. auch oben Strasser und Selka) und zugleich der Allgemeinzustand gebessert.

4. Die Kreuznacher Solquellen sind nicht nur reich an Radiumemanation, sondern es lassen sich aus den Quellsedimenten auch radiumhaltige Substanzen in größeren Mengen darstellen,

die als Radiolpräparate in den Handel kommen und sich zur Radiumtherapie verwenden lassen. Zugleich wurde mit Hilfe dieser radioaktiven Rückstände auch der Emanationsgehalt der Solquellen künstlich verstärkt, und es wurden besondere Apparate konstruiert, die ähnlich wie die Radiogenapparate eine hohe Aktivierung von beliebigem Wasser zu Bade- oder Trinkkuren ermöglichen. Ueber therapeutische Resultate sind noch keine näheren Angaben gemacht.

Kinderheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Stoffwechselversuche an gesunden und rhachitischen Kindern mit besonderer Berücksichtigung des Mineralstoffwechsels.** Von W. Cronheim und Erich Müller. Biochemische Zeitschr., 1908, Bd. 9, H. 1 u. 2.

2. **Ekzem und Asthma.** Von L. Langstein. Berl. klin. Wochenschr., 1908, S. 1218.

3. **Die natürlichen Grenzen der Wirksamkeit einer Heilserumbehandlung bei der Diphtheria fauzium und ihre gelegentliche notwendige Ergänzung durch bestimmte lokale Maßnahmen.** Von G. Krönig. Therap. d. Gegenwart, 1908, S. 289.

4. **Kefirmilch als Säuglingsnahrung.** Von K. Dresler. Med. Klinik, 1908, S. 1023.

1. Die wertvollen und mühsamen Untersuchungen von Cronheim und Erich Müller, auf deren interessante Einzelergebnisse an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, bringen Beiträge zu den bisher noch in geringer Zahl vorliegenden Untersuchungen über den Mineralstoffwechsel des Säuglings. Der von den Verfassern früher erhobene Befund eines günstigeren Verlaufes des Kalkstoffwechsels bei Ernährung mit roher (Kuh-) Milch gegenüber sterilisierter ließ sich bei den diesmaligen Versuchen nicht feststellen.

„Die Untersuchungen an den rhachitischen Kindern haben Unterschiede im gesamten Stoffwechsel gegenüber dem der gesunden nicht ergeben. Es ist allerdings möglich, daß sich die Kinder, physiologisch-chemisch betrachtet, trotz der klinisch sicheren Diagnose einer Rhachitis bereits in der Heilung befunden haben. Der Versuch fiel dann zeitlich in eine Periode, in welcher der Stoffwechsel eben keine Anomalien mehr aufweist. Vielleicht erklärt es sich auch aus diesem Grunde, daß die früheren Beobachtungen über eine vermehrte Kalkausscheidung im Kote (Baginsky) nicht bestätigt werden konnten."

„Die langsame Entwicklung des menschlichen Säuglings bedingt es, daß der Ansatz der einzelnen Stoffe, besonders der mineralischen, in der üblichen Zeit eines Stoffwechselversuchs sehr gering ist, und daher so prägnante Resultate wie bei schnell wachsenden Tieren nicht zu erwarten sind. Zufälligkeiten vermögen natürlich das Resultat hier weit mehr zu beeinflussen, was sich auch bei einzelnen Perioden der relativ lang ausgedehnten Versuche zeigte. Gewisse Differenzen zwischen zwei Perioden haben sich später wieder ausgeglichen und dadurch Fehlschlüsse verhütet. Nur die alte Forderung, die Versuche zeitlich möglichst auszudehnen und auf viele Kinder zu erstrecken, werden über diesen Mangel hinweghelfen können."

2. Langstein hat versucht, das Asthma der Säuglinge, das er als Korrelat zum Säuglingsekzem zu betrachten geneigt ist, mit der nach Finkelsteins Angaben hergestellten molkenarmen Milch diätetisch zu behandeln. Er resümiert seine Erfahrungen dahin, daß wir in der Finkelsteinschen Methode der salzarmen Ernährung ein ganz ausgezeichnetes therapeutisches Hilfsmittel bei einer Reihe schwerer Ekzemfälle besitzen. Es scheint aber beim Asthma vollständig zu versagen. Hier zeigt sich als hervorragendes therapeutisches Agens die Aenderung des Milieus. Die Anschauung, daß das Asthma durch irgendwelche suggestive Einflüsse von seiten der Eltern oder des Pflegepersonals ausgelöst werde, sei wohl berechtigt.

Die Finkelsteinsche Suppe, über deren Wert in der Behandlung des konstitutionellen Ekzems der Säuglinge die Meinungen verschiedener Beobachter noch auseinander gehen, die aber zweifellos einen Teil der Fälle bei längerem Gebrauch sehr günstig beeinflußt, wird nach der Originalvorschrift folgendermaßen hergestellt: „1 l Milch (oder ein anderes dem Alter des Kindes angemessenes Quantum) wird mit Pegnin oder Labessenz ausgelabt; von der Molke wird der größere Teil beseitigt, ein Fünftel (auf die Menge des verwendeten Milchquantums berechnet) mit Haferschleim auf das ursprüngliche Volumen aufgefüllt. Das derbe Gerinnsel wird, um es feinflockig zu machen, durch ein feines Haarsieb gerührt, mehrfach durch Aufschwemmung mit Wasser gewaschen und dann der Molken-Schleimmischung zugesetzt, dazu kommen 30 bis 40 g Streuzucker (kein salzhaltiges Zuckerpräparat, wie z. B. Soxhlets Nährzucker!). Das Ganze stellt eine sämige Suppe dar, die von den Kindern gerne genommen wird; es enthält die Gesamtmenge des Kaseins und Fettes der verwendeten Milch, aber nur den fünften Teil der Molkensalze."

3. Krönig empfiehlt bei reinen Diphtheriefällen, wenn sich kein Effekt der Serumtherapie zeigt, rechtzeitig eine exakte Lokalinspektion event. Palpation der Rachengebilde vorzunehmen und bei Konstatierung einer größeren Härte des Infiltrats eine gründliche Spaltung desselben auszuführen.

Er weist darauf hin, daß man möglichst frühzeitig von der Heilseruminjektion Gebrauch machen muß unter folgender theoretischer Begründung: „Solange die vaskulären Zugänge und Ausgänge in den diphtheritisch befallenen Partien frei und passierbar bleiben, so lange haben die mit dem Serum eingeführten Antikörper Gelegenheit, die Toxine, wenn möglich, schon am Lokus morbi zu fassen und unschädlich zu machen, d. h. den Fall event. in den ersten Anfängen zu kupieren. Dieser Vorteil geht verloren, sobald man durch längeres Zuwarten die Infiltrate derart anwachsen und erstarren läßt, daß die Kommunikationswege für Blut und Lymphe in dem infiltrierten Bezirk unpassierbar werden, ja ihre Unpassierbarkeit schließlich so weit sich steigert, daß partielle oder totale Gewebsnekrosen hinzutreten. Unter diesen Umständen ist ein lediglich durch Heilseruminjektion zu erzielender Erfolg natürlich ganz undenkbar und nur bei einer gleichzeitigen Spaltung des Infiltrats eine Einwirkung des Serums auf den Herd zu erwarten."

4. Dresler hat Kefirmilch (mit Nährzucker- oder Liebigsuppelösung verdünnt) zur Ernährung gesunder und verdauungskranker Säuglinge verwandt und berichtet über Erfolge, die dem Ref. beachtenswert erscheinen. Die Details der Zubereitung mögen im Original eingesehen werden. Leider fehlen bei den Krankengeschichten Mitteilungen über die jeweils in 24 Stunden verbrauchten Nahrungsmengen.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ueber Operation von tiefliegenden Zungenabszessen.** Von Dr. A. Bruck. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 28.

2. **Angina und Miliartuberkulose.** Von Sanitätsrat Lublinski. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 27.

3. **Die intranasale Eröffnung der Kieferhöhle.** Von Dr. Sturmann. Ibidem.

4. **Methodik der Durchleuchtung von Oberkiefer- und Stirnhöhlen.** Von Karl Vohsen. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 28.

5. **Klinische Studien zur Chirurgie der otogenen Meningitis.** Von G. Alexander. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 75 u. 76.

1. Akute Zungenabszesse führen in der Regel zu recht schweren Krankheitsbildern. Die Zunge ist meist stark vergrößert, kann gelegentlich sich erheblich zwischen den Zähnen hervordrängen und nach hinten sich soweit ausdehnen, daß sie direkt zu einem mechanischen Atemhindernis wird. Die hochgradigen Schmerzen machen den Schluckakt zu einer Qual. Abgesehen von der dadurch bedingten schlechten Ernährung ist die Gefahr einer Schluckpneumonie eine sehr erhebliche.

Die zweckmäßigste Behandlungsmethode ist die Inzision. Bei mehr oberflächlich gelegenen Abszessen ist die Inzision gut vom Munde aus zu machen. Anders bei tief gelegenen Abszessen, die sich zwischen die Muskeln der Zunge in die Tiefe hineinziehen.

Digitized by Google
Public

Man hat auch hier versucht, vom Munde her auszukommen durch tiefe Inzisionen event. in Narkose. Doch ist das sehr ein Tappen im Dunkeln und die Gefahr der Nebenverletzungen nicht gering. Deswegen hat als erster Killian angeraten, die Abszesse und phlegmonösen Entzündungen von außen her anzugreifen durch Spaltung der Haut in der regio suprahyoidea und Eingehen zwischen die Muskeln der Zunge.

Bruck beschreibt zwei Fälle, bei denen dieser Weg in schnellster und angenehmster Weise zur Heilung führte und empfiehlt auf Grund derselben angelegentlich diese zweckmäßige Methode.

2. Die von den Tonsillen ausgehenden Erkrankungen näherer und entfernter liegender Organe bilden schon seit langem den Gegenstand eingehender Untersuchungen. Bekannt ist die Beteiligung der benachbarten Drüsen, zumal im Kindesalter. Festgestellt ist auch ein ätiologischer Tonsillarprozeß bei manchen Fällen von Arthritis rheumatika, Endokarditis u. a. und Heilung dieser Kranken durch Behandlung des Halses.

Lublinski teilt einen anderen interessanten Fall mit. Ein Patient von 39 Jahren, der 10 Jahre lang an Tuberkulose so geringen Grades litt, daß er praktisch gesund erschien, erkrankte an einer starken Tonsillitis. Er schonte sich nicht, trotz entsprechender Hinweise. Unmittelbar darauf mußte er sich unter schweren Allgemeinerscheinungen legen, welche sich bald als Symptome einer Miliartuberkulose herausstellten, an der Patient zugrunde ging. L. verlangt daher bei allen Fällen von Angina Schonung, zumal bei nicht völlig intakten Patienten.

3. Stürmann veröffentlicht eine neue Methode der Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus, welche der Denkerschen Radikaloperation nachgebildet ist. Sie hat jedoch vor dieser den Vorteil, daß sie wesentlich schonender ist, den Patienten nicht so angreift und sowohl ein weiteres konservatives als auch nötigenfalls ein radikales Vorgehen erlaubt. Für eine Reihe chronischer Fälle dürfte sich dieses Verfahren sehr empfehlen. Die Operationsmethode ist folgende: Kokainisieren der in Frage kommenden Abschnitte, Einschnitt innerhalb der Nase entsprechend der Apertura pyriformis, Abpräparieren der Mukosa an der fazialen und nasalen Wand, Abmeißeln des Knochens des aufsteigenden Kieferastes vom Ansatz der mittleren Muschel bis zum Boden der Nase.

Referent hat es nach der Demonstration Sturmanns in der laryngologischen Gesellschaft in zwei schweren Fällen angewandt, allerdings, indem er die ganze kranke Mukosa fortnahm und den Lappen der lateralen Nasenwand mit der Basis am Boden der Nase bildete und in die Höhle tamponierte. Der Erfolg scheint ein durchaus befriedigender. Jedenfalls ist das Verfahren schonend für schwere Fälle und erlaubt dauernd eine gute Uebersicht über die Höhle, was für die Nachbehandlung von großem Werte ist.

4. Vohsen beschreibt des näheren den Modus prozedendi bei der von ihm seit Jahren lebhaft empfohlenen Durchleuchtung der Nebenhöhlen und verweist auf eine neue Lampe, die er angegeben hat und die besonders gute Resultate ergeben soll. Er hält die Durchleuchtung der Nebenhöhlen für gleichwertig der Perkussion der inneren Organe.

Es dürfte unzweifelhaft sein, daß die Durchleuchtung für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein kann. Aber der lebhafte Wunsch des Autors, seine wohl ausgearbeitete Methode zu propagieren, läßt ihn doch wohl den Wert derselben etwas hoch einschätzen. Er gesteht selber zu, daß allein auf die Durchleuchtung nicht die Diagnose gestützt werden soll. Es muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß die Durchleuchtung auch den damit Vertrauten sehr leicht zu schweren diagnostischen Irrtümern verleiten kann, wenn er sich nicht darüber klar ist, daß dieselbe höchstens ein gutes Adjuvans ist. Sind wesentliche Empyeme vorhanden, so lassen sie sich gewöhnlich auch ohne Durchleuchtung sicher diagnostizieren. In zweifelhaften Fällen jedoch läßt sie sehr häufig im Stich oder läßt Eiterungen vermuten, wo keine sind. Immerhin wird mancher Fehler vielleicht bei weiterem Ausbau der Methode vermieden werden können.

5. Auch ausgebreitete eitrige Meningitis muß nicht zum Exitus führen, sie kommt im Gegenteil in einem hohen Prozentsatz der Fälle zur Heilung, wenn es gelingt, die causa nocens möglichst radikal zu beseitigen. Es ist ein großes Verdienst der operativen Otologie, diese Tatsache, auf die schon von Bergmann hingewiesen, immer klarer festzustellen. 13 Fälle, über die Alexander eingehend und kritisch berichtet, lassen die großen Erfolge klar erkennen, welche die operative Behandlung der eitrigen Meningitis zu verzeichnen hat.

Von allgemeinem Interesse sind Alexanders Erfahrungen über die klinische Bedeutung der Lumbalpunktion für diese Fälle. Erhöhter Abflußdruck ist stets das Zeichen eines erhöhten intrameningealen Druckes, also einer Meningitis (seröse oder diffuseitrige Meningitis). Normaler Abflußdruck ist häufig bei tuberkulöser oder auch eitriger Meningitis. Weiße oder gelbe Färbung weist bei gleichzeitiger Trübung fast stets auf eitrige Meningitis.

Doch ist auch ein ungünstiges Resultat der Lumbalpunktion keine Kontraindikation gegen Operation, zumal stark eitrig getrübte Punktion auch in Fällen von Hirnabszeß, Labyrintheiterung oder Sinusthrombose vorkommen, die durch Operation mit bestem Erfolge angreifbar sind.

Die Operation selbst verlangt ein breites Freilegen von Sinus, Dura der mittleren, eventl. auch der hinteren Schädelgrube, breite Eröffnung des Intraduralraums durch verschiedene tiefe Einschnitte. Am günstigsten erscheinen prognostisch diejenigen Fälle, in denen ein direkter Zusammenhang zwischen einer Ohraffektion (Labyrintheiterung, Sinusthrombose) und dem Hirnprozeß besteht.

Orthopädische Chirurgie.

Referent: Dr. **A. Stoffel,** Oberarzt an der Prof. Vulpiuschen Klinik, Heidelberg.

1. **Stauungshyperämie bei fixiertem Plattfuße.** Von G. Muskat-Berlin. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 26.

2. **Beiträge zur Höhlenbildung im Rückenmark (Syringomyelie) nach Unfall.** Von L. Laquer-Frankfurt. Aerztl. Sachverst.-Zeitg., 1908, Nr. 12.

3. **Beiträge zur Kenntnis des Entstehungsmechanismus und der wirtschaftlichen Folgen von Fersenbeinbrüchen.** Von A. Tietze-Breslau. Arch. f. Orthopädie etc., Bd. 6, H. 4.

4. **Was dürfen wir von der heutigen Skoliosenbehandlung erwarten?** Von K. Wahl-München. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 28.

1. Das Krankheitsbild des fixierten Plattfußes ist durch zwei Momente charakterisiert: erstens durch die eigentliche Plattfußstellung und dann durch die forcierte Pronationsstellung des Fußes, die ihn unbeweglich, kontrakt macht. Lorenz spricht daher auch von „kontraktem Plattfuße“. Das Entstehen dieses Pronationskrampfes hat man sich folgendermaßen zu denken: Bei der Belastung des Fußes durch das Körpergewicht wird das Ligamentum talokalkaneo-navikulare durch das Kaput tali überdehnt. Daraus resultiert eine traumatische Reizung dieses Bandes und der die Gelenkflächen desselben überkleidenden Synovialmembran, was wiederum eine Reizung der Gelenkzweige des Nerv. tib. ant. zur Folge hat. Dieser Reiz wirkt nun in der Bahn dieses Nerven reflektorisch auf die Mm. peronaei und bringt sie zum Krampf. Daher ist der Name „reflektorische Kontraktur“ gerechtfertigt. Hält der Krampfzustand längere Zeit an, so kommt es zu nutritiver Schrumpfung der genannten Muskeln. Es ist wichtig, zu wissen, daß die reflektorische Kontraktur schon bei beginnendem Plattfuße einsetzen kann.

Das Stellen der richtigen Diagnose stößt manchmal auf große Schwierigkeiten. Eine beginnende Periostitis der Tarsalknochen, eine Neuralgie, ein rheumatischer Zustand können vorgetäuscht werden. Isolierter Schmerz unter der Ferse oder im Metatarsophalangealgelenk kommt bisweilen beim beginnenden oder entwickelten Plattfuße vor und darf nicht zu diagnostischen Irrtümern verleiten. Die Metatarsalgie ist wahrscheinlich auch in den Symptomenkomplex des Plattfußes einzureihen.

In letzter Zeit haben Stein und Preiser auf eine Periostitis an der Innenseite der Grundphalangen der zweiten bis vierten Zehe (Wirkung der abduzierenden inneren Mm. interossei) als Frühsymptom des Pes plano-valgus hingewiesen.

Zur Beseitigung der Fixation des beginnenden Plattfußes empfiehlt Muskat ganz besonders die Anwendung der Hyperämie, und zwar sowohl der aktiven (durch Bestrahlung mit einer intensiv heiß wirkenden, elektrischen roten Lichtquelle), als auch der passiven durch Anlegung der Staubinde am distalen Drittel des Unterschenkels. Unter der Binde, die Muskat mitunter eine halbe Stunde liegen ließ, entwickelte sich leichte Schwellung und blaurote Verfärbung der Haut des Fußes. Nach Abnahme der Binde waren die Gelenke freier beweglich, Schmerzen und Spannung geschwunden. Nach der Stauung Supinationsübungen. Wenn der Fuß frei beweglich ist, können Einlagen verabreicht werden. Zur Unterstützung und Sicherung des erreichten Resultates empfehlen sich Bindenwicklungen und Heftpflasterverbände.

2. Bei den Fällen, die einen Zusammenhang zwischen Trauma und Syringomyelie aufweisen, müssen wir zwei Gruppen unterscheiden: 1. solche, bei denen das Trauma zentral, d. h. auf die Medulla spinalis sive oblongata eingewirkt hat; 2. solche, bei denen periphere Organe, z. B. eine Extremität, betroffen wurde.

Die nach peripherem Trauma entstandene Syringomyelie ist entweder auf eine Aktivierung einer vielleicht angeborenen Gliose des Zentralkanals durch Entzündungserreger oder auf eine von den verletzten Stellen aus aufsteigende Neuritis zurückzuführen. Curschmann setzt eine kongenitale Anlage, eine Hemmungsbildung im Rückenmark voraus.

Laquer bringt die Auszüge der Kranken- und Gutachtengeschichte von drei Unfallverletzten, bei denen er den Zusammenhang zwischen den einzelnen Unfällen (Verbrennung des Ellenbogengelenks, Schnitt in die Bauchgegend, schwere Knochen- und Gelenkverletzung durch Verschüttung) und der Höhlenbildung im Rückenmark bejahte und von den richterlichen Instanzen anerkannt wurde.

3. Die Ausführungen von Tietze gipfeln in der Beantwortung von zwei Fragen:

a) Kommen wirkliche Rißfrakturen des Fersenbeins vor?

b) Ist die zuerst von Hueter geäußerte Ansicht, daß Fersenbeinbrüche niemals ohne dauernde Funktionsstörung ausheilen können, noch aufrecht zu erhalten?

Bezüglich der Frage a bringt die Durchsicht der Röntgenbilder von 22 Kalkaneusfrakturen den Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Es fand sich niemals eine Bruchform, die man als Rißfraktur hätte ansprechen müssen, es handelte sich vielmehr immer um Kompressionsfrakturen. Isolierte Brüche seitlicher Fortsätze des Kalkaneus (Sustentakulum tali, Prozessus trochlearis) wurden nicht beobachtet. Bei dem Zustandekommen der Kompressionsfrakturen kommen als entscheidende Momente in Betracht: Belastung von oben, Bodendruck, Bandapparat und Spaltrichtung des Knochens. Die Bruchform ändert sich in hohem Grade je nach der Richtung der einwirkenden Kraft.

Ueber die Frage b gibt die Unfallstatistik näheren Aufschluß:

Von 76 Patienten, deren definitives Schicksal bekannt ist, wurden 24 = 32% vollkommen erwerbsfähig, die übrigen erhielten Dauerrenten, und zwar mehr als die Hälfte durchschnittlich nur 15%.

Noch einige Daten über die Therapie. Die mobilisierende Behandlung ist der fixierenden vorzuziehen. Tietze verfährt folgendermaßen:

Gipsverband (gewöhnlich in Varusstellung) auf 10 bis 14 Tage. Danach Gipshülse mit Gehbügel, die den Fuß frei läßt und Massage und Uebungen gestattet. Nach 6 Wochen wird dieser Apparat mit einem gleichen aus Leder gefertigten vertauscht, über dem ein Schuh getragen wird. Uebungen und Massage werden noch längere Zeit fortgesetzt. Den Schienenhülsenapparat tragen die Patienten mindestens 1/2 Jahr.

4. Die Erfahrungen, die Wahl an 321 in den letzten fünf Jahren behandelten Fällen sammelte, stimmen mit den Erfahrungen und Resultaten wohl der meisten Orthopäden überein:

Die Heilungsresultate bei beweglicher Wirbelsäule sind vorzüglich zu nennen. Völlige Heilung kann mit Sicherheit erzielt werden. Behandlungsdauer drei Monate bis zwei Jahre.

Größere oder geringere Besserungen sind auch bei fixierter Wirbelsäule mit Sicherheit zu erreichen. Freilich werden dabei an den Eifer und die Geduld des Patienten und seiner Angehörigen noch größere Anforderungen gestellt.

Bei der Behandlung der fixierten Skoliose bedient sich Wahl eines von ihm konstruierten Reklinationsbettes, das eine ähnlich stark redressierende Wirkung wie der Gipsverband entfalten soll. Desgleichen verwendet er noch ein besonders stark redressierendes Turngerät, das im wesentlichen aus einer am Scheitel der Krümmung angreifenden Gabel und einer Glissonschen Schlinge besteht. Beide Geräte werden dem Patienten nach Hause mitgegeben. Ihre Konstruktion muß im Originalartikel, dem mehrere Figuren beigegeben sind, nachgelesen werden.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer**, Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Das Heeressanitätswesen während der Jahre 1906 und 1907.** Von Stabsarzt Dr. Georg Schmidt. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, 22. Juni, S. 1189.

2. **Erfahrungen aus dem südwestafrikanischen Feldzug.** Von Stabsarzt Dr. Franz-Berlin. Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1908, H. 12, S. 497.

3. **Der deutsche Kriegssanitätsdienst.** Von Oberstabsarzt Dr. Hahn. Der Militärarzt, 1908, Nr. 11. (Schluß.)

1. Nachdem wir vor kurzem in einem Referat über „den deutschen Kriegssanitätsdienst“ von Oberstabsarzt Hahn einen Ueberblick über die wichtigsten, diesen Dienstzweig betreffenden Neuerungen gegeben haben, lassen wir nachstehend nach Stabsarzt Dr. G. Schmidt einen ebensolchen über die Weiterentwicklung unseres Sanitätskorps im Frieden folgen, indem wir das, was Sch. eingangs seiner Arbeit ebenfalls über die Veränderungen im Kriegssanitätsdienst bringt, als bereits besprochen übergehen. Als Aufsichtsinstanzen für die einheitliche Ausübung des militärärztl. Musterungs-, Aushebungs- und Invalidenprüfungsgeschäfts, sowie die fachtechnische Verwaltung der Sanitätsausrüstung, die Fortbildung des Sanitätspersonals usw. sind vier preußische, eine bayerische und eine sächsische Sanitätsinspektion geschaffen, zu denen je ein Generalarzt als „Sanitätsinspekteur“ mit dem Range und den Gebührnissen eines Brigadekommandeurs, ein Stabsarzt und ein Sanitätsunteroffizier gehören. Alle Korpsärzte beziehen jetzt Regimentskommandeursgehalt, die zweite Gehaltsstufe ist weggefallen. Die patentierten Generaloberärzte erhalten wie die Oberstleutnants die Zulage von 1150 M. In Mainz ist die Garnisonarztstelle in die eines patentierten Generaloberarztes umgewandelt und als zweiter Garnisonarzt ein Stabsarzt hinzugekommen. An mehreren größeren Bezirkskommandos sind zur Disposition stehende Sanitätsoffiziere als Diensttuende mit Zulage neu angestellt. Neben den weiblichen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, die bereits bisher in einzelnen Garnisonlazaretten vertragsmäßig an der Krankenpflege teilnahmen, gibt es jetzt „Armeeschwestern“, die meist den Vereinigungen der freiwilligen Krankenpflege entstammen und für die eine besondere Amtstracht vorgeschrieben ist. In den Lehrplan der Kaiser Wilhelms-Akademie, an welcher die Zahl der Studierenden abermals vermehrt ist und deren Neubau in der Invalidenstraße seiner Vollendung entgegengeht, ist ein zahnärztlicher Kurs sowie Unterricht durch einen Generalstabsoffizier im militärischen Kartenlesen und Krokieren eingefügt worden. Den Revierkrankenstuben sind besondere Untersuchungszimmer angegliedert, in den Lazaretten Licht-, Luft- und Sonnenbäder sowie Liegehallen eingeführt und die Röntgenabteilungen erweitert worden. In jedem Armeekorps wird eine Korps-Augen-, Korps-Ohrenstation und eine Korpsstation für Geschlechtskranke eingerichtet. Der Einrichtung psychiatrischer Abteilungen wurde bereits früher gedacht. Einige größere Lazarette erhalten eine zahnärztliche Abteilung unter Leitung eines Sanitätsoffiziers, der die zahnärztliche Staatsprüfung abgelegt hat. Bei den Sanitätsdepots in Posen und Koblenz werden besondere Anfertigungsstellen für Verbandpäckchen eingerichtet. Am 13. Oktober 1907 wurde auf dem Gelände der ehemaligen Dettweilerschen Anstalt im Taunus im Auftrage des Kaisers als Grundherrn durch den Generalstabsarzt der Armee der Grundstein zu dem „Offizierheim Taunus“ für erholungsbedürftige Offiziere und Sanitätsoffiziere gelegt. Bei Erkrankungen in der Familie der Unteroffiziere dürfen jetzt Pflege-

rinnen herangezogen werden, für erholungsbedürftige Unteroffizierfrauen und -kinder sind, wie für Unteroffiziere und Mannschaften bereits seit längeren Jahren, ebenfalls Genesungsheime geschaffen worden, und zwar in Schloß Edstein im Taunus und im Seeheim Osternothafen bei Swinemünde (für das sächsische Heer in Königstein). Standorte, in denen Truppenunterkunft und Lazarett räumlich weit auseinanderliegen, erhalten Garnisonkrankenwagen, in Berlin und Metz werden als solche vorläufig Krankenkraftwagen der Heeresverwaltung benutzt. Weitere Neuerungen betreffen die Militärgesundheitspflege, das Ersatz-, Entlassungs- und Versorgungswesen sowie die Dienstverhältnisse der freiwilligen Krankenpflege. Die amtlichen literarischen Veröffentlichungen der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums und einzelner Sanitätsoffiziere, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann, weisen eine stattliche Zahl wichtiger Arbeiten auf.

2. Auch die Literatur über den südwestafrikanischen Feldzug mehrt sich. Zu den Arbeiten, über welche hier bereits referiert worden ist, tritt jetzt die des Stabsarztes Dr. Franz-Berlin. Wir erfahren, daß das Sanitätspersonal der Schutztruppe im Vergleich zu heimischen Verhältnissen sehr groß, und zwar doppelt so groß war, aus dem einfachen Grunde, weil bei jeder gesondert operierenden Kompagnie oder Batterie ein Sanitätsoffizier sein mußte. Ferner brauchte sie zwei bis drei Sanitätsmannschaften, weil sie nicht selten auf zwei bis drei räumlich getrennte Wasserstellen verteilt war. Später mußten trotzdem in der Heimat in der Eile ausgebildete Militärkrankenpfleger hinausgesandt werden, da die freiwilligen Meldungen von Sanitätspersonal den Bedarf nicht deckten. Sie haben sich gut bewährt. Von mobilen Sanitätsformationen waren zunächst nur zwei kleine Feldlazarette mit je 30 und später zwei große Feldlazarette mit je 200 Betten der Schutztruppe beigegeben, welche letztere in je sieben Teile geteilt wurden, so daß schließlich einschl. eines Marinefeldlazaretts siebzehn Feldlazarette vorhanden waren. Wegen Transportschwierigkeiten konnten sie jedoch den Truppen nur selten folgen, meist blieben sie stationär. Die Schwierigkeiten der Unterbringung, Behandlung und Pflege der Kranken und Verwundeten waren groß. In einem Zelt für 20 Kranke mußten einmal 53 schwere Typhuskranke untergebracht werden, zudem war beim siebenten Feldlazarett an einem Tage das gesamte Personal einschließlich der Aerzte erkrankt. Ueber den Sanitätsdienst im Gefecht ist bereits in Nr. 19 dieser Rundschau einiges referierend mitgeteilt worden. Von 174 während des Krieges tätigen Aerzten fielen 5, wurden verwundet 7 = 7,4 % (bei den Japanern im Mandschurischen Kriege, die die Tätigkeit der Aerzte in der Feuerlinie besonders betonen, 2,7 %). Das Verbandpäckchen hat sich bewährt, das andere Verbandstoffe einhüllende Pergamentpapier wurde jedoch infolge der Trockenheit der Luft sehr brüchig. Als sehr praktisch hat sich die Mitnahme der Schimmelbuschschen Verbandtrommeln auf das Gefechtsfeld erwiesen; die Pravazschen Spritzen mit Asbest- oder Lederstempeln dagegen durchweg nicht, da sie nicht zogen. Bewährt haben sich die allerdings teueren' sogen. Rekordspritzen mit luftdicht eingeschliffenem Nickelkolben, wie sie ähnlich auch die englischen Aerzte im Burenkriege mit Vorteil benutzten. Beifall fanden auch die dosierten sterilen Morphium- und Aetherinjektionen der Kadeschen Apotheke (Berlin), die, weil sie dosiert sind, auch dem Unterpersonal in die Hände gegeben werden können. Es war ratsam, den Verwundeten gleich von vornherein die Maximaldosis zu geben, manchmal waren zur Beruhigung auch 0,04 bis 0,06 notwendig. Die Armeekrankentrage hat sich im allgemeinen gut bewährt, besser noch waren zusammenlegbare Metalltragen, weil alles Hölzerne in Afrika schnell brüchig wird. Häufig mußten Tragen aus Stöcken, Zeltbahnen, Woylachs und Hafersäcken improvisiert werden, die sich jedoch namentlich beim Tragen durch enge Schluchten bewährten. Aus alledem ergibt sich die Wichtigkeit, in Kolonialkriegen für ein gutes Krankentransportwesen zu sorgen. Die Verluste durch Krankheiten hielten sich mit den Gefechtsverlusten die Wage: gefallen und an Wunden gestorben sind 644, an Krankheiten 649. Eine erschöpfende Statistik ist noch nicht möglich, da noch nicht alles Material dazu vorliegt, ebensowenig lassen sich schon jetzt endgültige Schlüsse ziehen. Die Heilung der Wunden war im allgemeinen bei der Trockenheit der Luft sehr günstig. Jodoformgazetampons bewirkten häufig Eiterretentionen. Trotz fast drei Jahre langen Biwakierens der Truppen kam kein einziger Fall von Tetanus vor. Die Berkefeldfilter haben versagt, sie waren durch das meist lehmige Wasser sehr bald verstopft. Die fahrbaren Rietschel-Hennebergschen Apparate waren sehr schwer beweglich, kamen oft erst sehr spät an die Wasserstelle der durstenden Truppen und lieferten auch nicht immer ein klares Sterilisat. Sehr wichtig war es, daß jeder seinen Kot und Urin alsbald verscharrte, wie die Eingeborenen es tun, der Fliegen als Infektionsträger wegen. Ruhr war häufig, die Typhusschutzimpfung schien zwar die Qualität, nicht aber die Quantität der Erkrankungen zu beeinflussen. Malaria war im allgemeinen selten. Wo Anophelesmücken vorkamen, wurde wöchentlich zweimal je 1,0 Chinin gegeben. — Die Anfälle wurden dadurch nicht verhindert. Skorbut war häufig, die häufigste Erschöpfungskrankheit, wahrscheinlich infolge von Unterernährung und Mangel an Schlaf, Erkrankung der Herzmuskulatur.

3. Die drei Sanitätskompagnien und zwölf Feldlazarette eines Armeekorps bilden jetzt zusammen ein Sanitätsbataillon, dessen Kommandeur beide Formationen in disziplinarer und truppendienstlicher Beziehung, nicht aber hinsichtlich des sanitären Dienstbetriebes unterstellt sind. Die Sanitätskompagnie hat jetzt 208 Krankenträger (früher 160). Ihr angeschlossen — nicht unterstellt — sind der Chefarzt (Oberstabsarzt), zwei Stabs- und fünf Assistenzärzte (das frühere „Sanitätsdetachement" hatte keinen Chefarzt, sondern nur einen „ersten Stabsarzt"). Der Chefarzt hat innerhalb seines Dienstbereiches über das Sanitätspersonal die Strafgewalt eines Kompagniechefs. Tritt die Sanitätskompagnie in Tätigkeit, so hat der Kommandeur bezüglich des Sanitätsdienstes den Anforderungen des Chefarztes Folge zu geben und ihm das geforderte Personal und Material zur Verfügung zu stellen. Für den Hauptverbandplatz sind jetzt Azetylenbeleuchtungsgeräte eingeführt, und zwar sowohl zum Aufsuchen der Verwundeten im Dunkeln (als Patrouillenlampen) als auch für die Signalvorrichtung des Hauptverbandplatzes und das Verbindezelt (als Signallaterne und Zeltlampe). Mit der Errichtung des Hauptverbandplatzes soll grundsätzlich so lange gewartet werden, bis die Gefechtslage eine andauernde und wirksame Tätigkeit der Sanitätskompagnie in nicht zu weiter Entfernung vom Orte der Verluste gewährleistet. Dabei ist von vornherein eine Vereinigung der Truppenverbandplätze mit dem Hauptverbandplatz anzustreben. Den Platz für diesen sucht jetzt nach Eingang des Befehls zur Errichtung der Chefarzt aus (früher bestimmte ihn der Divisionskommandeur oder Divisionsarzt), der Kommandeur führt die Kompagnie dorthin, übergibt dem Chefarzt Personal und Material, marschiert mit den Krankenträgern und Krankenwagen auf das Gefechtsfeld und entscheidet, ob letztere bis an den Ort der Verluste folgen können oder ob und wo sie Halt zu machen haben (Wagenhalteplatz). An Stelle der früheren weißen und roten Wundtäfelchen ist jetzt ein einheitliches Muster getreten, an dessen Längsseiten sich zwei abreißbare rote Streifen befinden. Bei marschfähigen Verwundeten werden beide abgerissen, bei transportfähigen nur einer. — Von wichtigeren Veränderungen im Bereich der Etappe ist bereits der Hinzutritt eines Hygienikers und eines Korpsstabsapothekers zu dem den Sanitätsdienst im Bereich der Etappeninspektion leitenden Etappenarzt erwähnt, ebenso die Neueinführung der Feld-Röntgen-Wagen und der fahrbaren Trinkwasserbereiter. Bei der Kriegslazarettabteilung (früher Kriegslazarettpersonal) befindet sich jetzt ein Zahnarzt, worüber wir bereits früher berichtet haben, und ein Instrumentenmacher Für die Krankenverteilung ist jeder Etappeninspektion eine Krankentransportabteilung unter einem Chefarzt (Oberstabsarzt), der den Befehl führt und die Strafgewalt eines Kompagniechefs hat, beigegeben. Dieselbe Strafgewalt hat der Chefarzt eines Lazarettzuges über das militärische Zugpersonal und die im Zuge befindlichen Unteroffiziere und Mannschaften (analog also dem Chefarzt eines Feldlazaretts, während die Chefärzte der Kriegs- und Etappenlazarette über letztgenannte Chargen keine Strafgewalt haben). Die Einrichtung der Hilfslazarettzüge beschränkt sich jetzt nicht mehr auf das Hamburger System (mit sogen. Teufelsklauen, an denen die Tragen hängen) und das System nach Grund (Stellung der Tragen auf Blattfedern mit Rollen), sondern die Tragen können jetzt auch in der Linxweilerschen Vorrichtung, der Hundsieckerschen Halbbehelfsvorrichtung und im Wulff-Hohmannschen Krankentragegestell gelagert werden

(näheres hierüber siehe Krankenträgerordnung vom 15. Mai 1907). — Im Bereiche der Besatzungsarmee werden die Friedenssanitätsinspektionen für die Dauer des Krieges aufgelöst. Den stellvertretenden Korpsärzten steht in Zukunft nicht nur ein beratender Chirurg zur Seite, sondern es werden auch andere nicht dienstpflichtige Fachärzte von Ruf schon im Frieden für einen bestimmten Bezirk vertragsmäßig als Beiräte verpflichtet. Der Garnisonarzt einer armierten Festung hat in Zukunft über das Sanitätspersonal der Festung die Disziplinargewalt eines nicht selbständigen Bataillonskommandeurs. Berechtigt zur Unterstützung des Kriegssanitätsdienstes sind jetzt auch andere Vereine und Gesellschaften — früher hatten sie nur die deutschen Landesvereine vom roten Kreuz und die mit ihnen verbündeten Vereine und die Krankenpflege-Ritterorden. Im allgemeinen — und dies wird noch stärker als früher betont — hat sich die freiwillige Krankenpflege auf die Unterstützung der amtlichen im Heimats- und Etappengebiet zu beschränken. Ganz neu, wie die Regelung des Sanitätsdienstes bei der Kavallerie, ist schließlich die des Sanitätsdienstes bei den Kriegsgefangenen. Verwundete und Kranke werden, was selbstverständlich ist, wie die des eigenen Heeres behandelt, ihre Ueberführung in Vereinslazarette und Privatpflegestätten ist jedoch ausgeschlossen. Kriegsgefangene im feindlichen Lande, die so schwer krank sind, daß sie, wenn überhaupt, erst nach langer Zeit wieder dienstfähig werden, werden, falls es ohne Härten geschehen kann, den Ortsbehörden übergeben. Kriegsgefangene mit ansteckenden Krankheiten werden erst nach Beseitigung ihrer Ansteckungsfähigkeit und Desinfektion ihrer Sachen vom Kriegsschauplatz entlassen und den Gefangenendepots zugeführt. Alle Kriegsgefangenen sind der Schutzpockenimpfung zu unterziehen. In Lazaretten werden sie gesondert untergebracht, zeitweilig und in nicht zu langen Pausen, je nach der Entscheidung durch die Kommandobehörden, werden Todesanzeigen und letztwillige Verfügungen von Kriegsgefangenen durch Parlamentäre den feindlichen Behörden mitgeteilt.

Im Anschluß an die hiermit beendete kurze Uebersicht sei eines Vorschlages gedacht, den nach einer Notiz im „Militärarzt“ vom 12. Juni 1908, Nr. 11, S. 174, der französische Militärarzt Follefont auf Grund seiner Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege machte (s. Renaut, Presse méd., 1907, S. 565): Follefont beobachtete die instinktive Errichtung von Verwundeten-Nestern an den durch das Gelände hierzu geeigneten Orten. Auch wir meinen, daß dies im Reglement berücksichtigt werden sollte, indem wir hinzufügen, daß der Instinkt bekanntlich ja auch das Tier lehrt, sich, wenn es krank ist, den geschütztesten Ort selbst auszusuchen.

3. Wie sich aus der neuen Felddienstordnung ergibt, fällt der Begriff des Sanitätsbataillons als Zusammenfassung der Sanitätskompagnien und Feldlazarette unter einem besonderen Kommandeur wieder fort. Erstere gehören zu den Infanterie-Divisionen, letztere, wie bisher, zu den Trains.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger,** Magdeburg.

1. **Ein neues Keuchhustenmittel.** Von Dr. Kaupe. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 27.

2. **Fibrolysin bei Hepatitis interstitialis.** Von Dr. Moerlin. Ibidem.

3. **Zur Therapie des Keuchhustens.** Von Dr. Bodenstein. Deutsche med. Presse, 1908, Nr. 13.

1. Kaupe hat recht, wenn er sagt: „Die Zahl der gegen Pertussis empfohlenen Mittel ist Legion und gerade der Umstand, daß immer wieder neue auftauchen, ist der beste Beweis für die Unzulänglichkeit.“ Und Referent möchte hinzufügen: „Nicht allein dies, sondern auch die Tatsache, daß jeder Praktiker sofort und gern jedes neue Keuchhustenmittel aufgreift, das auf den Markt gebracht wird, und wünscht, dieses möchte doch endlich ein wirkliches „Heilmittel“ der lästigen Kinderplage sein, beweist die Richtigkeit der von Kaupe aufgestellten Behauptung.“ Darum sind wir bemüht, sobald uns Kenntnis wird von einem neuen Präparat gegen Pertussis, dieses zu prüfen, Berichte darüber zu sammeln und zu sichten, um es weiter zu empfehlen, wenn es einer Empfehlung würdig ist. Was das neue Präparat anlangt, das K. empfiehlt, so handelt es sich um ein von der Société anonyme „La Zyma“ in Aigle (Schweiz) hergestelltes Dialysat der Herba Thymi und Pinguiculae. Das letztere Kraut soll nach Angabe der Fabrik ein proteolytisches Ferment enthalten; der Thymian wird ja schon lange als ein mehr oder weniger zuverlässiges Mittel bei Keuchhusten angesehen. Nach dem Berichte K.s nun erscheint die Verbindung beider Kräuter nicht ungeschickt zu sein; denn danach muß man eine günstige Beeinflussung der Krankheit zugestehen. Bei einem Kinde eines Arztes „Heilung mit einem Schlag“, wie der betreffende Vater sich ausdrückte. In einigen 60 Fällen hat K. diese überraschende Wirkung beobachtet und nur in 2 oder 3 Fällen ein Mißlingen der Kur konstatieren können. Er fand auch, daß bei beginnendem Leiden das spasmodische Stadium ausblieb, und daß in ausgebildeten Fällen die Anfälle schon nach ein bis zwei Tagen seltener und vor allem bedeutend leichter wurden. Auch schien die Dauer der Krankheit ebenfalls ganz erheblich abgekürzt zu werden. Das Dialysat soll folgendermaßen verabfolgt werden: Kinder unter fünf Jahren erhalten morgens und abends nüchtern einen Tropfen in einem Eßlöffel Wasser, und zwar bis zur Abnahme der Anfälle. Dann soll man auf zwei bis drei Tropfen (morgens und abends) steigen bis zur eingetretenen Heilung. Sollten die Anfälle wiederkehren, so empfiehlt sich ein langsamer Rückgang auf wiederum zweimal täglich einen Tropfen. Kinder über fünf Jahre beginnen mit zwei Tropfen und steigen auf drei oder vier Tropfen, ebenfalls morgens und abends. Irgendwelche Nebenerscheinungen hat K. nicht gesehen; auch nehmen die Kinder das Mittel leicht. Einen Versuch mit dem Dialysat sollte man immerhin machen.

2. Moerlin berichtet über einen Fall von Hepatitis interstitialis, bei dem er durch Fibrolysininjektionen eine hervorragende Wirkung erzielte. Von dem Gedanken ausgehend, daß bei der genannten Krankheit die Funktion der Leber durch dem Narbengewebe ähnliche Bindegewebsstränge gestört ist, wandte er zur Lösung der letzteren Fibrolysin an und gab gleichzeitig Karlsbader Salz und wegen pappigen Geschmacks Salzsäuremixtur. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß die anfangs stark geschrumpfte Leber nach der vierten Injektion wieder unterhalb des Rippenrandes fühlbar, die Bauchwassersucht gänzlich verschwunden war. Das Allgemeinbefinden war vorzüglich, Appetit sehr gut. Nach der sechsten Einspritzung machte der Kranke schon wieder leichte Feldarbeiten. Weitere Beobachtungen müssen lehren, inwieweit das Fibrolysin imstande ist, die Leberzirrhose günstig zu beeinflussen. Der günstige Bericht M.s ermuntert zu weiteren Versuchen.

3. Wieder erhebt sich eine Stimme, die das Bronchisan als „Keuchhustenheilmittel“ empfiehlt. Bodenstein hat an zwölf Fällen von Pertussis das Präparat (eine mit Succ. Liquirit. und Thymian versetzte Pyrenollösung) versucht und hebt insbesondere folgende Eigenschaften dieses Mittels hervor: 1. Die expektorierende, sekretionsbeschränkende, desinfizierende und antipyretische Pyrenolwirkung des Bronchisan konkurrieren in unvergleichlich günstiger Weise bei Pertussis. 2. Die kalmierende und sedative Wirkung kommt zur Verminderung der Frequenz sowie Intensität der einzelnen Hustenanfälle und zur Beruhigung der Nerven dem Keuchhusten wesentlich zu statten. 3. Von den bisherigen Keuchhustenmitteln hat Bronchisan außer der größten Sicherheit der Wirkung (?) noch den unschätzbaren Vorteil der Herzstärkung [der herzanregende Einfluß des Pyrenols (sic!)] voraus, während von den bekannten Antipyretizis und den Alkaloiden sowie den meisten der übrigen bisher gegen Keuchhusten üblichen Mitteln gerade das Gegenteil behauptet werden kann. — Nun, andere Autoren behaupten dies wieder von Bronchisan, dem sie skeptisch gegenüberstehen. Obige Auslassungen erscheinen doch ein wenig zu enthusiastisch. Der unbefangene Kritiker entnimmt den vielen widerstreitenden Meinungen soviel, daß das Heilmittel gegen Pertussis bis heute noch nicht gefunden (Refer.).

Publ

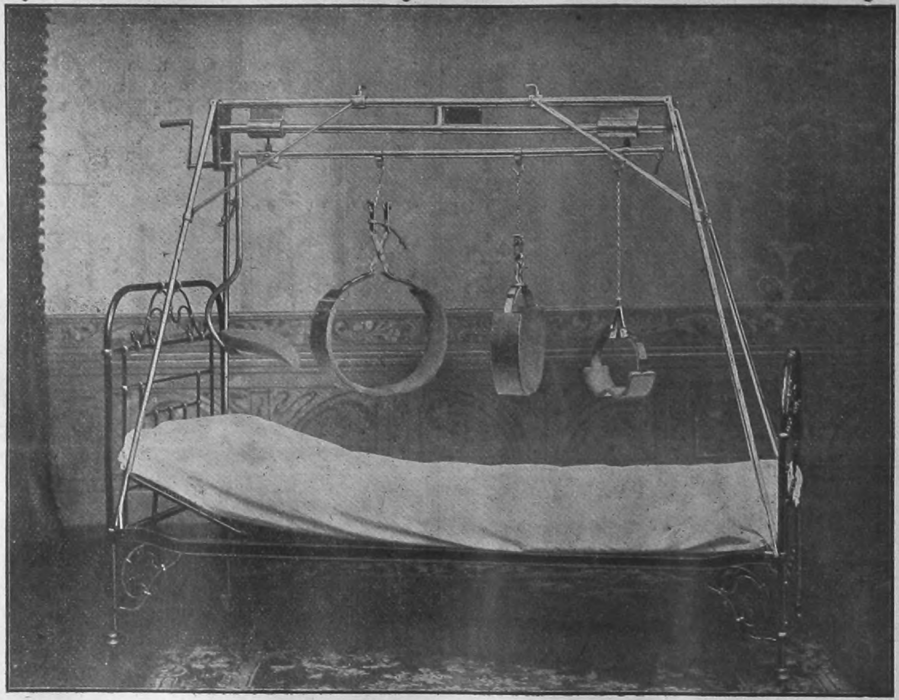
Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer Kranken-Hebe-Apparat.

Von Dr. **Carl Peters,** Eisenach.

Großes Interesse in allen ärztlichen Kreisen, ganz besonders in den klinischen, erweckt der seit etwa Jahresfrist in die Praxis eingeführte neue, reichspatentierte Kranken-Hebe-Apparat nach Dr. Peters-Eisenach.

Er ist dem Wunsche entsprungen, schwerkranken, gelähmten (Apoplexie, Hemiplegie), dauernd komatösen (Typhus, Meningitis), operierten (Laparotomie), schwerverletzten (Rückgrat-, Beckenverletzungen etc.) Patienten die hochgradigen Beschwerden und Schmerzen zu erleichtern, wenn nicht ganz zu ersparen, die für sie mit dem Umbetten, Wechseln der Unterlagen oder größeren Verbände, Ordnen des Bettes etc. verbunden sind. Die meisten derartigen Kranken haben vor diesen oft genug täglich sich wiederholenden Prozeduren eine heillose Angst, oft sogar mehr als vor der Operation selbst, weil das passive Heben des häufig schweren Körpers selbst von gut geschultem Wartepersonal nie so gleichmäßig und ruhig geschehen kann, daß nicht dem Kranken ganz erhebliche Beschwerden und Qualen verursacht werden. Dieses Ziel wird durch den Petersschen Krankenhebeapparat in vollkommener Weise erreicht.



Der Apparat ist so einfach konstruiert, daß er bei jedem Bett, jeder Tragbahre, jedem Operationstisch benutzt werden kann. Er setzt sich zusammen aus:

1. einem aus vernickeltem Stahlrohr gefertigten, auf vier Stativen ruhenden Bock mit einer Windevorrichtung, welcher von großer Leichtigkeit, schnell zusammenlegbar und für selbst ungünstige Standorte sicher aufstellbar ist, ohne je mehr als eine Stellschraube für zwei Stative zu benötigen. Zu diesem Zwecke sind die Stative in den Enden des Obergestells doppelt gelenkig gelagert, so daß sie sowohl beliebig seitlich gespreizt, als auch vor- oder rückwärts gestellt werden können, wodurch die jederzeitige Anbringung auf Bettstellen von jeder beliebigen Breite und Länge ermöglicht wird. (S. Abb.)

Eine leichte Zusammenlegbarkeit und Aufstellbarkeit des Apparates wird durch vier Streben ermöglicht, welche einerseits an die Füße im Doppelscharnier angelenkt, andererseits mit zwei auf der oberen Quergestellstange verschiebbaren, mittels Klemmschrauben feststellbaren Muffen gelenkig verbunden sind.

Durch einfaches Festklemmen der Muffen auf der Stange wird die Feststellung des ganzen Bockes in jeder beliebigen Stellung ermöglicht. Die durch eine starke runde Stahlrohrstange verbundenen Obergestellenden tragen die nach unten hängenden Lager der Windevorrichtung. Letztere besteht aus zwei auf einer Stahlrohrwelle befestigten Trommeln, welche von einer Kurbelwelle aus durch Zahnräderübersetzung in Drehung versetzt werden und auf je einer spiralig gekerbten Rolle je ein starkes Drahtseil aufwickeln; an diesen beiden Seilen ist frei schwebend eine Stahlrohrstange angebracht, an welche die Ketten der eigentlichen Hebegurten befestigt werden.

2. Aus den zum Anlegen an den Kranken bestimmten Teilen, nämlich:

a) einer schaufelförmigen, muldigen Kopfstütze, die durch eine nach hinten ausgebogene Stange mittels Klemmschraube in einem Rohr befestigt ist, das rechtwinklig geknickt in dem oberen Ende der frei schwebenden, zum Heben des Kranken bestimmten Querstange mittels Klemmschraube verschiebbar eingelassen ist. Dadurch wird eine ausgiebige Verstellung der Kopfstütze in vertikaler und horizontaler Richtung ermöglicht. Um ein Unterlegen der Kopfstütze unter den Kopf ohne Heben desselben — z. B. bei schweren Kopfverletzungen — zu ermöglichen, ist in der Mitte der die Schaufel tragenden gebogenen Stange ein Gelenk angebracht, das ein Unterschwingen der nach hinten gehobenen Schaufel unter den Kopf gestattet;

b) drei zangenförmigen, breiten, mit Leder weich gepolsterten Greifern, welche den Kranken umfassen und sich dann selbsttätig durch die Schwere des Körpers schließen. Diese drei Greifer — ein großer für die Schulter, ein mittelgroßer für das Becken, ein kleiner, mit zwei an den Enden aufwärts gebogenen Schenkeln, für die Unterschenkel —

hängen an je einer oben mit einem Ring versehenen starken Kette und werden — nach Anlegung an den Kranken — mittels dieses Ringes an drei frei auf der Schwebestange beliebig verstellbaren Haken befestigt. Durch Anziehen der Windetrommeln von einer Kurbel aus wird durch die auf den Rollen sich aufwickelnden zwei Drahtseile die Schwebestange, an der der Kranke — mit dem Kopf auf dem Kopfhalter, mit dem Leibe in den drei Klammern ruhend — hängt, gehoben, und damit eine passive gleichmäßige Hebung des Kranken bewirkt, ohne jegliche Stoß- oder Zugbewegung; in dieser Schwebe können bequem Verbandwechsel aller Art vorgenommen werden, während gleichzeitig die Unterlagen, Betten etc. gewechselt und zurecht gemacht werden können. Der Apparat arbeitet so leicht, daß er von einer Schwester bedient werden kann. Dabei ist jeder Körperteil erforderlichenfalls zwecks Verbandwechsels freizulegen, ohne eine aktive Bewegung des Patienten zu erfordern.

Die Hauptvorzüge des Apparates sind kurz folgende:

1. Leichte Transportabilität infolge des verhältnismäßig geringen Gewichts;
2. die Leichtigkeit seiner Bedienung durch nur eine Person;
3. die schnelle und einfache Zusammenlegbarkeit und Aufstellung;
4. die Möglichkeit der Anbringung auf jedem Bettgestell;
5. die bequeme Anlegbarkeit der zangenförmigen Lagergurte, ohne daß der Kranke im geringsten bewegt wird;
6. die sichere, gleichmäßige Hebung des Kranken, die jede Schmerzempfindung beim Heben ausschließt.

Der Apparat, der die Beachtung der weitesten ärztlichen Kreise verdient, hat das Hauptfeld seiner Anwendung in chirurgischen, gynäkologischen und medizinischen Kliniken, in allgemeinen Krankenhäusern, Lazaretten, namentlich auch Feldlazaretten, wobei infolge der leichten Transportabilität für jede Station ein Apparat genügt, findet aber auch bei den Rettungsgesellschaften, Unfallstationen etc. in größeren Städten zur leichteren, schmerzlosen Hebung und Aufbahrung Schwerverletzter auf die Transportbahre ausgiebige praktische Verwendung.

Die Hebevorrichtung, deren alleiniges Herstellungsrecht der Firma Wilhelm Holzhauer in Marburg übertragen wurde, ist seit ca. einem Jahre in einer Reihe von Kliniken und Krankenhäusern, besonders Süddeutschlands. zur Einführung gekommen und bewährt sich im praktischen Gebrauch auf das vortrefflichste — zu gleich großer Befriedigung und Freude von Aerzten und Kranken.

Bücherbesprechungen.

Nervöse Zustände. Neue Wege zu ihrer Erkenntnis und Behandlung von Dr. med. Lots in Friedrichroda. Verlag Otto Salle, Berlin. Preis 1,50 M. 77 S.

In seiner Broschüre legt Lots die Ergebnisse nieder, die sich aus seiner langjährigen Erfahrung herauskristallisiert haben und die kennen zu lernen um so interessanter ist, als sie lebhaft zur Kritik herausfordern. L. sieht in der Nervosität nicht eigentlich eine Krankheit, sondern eine Abwehrerscheinung des Organismus gegen eine Vernachlässigung der Tätigkeit der Haut im Sinne eines dem Zentralorgan latente Kraft zuführenden nervosen Organes. Es ist also die Nervosität eine Reaktion analog der Drüsenschwellung, dem Fieber etc., und sie verdankt ihre Existenz den Einflüssen unseres Kulturlebens. Obwohl Lots' Anschauung auch „nur" Hypothese ist — freilich eine, die ihm durch die Geschichte und durch die praktische Erfahrung bewiesen zu sein scheint —, verdient sie entschieden eine kritische Beleuchtung und Prüfung, nicht allein weil sie ein erfahrener Praktiker ausspricht, sondern vor allem weil sie der Neurasthenie den Anschluß an die physiologischen Prozesse vermittelt, der ihr bisher nicht zugebilligt wurde — und je mehr wir hinter das Geheimnis der Pathologie kommen, eine „abgeartete" Physiologie zu sein, desto besser für unsere Therapie, desto weiter werden wir uns von der lokalen Behandlung entfernen. Auch im Abschnitt über die Therapie der Nervosität bringt L. einige beachtenswerte neue Resultate seiner Erfahrung, so daß man das Buch bestens empfehlen und ihm eine gute Prognose stellen kann.

Lungwitz-Berlin.

Knochenstoff in colloider Form, ist das leicht verdauliche und leicht assimilierbare, seit Jahrzehnten in der ärztlichen Praxis erprobte **Antirachiticum**

„Geh. Rat. Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch".

Enthält in aufgeschlossener Form alle anorganischen Bestandteile des menschlichen Knochengerüstes.

Armenverbänden Ermäßigung!

Prospekte und Abhandlung durch **Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.**

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES **KARLSBADER** SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader **SALZ**
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der **Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.**
Wirkung, ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C. 2/28.

Die Krankheiten des Herzens und der Gefäße, deren Ursachen, deren Komplikationen.
Die moderne Bäderbehandlung stellt für die Krankheiten des Herzens und der Gefäße drei Kardinal-Forderungen:
1. Den Gebrauch von an Kohlensäure reichen Solbädern; — **2.** Eine für Herzkranke günstige Höhenlage, d. i. mittlere Gebirgslage, welche sich auch für Terrainkuren eignet; — **3.** Eine geeignete Trinkkur, um die mannigfaltigen Ursachen und Folgen der Herz- und Adererkrankungen: Gicht Fettsucht Diabetes, Blutstauungen in Lungen -und Unterleibsorganen. Störungen der Gallensekretion, Verdauungsstörungen zu bekämpfen **Diese Forderungen erfüllt Bad Orb.** Seine an Kohlensäure überreichen Solsprudel, seine Lage in den Ausläufern der Spessartberge, seine **Martinusquelle** machen Bad Orb zu einem Heilbade erst Rang f d vielf Ursachen u Komplikationen der Herzfehler. Versd. d Martinusquelle 30 Fl M. 18,—, an Ärzte M 7,50. Kurdirektion.
Bad Orb

LungenerKrankungen
und die **Arminiusquelle** in **Lippspringe.**
Die Arminiusquelle in Lippspringe wurde im Jahre 1907 von fast **7000 Lungenkranken** — gegen ca. 6000 im Jahre 1905 — besucht. Eine Reihe von Versicherungsanstalten, Vereinen, Gemeinden, Stiftungen usw. schickte Kranke mit bestem Erfolge; z. B. die Versicherungsanstalt Westfalen liess in den letzten Jahren **jährlich 600 Versicherten** eine Kur an der Arminiusquelle zuteil werden. Ueber die hier in **freier Kur** erzielten ausserordentlichen Heilerfolge vergleiche die Jahresberichte der Landesversicherungsanstalt Westfalen. Der Jahresbericht des Barmer Vereins für Gemeinwohl pro 1904 sagt z. B.: „Bei dem Vergleich der Kurerfolge von Lippspringe mit den anderen Kurorten bezw. Anstalten für Lungenkranke steht Lippspringe an erster Stelle." — Der neu entstandene **Kurbrunnen** steht mit der **seit 70 Jahren bewährten Arminiusquelle** und deren Verwaltung nicht in Verbindung. Jede weitere Auskunft erteilt die **Brunnen-Administration der**
Lippspringe, Westf. (Bahnstation). **Arminiusquelle.**

Cologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial

Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Schriften des Kgl. Sanitätsrats Dr. M. Bresgen in Wiesbaden.

Die frischen Entzündungen der Rachenhöhle und des lymphatischen Rachenringes (mit Ausschluss der Diphtherie), ihre Ursachen und ihre Behandlung.
Preis Mark 1,40.

Entstehung und Behandlung der Furunkel des äusseren Gehörganges.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Nasen- etc. Krankh. Bd. IV, H. 4.
Preis Mark 1,50.

Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege.
Preis Mark 1,40.

Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Atmung und das Herz.
Preis Mark 1,—.

Lebensversicherung und Krankheiten der Nasen- und Rachenhöhle.
Preis Mark 0,50.

Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchungen und Behandlung solcher Kranken.
Preis Mark 1,60.

Der Vorhof der Nase als Krankheitsort.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nasen- etc. Krankh. Bd VI, H. 1.
Preis Mark 1,50.

Der Wert des Gurgelns.
Enthalten in Samml. zwangl. Abhandl. a. d Geb. d. Nasen- etc. Krankh. Bd. IV, H 10.
Preis Mark 1,50.

Fünfundzwanzig Jahre Nasen- und Hals-Arzt.
Eine Übersicht über das letzte Viertel des neunzehnten Jahrhunderts.
Preis Mark 1,50.

DR. LAHMANN'S

Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**

vegetabile (Pflanzen) Milch

Alleinige Fabrikanten:
Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Externe Salicyl-Therapie!

Dr. R. Reiss.

Promptwirkende, weiche Salicyl- u. Salicyl-Ester-Seifen
Bestens empfohlen von ersten Autoritäten, in- und ausländischen Kliniken und praktischen Aerzten.

Dr. R. Reiss'
Rheumasan
Rheumatismus, Gicht, Ischias, Migräne, Influenza, Tylosis.
Tube M. 2,—. Topf M. 1,25.

Ester-Dermasan
desgleichen bei hartnäckigen Fällen; ferner bei Psoriasis und Pityriasis.
Tube M. 2,50. Topf M. 1,50.

Teer-Dermasan
Chrysarobin-Dermasan Chrysarobin-Teer-Dermasan.
Chron. Ekzeme jeder Art, Pityriasis, Psoriasis, Prurigo u. Scabies. Kl. Tube M. 1,25, gr. Tube M. 2,50.

Ester-Dermasan-
Vaginal-Kapseln
☛ Parametritis, Perimetritis, Oophoritis u. Blennorrhoea. Schachtel mit 10 St. M. 2,—.

Chemische Werke Dr. Albert Friedlaender G. m. b. H., Berlin W. 35, Genthinerstr. 15.
Literatur und Proben kostenlos.

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"
Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.
Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à 1,20 M für Erwachsene und 0,80 M. für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S., A. Dührssen, Berlin, C. A. Ewald, Berlin, E. Friedberger, Berlin, P. Gerber, Königsberg,
H. Schlange, Hannover, Ad. Schmidt, Halle a. S., H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.,
R. Kobert, Rostock, M. Koeppen, Berlin, M. Mosse, Berlin, K. Partsch, Breslau, H. Rosin, Berlin,
H. Senator, Berlin, R. Sommer, Gießen, H. Unverricht, Magdeburg, O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 16. August 1908. **Nr. 33.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. A. Scharff, Calbe a. S.: Ueber Anwendung und Wirkung der Pyozyanase bei Infektionskrankheiten, besonders bei Diphtherie. 497

II. Referate:
1. O. Fellner, Wien: Eklampsie (Sammelreferat) 502
2. H. Landau, Berlin: Chirurgie 503
3. C. Bachem, Bonn: Pharmakologie. 504

III. Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 505

IV. Technische Neuerscheinungen:
M. Plien, Berlin: Präzisions-Gärungs-Saccharometer mit Quecksilberfang 506

V. Bücherbesprechungen:
W. B. Müller, Berlin: Narkologie. (Referent H. Försterling, Mörs 506

VI. Korrespondenz 507

ORIGINALIEN.

Ueber Anwendung und Wirkung der Pyozyanase bei Infektionskrankheiten, besonders bei Diphtherie.

Von Dr. med. **A. Scharff**, Calbe a. S.

Eine außergewöhnlich lange anhaltende Diphtherieepidemie gab mir in den letzten Jahren Gelegenheit, eingehende Untersuchungen über diese Krankheit und ihre Behandlung anzustellen. Wenn auch, dank dem Heilserum, die Sterblichkeit eine nicht zu hohe war, so gab es doch immer wieder Fälle zu sehen, bei denen das Heilserum versagte, ferner solche, bei denen trotz wiederholter Einspritzungen die Beläge sich nur langsam zurückbildeten und nach langer Krankheit schwere Nachkrankheiten zurückblieben. In einigen Fällen war diese ungenügende Wirkung des Heilserums offenbar darauf zurückzuführen, daß außer Diphtheriebazillen noch Strepto- und Staphylokokken als Krankheitserreger tätig gewesen waren. In solchen Fällen versagten auch alle Mittel, die neben dem Heilserum teils innerlich, teils lokal verordnet wurden.

Der Wunsch lag daher nahe, ein Mittel zu besitzen, welches neben dem Heilserum besonders in Fällen sogenannter Mischinfektion wirksam sein könnte. Durch die Veröffentlichung der Arbeit von Emmerich, „Die Pyozyanase als Prophylaktikum und Heilmittel bei bestimmten Infektionskrankheiten“ in Nr. 45 und 46 der „Münchener medizinischen Wochenschrift“, wurde ich nun auf die Pyozyanase aufmerksam gemacht, und nachdem ich zuerst vergeblich versucht hatte, dieses neue Mittel zu bekommen, gelang es mir, von dem bakteriologischen Institut Lingner in Dresden die nötigen Versuchsmengen Pyozyanase zu erhalten. Ich habe nun die Pyozyanase in 39 Fällen von Infektionskrankheiten, darunter 25 Fällen von Diphtherie, angewendet und möchte im folgenden über die damit gemachten Erfahrungen berichten.

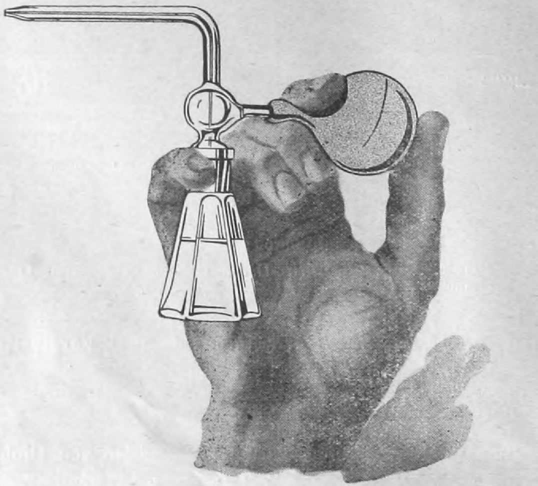
Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen der Pyozyanasebehandlung will ich hier nicht schreiben und verweise die, denen sie noch fremd sind, auf die Originalarbeiten von Emmerich und anderen, auch auf die im „Bakteriologischen Institut Lingner“ bearbeitete Schrift „Ueber Pyozyanase und ihre Anwendung bei Infektionskrankheiten“, die auch ausführliches Literaturverzeichnis enthält.

Ueber weitere Versuche, die in dem hygienischen Institut der Universität Berlin angestellt wurden, berichtet Schapiro in der „Hygienischen Rundschau“ (Nr. 8 vom 15. April 1908). Durch diese Versuche wurden die Beobachtungen von Emmerich und Löw und anderen, betreffend die bakterizide Wirkung der Pyozyanase, bestätigt. Ich will von den Ergebnissen der sehr interessanten Untersuchungen nur folgende zwei Punkte hervorheben: 1. die Pyozyanase entfaltet auf bestimmte Bakterienarten, wie Diphtheriebazillen, Gonokokken, Streptokokken usw. eine starke bakterizide Wirkung; 2. die schädliche Wirkung auf Tierorganismen — Mäuse, Meerschweinchen — hält sich namentlich bei den neueren Präparaten in mäßigen Grenzen, die Verabreichung per os wurde von den Tieren am besten vertragen. Auf weitere Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen, muß vielmehr wieder auf die Originalarbeit verweisen.

Ferner hat Mühsam gemeinschaftlich mit Weil im Krankenhause Moabit Versuche angestellt, die ergaben, daß Pyozyanase bakterizid auf Diphtheriebazillen wirkte. („Ueber Pyozyanasebehandlung der Diphtherie“ von Oberarzt Dr. Richard Mühsam. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6 vom 6. Februar 1908.)

Experimentelle Versuche über die bakterizide Wirkung der Pyozyanase habe ich nicht anstellen können, ich habe das Mittel am Krankenbett erprobt und zwar nicht wie die bisherigen Beobachter im Krankenhaus, sondern in der Privatpraxis. Da ich auf die früheren Arbeiten über Pyozyanasebehandlung noch öfter zurückkommen muß, möchte ich gleich hier erwähnen, daß außer den bereits angeführten noch folgende Arbeiten erschienen sind: Zucker, „Zur lokalen Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanase“ (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 44, Heft 1 bis 3), und Schlippe, „Zur Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanase und über die Persistenz der Diphtheriebazillen“ (Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 14 vom 2. April 1908).

Die Pyozyanasebehandlung der Diphtherie erfolgte früher mittels des Escherichschen Zerstäubers. Diese Methode ist wesentlich erleichtert und verbessert durch Lingner, der den Zerstäuber modifiziert und mit Gummiball versehen hat. Die Gebrauchsanweisung und Abbildung, die ich der bereits oben erwähnten Schrift „Ueber Pyozyanase und ihre Anwendung bei Infektionskrankheiten“ entnehme, lasse ich gleich hier folgen.



Gebrauchsanweisung: „Die Applikation der Pyozyanase kann durch Einträufeln, Aufpinseln oder bequemer und energischer durch Versprayen mittels des handlichen Lingnerschen Sprayers erfolgen, der folgendermaßen angewandt wird:

„Mit der rechten Hand faßt man das Fläschchen mit dem Spray-Apparat und zwar so, daß man den Gummiball zwischen Daumen, Zeige- und Mittelfinger hält, während der Flaschenhals zwischen Gold- und kleinem Finger eingeklemmt wird.

„Die Besprayung des Rachens soll nach Emmerich möglichst dreimal täglich geschehen. Dabei soll der Gummiball jedesmal ca. 20mal langsam, aber vollständig zusammengepreßt werden. Mit der linken Hand drückt man mittels eines Löffelstieles die Zunge des Patienten nieder. Um eine Ermüdung des Kranken zu vermeiden und um eine stärkere Wirkung zu erzielen, läßt man nach den ersten zehn Kompressionen des Balles eine Pause eintreten und setzt nach fünf bis zehn Minuten die Zerstäubung fort.

„Zur Desinfektion der Nase und des Nasenrachenraumes genügen ein bis zwei Einsprayungen täglich mit je 10 bis 20 Ballkompressionen. Es ist ratsam, das Röhrchen möglichst tief in die Nase einzuführen und den Kopf des Patienten nach rückwärts zu beugen.

„Ueberschüssige Pyozyanase läßt man ausspucken.

„Der Spray-Apparat kann leicht durch Auskochen sterilisiert und gereinigt werden.“

Ich habe diese Besprayung des Rachens gewöhnlich dreimal täglich ausgeführt und zwar habe ich es zum Teil selbst gemacht, zum Teil durch die mit der Pflege der Diphtheriekranken betraute Gemeindeschwester machen lassen. Anfangs ist es meist etwas schwierig, bei Kindern diese Behandlung durchzuführen, aber gewöhnlich gewöhnen sie sich bald daran und lassen sich dann das Einblasen ruhig gefallen. Uebrigens ist das Schreien der Kinder nicht hinderlich, sondern oft sogar vorteilhaft, indem die Kinder dabei den Mund so weit öffnen, daß sich die Besprayung des Rachens ausführen läßt, ohne daß man genötigt ist, die Zungenwurzel mit dem Löffelstiel niederzudrücken. In einigen schweren Fällen habe ich die Besprayung auch noch öfter wiederholen lassen.

Außer in Form der Besprayung des Rachens und der Nase habe ich die Pyozyanase auch in Dampfinhalation angewendet bei fünf Fällen von diphtheritischer Erkrankung des Kehlkopfes. Ich habe dazu einen gewöhnlichen Inhalationsapparat gebraucht, die Pyozyanase mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und diese verdünnte Lösung zweistündlich inhalieren lassen.

In weitaus der Mehrzahl der Fälle habe ich Pyozyanase neben dem Heilserum angewendet, in einem Fall ohne Heilserum. Ich werde diesen Fall noch besonders schildern. Hervorheben will ich, daß fast alle Fälle bakteriologisch untersucht sind und zwar mehrmals. Die Untersuchungen wurden ausgeführt im Königlichen Medizinal-Untersuchungsamt in Magdeburg, dessen Vorsteher, Herrn Kreisarzt Dr. Burmeister, ich für seine liebenswürdige Unterstützung auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Ich möchte nun die einzelnen Krankheitsfälle besprechen und zwar zunächst zwei Fälle, die tödlich verliefen.

E. B., 9 Monate alt, erkrankte am 17. Februar 1908 mit Husten und Schnupfen; am 19. Februar bekam das Kind „Bellhusten“, in der Nacht vom 19. zum 20. Februar Atemnot. Am 20. Februar kam die Mutter mit dem Kind zu mir in die Sprechstunde. Das Kind war in einem traurigen Zustand. Im Hals fand sich ein schmieriger grauer Belag, der bis auf die Mitte des Gaumens reichte. Zunge dick belegt, submaxillare Drüsen stark geschwollen, aus der Nase sickerte ein dünnes übelriechendes Sekret, starker foetor ex ore, starke Stenose, Stimmlosigkeit, bellender Husten, Gesicht blaß, Nase und Lippen zyanotisch, Temperatur 37,0. Puls schwach, unregelmäßig, sehr stark beschleunigt. Ich riet der Mutter, das Kind schleunigst zur Vornahme der Tracheotomie in das Krankenhaus zu bringen, doch die Mutter weigerte sich ganz entschieden, dies zu tun. Um nichts unversucht zu lassen, injizierte ich dem Kinde Heilserum Nr. I und machte Pyozyanaseeinblasungen und Dampfinhalationen, ließ außerdem Einpackungen machen und Wein geben. Bereits in der darauffolgenden Nacht trat unter zunehmenden Stenoseerscheinungen der Exitus ein. Da die Mutter angab, sie habe selbst acht Tage vorher Halsschmerzen gehabt, so machte ich von ihr einen Mandelabstrich. Es fanden sich Diphtheriebazillen.

Der zweite Todesfall betraf den fünf Jahre alten Knaben W. F. Auch er war bereits mehrere Tage krank und bisher von einer Kurpfuscherin mit „Streichen“ behandelt worden. Als ich am 10. April 1908 nachts gerufen wurde, fand ich das Kind sehr schwer krank. Auch hier starker foetor ex ore, schmieriger Belag auf beiden Tonsillen, starke Drüsenschwellung, aus der Nase entleert sich blutig-eitriges Sekret, bellender Husten, Dyspnoe. Bakteriologische Untersuchung des Mandelabstrichs ergibt: spärlich Diphtheriebazillen, reichlich Strepto- und Staphylokokken. Auch hier wurde mein Vorschlag, das Kind dem Krankenhause zu überweisen, schroff zurückgewiesen, und ich mußte daher versuchen, die Behandlung im Hause durchzuführen. Ich injizierte sofort Heilserum Nr. I und begann am nächsten Morgen mit Pyozyanase. Anfangs schien es, als ob trotz der schweren Infektion noch eine Heilung eintreten könnte: der foetor ex ore verschwand, die Beläge bildeten sich zurück, die Temperatur fiel zur Norm ab, aber — das Herz wurde immer schwächer und trotz aller Analeptika trat am 15. April, nachdem bereits am 14. April Gaumenlähmung festgestellt wurde, der Exitus infolge von Herzlähmung ein. Ich will gleich hier erwähnen, daß alle (drei) Geschwister und die Mutter dieses Kindes gleichfalls schwer erkrankten, aber sämtlich geheilt wurden, muß auch noch hervorheben, daß der kleine Patient in den letzten beiden Krankheitstagen nicht mehr mit Pyozyanase behandelt werden konnte, da mein Vorrat verbraucht war und neue Pyozyanase nicht schnell genug beschafft werden konnte.

Wenn ich auf diese beiden Todesfälle nochmals etwas näher eingehen soll, so muß ich sagen, daß in dem ersten Fall eine Heilung wohl kaum noch erwartet werden konnte. Vielleicht hätte ja die Tracheotomie den Exitus noch verhindern können, aber die Eltern wollten das Kind nicht operieren lassen, und bei dem jugendlichen Alter, der Schwere der Erkrankung und dem langen Bestehen der Krankheit war doch wohl die Aussicht auf Heilung nur eine äußerst geringe. Der zweite Patient hätte meiner festen Ueberzeugung nach trotz der schweren Infektion gerettet werden können, wenn nicht die Eltern zu spät für ärztliche Hilfe gesorgt hätten. Daß durch die „Behandlung“ der Kurpfuscherin das Krankheitsgift erst recht in die Lymphbahnen und Blutbahnen hineingebracht und dadurch septische Erscheinungen hervorgerufen wurden, unterliegt für mich keinem Zweifel.

Außer diesen beiden Fällen ist keiner von den mit Pyozyanase behandelten Kranken gestorben.

Ich möchte nun aus der Zahl der übrigen von mir mit Pyozyanase behandelten Diphtheriefälle noch einige Krankengeschichten besonders hervorheben.

1. C. J., 6 Jahre alt, erster von mir mit Pyozyanase behandelter Patient, erkrankte am 6. Februar 1908 mit Erbrechen, Kopf- und Leibschmerzen. 7. Februar nachmittags wurde ich gerufen und fand grau-weißen Belag auf beiden Tonsillen und dem Zäpfchen, starken foetor ex ore, Fieber, Pulsbeschleunigung. Zunge stark belegt, Submaxillardrüsen geschwollen. Injektion von Heilserum Nr. I. Am nächsten Tage waren die Beläge größer geworden, hatten sich bis auf die Mitte des Gaumens ausgedehnt. Im Mandelabstrich finden sich neben Diphtheriebazillen reichlich Streptokokken. Injektion von Heilserum Nr. II.

10. Februar. Zustand noch nicht gebessert, Drüsen stärker geschwollen, Belag hat sich noch vermehrt.

12. Februar. Noch keine Abnahme der Beläge, erste Anwendung von Pyozyanase, noch immer Fieber.

13. Februar. Belag etwas weniger, Allgemeinbefinden besser.

14. Februar. Fieberfrei, Belag weniger, Patient sitzt im Bett und singt.

18. Februar. Belag völlig verschwunden, subjektives Wohlbefinden, Gaumenlähmung.

Das Kind bekam später noch eine Lähmung der Augenmuskeln, Schielen auf beiden Augen, die aber, ebenso wie die Gaumenlähmung, allmählich wieder zurückgegangen ist. Außer diesem Fall habe ich nur noch einmal eine leichte Gaumenlähmung beobachtet.

Bei allen übrigen mit Pyozyanase behandelten Diphtheriefällen habe ich keine Nachkrankheiten wieder gesehen. Auffallend war in diesem Falle, wie schnell die Beläge schwanden, die vorher trotz zweimaliger Injektion von Heilserum und Gurgeln mit essigsaurer Tonerdelösung nicht weniger werden wollten, ja anfangs noch zunahmen, auffallend auch, wie schnell sich das Allgemeinbefinden besserte. Daß es sich um einen schweren Fall handelte, geht nicht nur aus den Krankheitserscheinungen, sondern auch aus dem bakteriologischen Befund hervor.

Ich möchte nun noch einige Krankengeschichten von Fällen anführen, wo neben Diphtheriebazillen Streptokokken oder Strepto- und Staphylokokken gefunden wurden, die aber vom ersten Tage ab mit Pyozyanase behandelt wurden. Ich führe nur die charakteristischsten Fälle an:

1. Fall. H. G., 14 Jahre alt (bakteriologisch: Diphtheriebazillen, wenig Strepto- und Staphylokokken), erkrankte am 6. April 1908. Temp. 39,0, Puls 140, Belag auf beiden Tonsillen, foetor ex ore, Drüsenschwellung. Heilserum Nr. I, Pyozyanase.

7. April. Temp. 37,3, Puls 120, Belag weniger, foetor verschwunden.

8. April. Temp. 37,0, Puls 96, nur noch wenig Belag, subjektives Wohlbefinden, guter Appetit.

9. April. Temp. 36,7, Puls 78, Belag völlig verschwunden, Zunge rein, Drüsenschwellung zurückgegangen. Patient fühlt sich völlig gesund. Nach acht Tagen keine Diphtheriebazillen mehr.

2. Fall. O. F., 5 Jahre alt (bakteriologisch: spärlich Diphtheriebazillen, reichlich Strepto- und Staphylokokken), erkrankte am 8. April 1908 mit Erbrechen, Kopf- und Leibschmerzen, Stuhlverstopfung, Halsschmerzen.

9. April. Temp. 39,3, Puls 150, Belag auf beiden Tonsillen, Zunge belegt, foetor ex ore, Drüsen geschwollen. Heilserum Nr. I, Pyozyanase.

10. April. Temp. 37,8, Puls 120, Belag weniger, foetor geringer, Allgemeinbefinden besser.

11. April. Temp. 37,0, Puls 102, weitere Besserung.

12. April. Völlig fieberfrei, Belag völlig verschwunden, Zunge rein, Appetit und Stuhlgang gut, subjektives Wohlbefinden.

14. April. Mandelabstrich: Diphtheriebazillen, spärlich Streptokokken, keine Staphylokokken.

24. April. Mandelabstrich: keine Bazillen mehr gefunden.

3. Fall. M. F., 10 Jahre alt (Schwester von dem an Diphtherie gestorbenen W. F.), bakteriologisch: Diphtheriebazillen, reichlich Streptokokken, erkrankte am 12. April 1908. Temp. 39,8, Puls 130, foetor ex ore, Belag auf beiden Tonsillen, Zunge belegt, Erbrechen. Es wird Heilserum Nr. I injiziert und Pyozyanase eingeblasen.

13. April. Temp. morgens 37,0, abends 38,5, Puls 120, sonst keine wesentliche Aenderung.

14. April. Temp. früh 36,7, abends 36,8, Puls 102, Belag weniger, foetor hat abgenommen, Allgemeinbefinden besser.

16. April. Völlig fieberfrei, Belag völlig verschwunden, Zunge rein, kein foetor ex ore mehr, Appetit gut, Allgemeinbefinden sehr gut.

Nachuntersuchung am 22. April: keine Diphtheriebazillen mehr.

Besonders interessant ist folgender Fall, der die Mutter des Kindes M. F. (Fall 3) betrifft.

4. Fall. Frau F., 35 Jahre alt, erkrankte am 13. April 1908 abends. Es fanden sich Beläge auf beiden Tonsillen, Allgemeinerscheinungen (Kopfschmerzen, Uebelkeit, Appetitmangel). Fieber 38,6, Puls 120. Es wurde sofort Heilserum Nr. I injiziert und Pyozyanase eingeblasen. Die bakteriologische Untersuchung des Mandelabstriches, der vor Behandlung mit Pyozyanase entnommen wurde, ergab: Diphtheriebazillen und Streptokokken, 16stündiges Wachstum. Nach zweimaligem Einblasen von Pyozyanase wurde am 14. April (von Herrn Dr. Burmeister) ein zweiter Mandelabstrich gemacht. Dessen bakteriologische Untersuchung ergab: Diphtheriebazillen, Reinkultur, 8stündiges Wachstum.

Daß dieser auffallende Unterschied im bakteriologischen Befund auf die Wirkung der Pyozyanasebehandlung zurückzuführen ist, unterliegt wohl keinem Zweifel.

Ich fahre nun in der Krankengeschichte fort.

14. April morgens: Temp. 37,8, Puls 96, abends: Temp. 38,2, Puls 102, sonst keine wesentliche Aenderung, nur hat der foetor ex ore etwas abgenommen.

15. April morgens: Temp. 36,7, Puls 78, abends: Temp. 37,2, Puls 84, Belag hat abgenommen, Zunge beginnt sich zu reinigen, gar kein foetor mehr, Allgemeinbefinden besser.

16. April. Völlig fieberfrei, Temp. 36,4, Puls 66 morgens und abends, Belag völlig verschwunden, Zunge frisch rot und feucht, vorzügliches Allgemeinbefinden.

22. April. Nachuntersuchung: keine Diphtheriebazillen mehr.

Um mich nicht zu wiederholen, will ich von diesen Krankengeschichten keine weiteren anführen, sondern nur bemerken, daß in den übrigen Fällen, in denen außer Diphtheriebazillen noch Streptokokken oder Strepto- und Staphylokokken gefunden wurden (es sind außer den bereits oben geschilderten 6 Fällen noch 8 Fälle), der Verlauf ein ganz analoger war. Ueberraschend schnell gingen die Krankheitserscheinungen zurück, und nach wenigen Tagen war völlige Heilung eingetreten. Unter „völliger Heilung“ verstehe ich hier, daß die Kranken völlig fieberfrei waren, keine Spur von Belag mehr hatten und bestes subjektives Wohlbefinden eingetreten war. Daß trotzdem noch virulente Diphtheriebazillen in Mund und Nase und

Publi

Rachen vorhanden sein können und meistens noch längere Zeit sind, ist ja bekannt. Ich will auf diese Frage noch später zurückkommen. Ich möchte hier nur noch erwähnen, daß außer den 14 Fällen, in denen eine Mischinfektion, d. h. die Beteiligung von Streptokokken oder Strepto- und Staphylokokken, durch die bakteriologische Untersuchung mit Sicherheit festgestellt werden konnte, noch einige andere mit gleichem Erfolg mit Pyozyanase behandelt wurden, bei denen allerdings eine bakteriologische Untersuchung nicht gemacht werden konnte, aber die klinischen Erscheinungen für Mischinfektion sprachen. In zwei von diesen Fällen wurde bei den Geschwistern der erkrankten Kinder die Mischinfektion bakteriologisch festgestellt.

Ich möchte nunmehr einige Krankengeschichten von Fällen anführen, bei denen die Erkrankung teils von den Tonsillen nach Larynx und Trachea herabstieg, teils von vornherein auf den Kehlkopf und die Luftröhre lokalisiert war.

Fall 1. A. F., 1¼ Jahre alt, erkrankte am 23. Februar 1908 mit Schnupfen, Husten und Heiserkeit, Unruhe, Erbrechen, Stuhlverstopfung. — Bei der ersten Untersuchung am 24. Februar findet sich kein Belag im Hals, jedoch ergab die bakteriologische Untersuchung des Mandelabstriches Diphtheriebazillen. Das Kind hatte mäßiges Fieber (38,5), starke Pulsbeschleunigung (140), belegte Zunge, mäßige Schwellung der Submaxillardrüsen, heiseren bellenden Husten, mäßige Dyspnoe. Ich injizierte sofort Heilserum Nr. I, ließ Einpackungen machen und blies Pyozyanase ein, die ich außerdem noch zweistündlich als Dampfinhalation anwenden ließ. Daneben ließ ich noch heiße Milch und heißen Brusttee mit Liquor. ammon. anis. geben.

Bereits am nächsten Tage war das Fieber und die Atemnot verschwunden, während der Bellhusten zunächst noch anhielt. Es wurde nun weiter dreimal täglich Pyozyanase eingeblasen und zweistündlich verdünnte Pyozyanase inhaliert.

Nach drei Tagen war bei vorzüglichem Allgemeinbefinden auch der kruppöse Husten verschwunden und kam auch nicht wieder.

2. Fall. H. P., 1 Jahr alt, wird am 29. Februar 1908 in meine Sprechstunde gebracht, hat auf beiden Tonsillen schmutziggrauen Belag, stark belegte Zunge, foetor ex ore, rauhen, heiseren Husten, laut röchelndes Atmen, Temp 39,5, Puls 140. Sofort Heilserum Nr. I injiziert und vom 1. März an mit der Pyozyanasebehandlung begonnen und zwar dreimal täglich Einblasungen, außerdem zweistündlich Dampfinhalationen mit verdünnter Pyozyanase gemacht, bereits am 2. März Besserung des Allgemeinbefindens, Belag im Hals verschwunden, kein Fieber mehr, aber noch Bellhusten, kein foetor ex ore mehr.

5. März. Kruppöser Husten völlig verschwunden, Stimme nicht mehr heiser, Allgemeinbefinden vorzüglich.

Eine bakteriologische Untersuchung dieses Falles konnte leider nicht ausgeführt werden, doch war bei dem objektiven Befund die Diagnose Diphtherie sicher und wurde noch dadurch bestätigt, daß am 8. März eine (postdiphtherische) Gaumenlähmung auftrat, die dann bald ohne jede Behandlung wieder zurückging.

Auch bei dem nächsten Fall konnte eine bakteriologische Untersuchung nicht vorgenommen werden.

3. Fall. E. L., 13 Jahre alt, vor 6 Tagen vom Lehrer wegen „Bellhusten" nach Hause geschickt, seitdem zu Hause mit Hausmitteln (Brusttee usw.) „behandelt". In der Nacht vom 17. zum 18. März wurde ich gerufen, da das Kind am Ersticken wäre. Als ich zum Patienten kam, fand ich, daß das Kind soeben bei heftigem Husten eine Membran und ein wenig Blut ausgehustet hatte, doch bestand noch immer starke Dyspnoe, rauher, heiserer Husten. Belag war im Halse nicht zu sehen, nur war der ganze Racheneingang, besonders Tonsillen und Zäpfchen gerötet und geschwollen, Zunge belegt, Submaxillardrüsen geschwollen, Temp. 38,6, Puls 120.

Ich machte sogleich noch in der Nacht eine Heilseruminjektion (Nr. I) und begann dann am nächsten Morgen mit der Pyozyanasebehandlung, auch in diesem Fall dreimal täglich Einblasungen in den Hals und außerdem Dampfinhalation mit verdünnter Pyozyanase.

Von diesem Tage an trat kein Erstickungsanfall mehr ein, vielmehr besserte sich das Befinden von Tag zu Tag. Bereits am 20. März war das Fieber verschwunden, der Husten verlor allmählich immer mehr seinen kruppösen Charakter und am 28. März war völlige Heilung erreicht.

Fall 4. L. L., 4 Jahre alt, erkrankte am 19. April 1908 während des Besuches bei Verwandten in einem Nachbardorf. Der hinzugezogene Arzt konstatierte Mandelbelag, hielt aber die Erkrankung nicht für Diphtherie. Der Belag soll angeblich am 20. April wieder verschwunden sein, und das Kind kam dann mit den Eltern wieder nach Calbe zurück. Am 22. April verschlimmerte sich der Zustand wieder, und ich wurde nun zu Hilfe gerufen. Das Kind hatte in der Nacht gebrochen und Bellhusten bekommen. Ich fand am 22. April auf beiden Tonsillen grauweißen Belag, die Zunge belegt, die Submaxillardrüsen geschwollen, Temp. 38,0, Puls 120. Das Kind war sehr heiser und hatte kruppösen Husten. Da die Eltern dem Kind keine Heilserumeinspritzung machen lassen wollten, so wurde es zunächst **nur** mit Pyozyanase behandelt und zwar wie die vorhergehenden Fälle mit Einblasungen in den Hals und Dampfinhalation. Um die Diagnose zu sichern, machte ich vor der Behandlung einen Mandelabstrich.

23. April mittags: Temp. 36,7, Puls 102, Allgemeinbefinden besser, die rechte Tonsille ist fast ganz von Belag frei, auf der linken Tonsille ist der Belag noch nicht weniger, Husten noch immer bellend, Stimme heiser.

24. April mittags: Temp. 36,7, Puls 102, auf der rechten Tonsille ist der Belag völlig verschwunden, auf der linken weniger geworden, das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert, Patient sitzt im Bett und spielt, hat schon gesungen, nur Husten noch etwas heiser.

Inzwischen ist das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung eingetroffen; es lautet: „Diphtheriebazillen, spärlich Streptokokken". Da nun die Eltern selbst es wünschen, wird Heilserum Nr. I injiziert.

25. April. Weitere Besserung.

26. April. Nur noch stecknadelkopfgroßer Belag auf der linken Tonsille, Husten lockerer.

27. April. Völlig geheilt.

29. April. Nachuntersuchung: spärlich Diphtheriebazillen, keine Streptokokken.

5. Mai. Nachuntersuchung: keine Bazillen mehr.

In allen vier Fällen gelang es also, den Krupp zu heilen, ohne daß Tracheotomie nötig geworden wäre, trotzdem in allen Fällen vor der Pyozyanasebehandlung beträchtliche Dyspnoe, in Fall 3 sogar ein schwerer Erstickungsanfall beobachtet wurde. Daß dieser günstige Erfolg in erster Linie der Pyozyanasewirkung zuzuschreiben ist, geht besonders aus der vierten Krankengeschichte hervor. In diesem Fall war die Besserung bereits eingetreten, ehe die Heilserumeinspritzung gemacht wurde, und es hätte sich wahrscheinlich völlige Heilung auch ohne Heilserum allein durch Pyozyanase erreichen lassen. Dies erscheint mir um so wahrscheinlicher, als die Heilserumeinspritzung und zwar die schwächste Heildosis erst am fünften Krankheitstage angewendet wurde, also zu einer Zeit, wo man nach Ansicht der meisten Aerzte, die ich übrigens auf Grund meiner Beobachtung von über 260 aufeinanderfolgenden Diphtheriefällen teile, einen Erfolg der Heilserumbehandlung kaum noch erwarten kann. Außerdem machte ich bei diesen Fällen eine Beobachtung, die auch von Dr. **Zucker** in der k. k. Universitäts-Kinderklinik des Herrn Prof. M. **Pfaundler** in Graz gemacht wurde, nämlich „daß die Verflüssigung der Exsudatmassen im Bronchialbaum keine kennzeichnende physikalische Erscheinung — nämlich feuchtes Rasseln — zur Folge hatte, vielmehr eine „trockene Lösung" zustande kam." Ich kann dies nur bestätigen und bin gerade wegen dieser Abweichung von dem sonst üblichen Verlauf der Ansicht, daß die Heilung der kruppösen Erkrankung von Kehlkopf und Luftröhre hauptsächlich der Pyozyanasebehandlung zu verdanken ist.

Ich komme nunmehr zu einem Fall, den ich mit Pyozyanase allein, ohne Heilserum behandelte.

H. R., 2½ Jahre alt, Schwester eines bereits seit mehreren Tagen wegen schwerer Diphtherie von mir behandelten Kindes, erkrankte am 17. Mai 1908. Bei der Untersuchung fand sich auf beiden Tonsillen ein grauer Belag. Da kein Fieber festzustellen war (Temp. 37,5, Puls 120), auch die Allgemeinerscheinungen keine schweren waren, so beschränkte ich mich darauf, dreimal täglich Pyozyanase einzublasen. Die Untersuchung des Mandelabstriches ergab: Diphtheriebazillen.

Bereits am nächsten Tage war der Belag etwas weniger geworden, die Temperatur unter 37,0 heruntergegangen.

Am 21. Mai finden sich auf jeder Mandel nur noch je ein kleiner grauer Fleck, das Allgemeinbefinden ist sehr gut, Temperatur dauernd morgens und abends unter 37,0. Lymphdrüsenschwellung nicht eingetreten.

22. Mai. Belag völlig verschwunden, subjektives Wohlbefinden.

25. Mai. Keine Diphtheriebazillen mehr.

Es ist also in diesem Falle möglich gewesen, die Diphtherie durch die Pyozyanasebehandlung allein zu heilen. Wenn es sich auch um einen leichten Fall handelte, so war doch auffallend, wie schnell die Heilung eintrat, wobei noch berücksichtigt werden muß, daß das Kind erst $2^{1}/_{2}$ Jahre alt war, nicht gurgeln konnte und auch mit keinem anderen Mittel lokal oder innerlich behandelt wurde. Immerhin sind die Fälle, wo man die Pyozyanase allein verwenden kann, Ausnahmefälle, in der Regel soll es neben dem Heilserum gebraucht werden. Ich würde die Pyozyanase allein vor allem in solchen Fällen gebrauchen, wo die Unterscheidung zwischen Diphtherie und lakunärer Mandelentzündung schwer ist und die Eltern bezw. der Patient selbst sich nicht entschließen können, eine Heilserumeinspritzung machen zu lassen. Es gibt ja immer noch viele Menschen (leider sogar einige Aerzte), die der Ansicht sind, die Heilserumbehandlung könne schädliche Folgen haben, besonders häufig hört man die Ansicht äußern, durch das Heilserum würden Lähmungen hervorgerufen Solchen Anschauungen gegenüber ist es für den praktischen Arzt oft sehr schwer, die Zustimmung der Patienten oder ihrer Eltern zur Serumbehandlung zu erhalten, wenigstens wenn es nicht schon für den Laien klar ist, daß es sich wirklich um eine schwere Diphtherie handelt. Es empfiehlt sich dann, einen Mandelabstrich zu machen und bakteriologisch untersuchen zu lassen, bis zum Eintreffen des Ergebnisses der Untersuchung mit Pyozyanase zu behandeln. Die Heilserumbehandlung kann ja dann immer noch nachgeholt werden, wenn nicht inzwischen Heilung erfolgt ist.

Endlich möchte ich noch einen Fall besprechen, der einen vom sonst beobachteten abweichenden Verlauf zeigte.

Schlippe hat in seiner Arbeit einen Fall erwähnt, bei dem unter Pyozyanasebehandlung die Beläge anfänglich verschwanden und dann von neuem auftraten. Auch ich habe einen solchen Fall beobachtet, dessen Krankengeschichte ich im Auszug folgen lasse:

E. R., $2^{1}/_{2}$ Jahre alt, erkrankte am 27. April unter schweren Diphtherieerscheinungen. Bakteriologisch: Diphtheriebazillen, spärlich Streptokokken. Vom ersten Tage an mit Pyozyanase behandelt. Außerdem am ersten Erkrankungstage Heilserum Nr. I.

2. Mai. Fieber und Belag völlig verschwunden, subjektives Wohlbefinden.

5. Mai. Wieder Belag, aber nicht in Form einer zusammenhängenden Membran, sondern als kleine, follikulär sitzende, grau-weiße Flecke. Bakteriologisch: Diphtheriebazillen, keine Streptokokken. Das Allgemeinbefinden war dabei nicht gestört, Fieber bestand nicht. Fortsetzung der Pyozyanasebehandlung.

14. Mai. Belag seit mehreren Tagen völlig verschwunden, im Mandelabstrich keine Diphtheriebazillen mehr.

Ich möchte nun noch die Einwirkung der Pyozyanase auf die Persistenz der Diphtheriebazillen besprechen. Schlippe, der diese Frage ebenfalls untersucht hat, kommt dabei zu keinem günstigen Ergebnis, denn er findet, daß es „nicht gelingt, durch Pyozyanase die Persistenz der Diphtheriebazillen zu verhüten und in Fällen von ausgesprochener Persistenz und chronischer Diphtherie die Bazillen abzutöten“. Er spricht allerdings selbst aus, daß dies vielleicht weniger in der Natur des Mittels als darin begründet ist, daß wir „bei der Pyozyanaseanwendung nicht bis in alle Krypten der Nasen-Rachenhöhle gelangen, in denen die Bazillen vegetieren“.

Ich habe nun ebenfalls und zwar in 20 Fällen regelmäßig Nachuntersuchungen ausgeführt bezw. ausführen lassen und komme doch zu einem wesentlich günstigeren Ergebnis wie Schlippe. Die Untersuchungen wurden wöchentlich einmal vorgenommen, und zwar wurde meistens ein Mandelabstrich, in einigen Fällen auch Nasenabstrich untersucht. Dabei zeigte sich, daß in zehn Fällen bereits bei der ersten Nachuntersuchung keine Diphtheriebazillen mehr gefunden wurden; in sieben Fällen wurden bei der zweiten Nachuntersuchung keine Diphtheriebazillen mehr gefunden, und zwei Fälle waren bei der dritten Untersuchung bazillenfrei. Erwähnen muß ich noch, daß von den sieben Fällen, die erst bei der zweiten Nachuntersuchung bazillenfrei waren, vier bei der ersten Untersuchung außer Diphtheriebazillen noch Streptokokken oder Strepto- und Staphylokokken hatten, ebenso die beiden Fälle, die erst bei der dritten Nachuntersuchung bazillenfrei waren, daß aber bis auf einen Fall, der bei der ersten Untersuchung Strepto- und Staphylokokken, bei der ersten Nachuntersuchung außer Diphtheriebazillen spärlich Streptokokken hatte, in allen übrigen Fällen schon bei der ersten Nachuntersuchung keine Strepto- und Staphylokokken mehr gefunden wurden. Nur ein Fall zeigte noch bei der sechsten Nachuntersuchung positiven Befund; aber gerade dieser Fall war nicht mit Pyozyanase behandelt worden. Der Patient erkrankte, nachdem schon drei Geschwister und die Mutter diphtheriekrank waren, trotzdem er eine Immunisierungseinspritzung bekommen hatte und fleißig mit essigsaurer Tonerdelösung gurgelte, am 19. April 1908 ebenfalls an Diphtherie. Ich war damals für einige Tage verreist, und der Kollege, der mich vertrat, spritzte noch Heilserum Nr. I ein und ließ weiter gurgeln. Als ich von meiner Reise wieder zurückkam, am 22. April, war der Junge fieberfrei und hatte keinen Belag mehr. Ich machte nun noch einen Mandelabstrich, und es fanden sich: Diphtheriebazillen, spärlich Streptokokken. Da ich damals nur wenig Pyozyanase hatte, beschränkte ich mich darauf, fleißig weiter gurgeln zu lassen. Es fanden sich aber immer wieder Bazillen, auch als ich mit zweiprozentiger Höllensteinlösung pinseln ließ, und ebenso nach Gebrauch von Formaminttabletten. Als sich nun am 25. Mai immer noch Diphtheriebazillen fanden, begann ich mit Pyozyanasebehandlung und zwar benutzte ich in diesem Falle einen Sprayer mit stärkerem Gummiball und gebogenem, etwas weiteren Zerstäubungsrohr, der eine energischere Anwendung des Mittels ermöglichte wie die sonst gebrauchten Apparate. Die Pyozyanase wurde nun viermal täglich eingeblasen und zwar je zweimal in den Hals, je einmal in die Nase. Mit diesem Verfahren wurde begonnen am 28. Mai. Die nächste am 1. Juni vorgenommene Nachuntersuchung ergab: keine Diphtheriebazillen. Ich meine, daß gerade dieser Fall besonders überzeugend zeigt, daß die Pyozyanase sehr wohl imstande ist, bei ausgesprochener Persistenz der Diphtheriebazillen diese abzutöten.

Ferner habe ich auch eine Bazillenträgerin, Mutter zweier diphtheriekranker Kinder, von denen eins mit Pyozyanase und Heilserum, das andere nur mit Pyozyanase behandelt wurde, untersucht. Am 18. Mai 1908 wurden zum erstenmal Diphtheriebazillen gefunden, am 21. Mai wurde mit der Pyozyanasebehandlung begonnen, und schon bei der ersten Nachuntersuchung am 25. Mai war die Frau bazillenfrei.

Ich habe nun allerdings nicht, wie dies Schlippe getan hat, nachdem einmal der Befund negativ war, trotzdem weitere Nachuntersuchungen vorgenommen, glaube aber nicht, daß sich bei etwaigen späteren Untersuchungen wieder Bazillen gefunden haben würden, da nicht ein einziges Mal bei den Angehörigen der Kranken ein neuer Diphtheriefall auftrat, nachdem einmal die Bazillen verschwunden waren.

Zum Vergleiche führe ich die Ergebnisse der Untersuchungen von einigen nicht mit Pyozyanase behandelten Kindern an, die mir Herr Dr. Burmeister-Magdeburg auf meine Bitte gütigst mitgeteilt hat:

1. W. L. erkrankte am 25. Februar, positiver Befund: 28. Februar, 10. März, 14. März.

2. H. L. erkrankte am 31. März, positiver Befund: 3. April, 7. April (14. April negativ).

3. O. A. erkrankte am 18. April, positiver Befund: 28. April, 11. Mai.

4. E. O. erkrankte am 23. April, positiver Befund: 28. April, 6. Mai (11. Mai negativ).

5. A. M. erkrankte am 11. Mai, positiver Befund: 19. Mai, 25. Mai.

Aus Gründen, die hier nicht erörtert werden können, konnte ich weiteres vergleichendes Material leider nicht bekommen. Jedenfalls scheint mir aus dieser vergleichenden Zusammenstellung doch hervorzugehen, daß bei den mit Pyozyanase behandelten Kranken die Bazillen schneller verschwinden wie bei den nur mit Heilserum behandelten.

Daß meine Ergebnisse günstiger sind wie die von Schlippe, liegt meines Erachtens daran, daß Schlippe seine Beobachtungen im Krankenhause gemacht hat, während meine Kranken sämtlich in der Privatwohnung behandelt wurden. Wenn wir auch ganz absehen von der Möglichkeit der Reinfektion im Krankenhause, so ist doch kein Zweifel, daß im Krankenhause die Verhältnisse insofern ungünstiger liegen, als in der Regel im Krankenhaus mehr schwere Fälle zur Behandlung kommen wie in der Privatpraxis und auch noch häufiger wie in der Privatpraxis solche Fälle, bei denen die Krankheit schon mehrere Tage bestand, die Krankheitserreger also Gelegenheit hatten, von dem primären Ort der Ansiedlung aus (Tonsillenoberfläche, Nasenschleimhaut) sich weiter zu verbreiten. Daß sie dann in all den Schlupfwinkeln des Nasenrachenraums sehr fest haften und schwer zu beseitigen sind, ist verständlich.

Daß in der Privatpraxis bessere Erfolge zu erzielen sind wie im Krankenhause, ergibt sich aus einem Vergleiche der Mortalität. Schlippe hat unter 54 Kranken 7 Todesfälle, also 13%, Mühsam unter 23 Kranken 4 Todesfälle, also 17% Mortalität, während von meinen 25 mit Pyozyanase behandelten Kranken 2 gestorben sind, die Mortalität also nur 8% beträgt. Zum Vergleich habe ich die Zahl und Mortalität der Fälle in der entsprechenden Zeit des Vorjahres (1. Februar bis 31. Mai 1907) aus meiner Privatpraxis zusammengestellt und finde da 32 Erkrankungsfälle, darunter 4 Todesfälle, also eine Mortalität von 12,5%. Ferner habe ich mir die amtliche Statistik geben lassen und finde da für die Zeit vom 1. Februar 1907 bis 31. Mai 1907 70 Erkrankungen und 6 Todesfälle, also eine Mortalität von 8.5%, und für die Zeit vom 1. Februar 1908 bis 31. Mai 1908 80 Erkrankungen mit 7 Todesfällen, also eine Mortalität von 8,75%. Ungefähr das gleiche Verhältnis ergibt sich, wenn man die vier vorhergehenden Monate (1. Oktober 1907 bis 31. Januar 1908) berücksichtigt, wo sich in der amtlichen Statistik 196 Erkrankungen und 16 Todesfälle, also fast 8% Mortalität finden.

Wie also hier die Mortalität in der Privatpraxis eine weit geringere ist als im Krankenhause, so werden sich auch betr. Beseitigung der Diphtheriebazillen bei Bazillenträgern und bei an Diphtherie erkrankt gewesenen in der Privatpraxis bessere Erfolge erreichen lassen wie im Krankenhause. Bei der großen Bedeutung dieser Frage möchte ich hoffen, daß meine Ausführungen Anlaß zu weiteren Untersuchungen geben möchten.

(Schluß folgt.)

REFERATE.

Eklampsie.

Sammel-Referat von Dr. **Ottfried Fellner**, Wien.

Bei der puerperalen Eklampsie findet sich nach Chirié regelmäßig eine Hyperplasie der Rinde und des Markes der Nebenniere. Er faßt sie als eine Folge der Nierenveränderungen auf. Wahrscheinlich spielt die Nebennierenhypertrophie eine große Rolle in der Blutdrucksteigerung.

Hinsichtlich der Albuminurie stellten Bar und Dannay ausgiebige Untersuchungen an und fanden schon vor dem ersten Anfall Eiweiß im Urin, und zwar nahm dieses vor dem Anfall stark zu. Das Eiweiß ist Hämoglobin und Methämoglobin. Sie stammen aus dem Blut. Aus diesem Grunde meinen die Autoren, daß auch das Eiweiß aus dem Blute stammen dürfte.

G. Brunet beobachtete eine 19jährige Erstgebärende, welche seit acht Tagen Schwellungen der Beine bemerkte. Sie stand am Ende der Schwangerschaft. Im Urin $^1/_2\,{}^0/_{00}$ Eiweiß. Da die Urinmenge konstant abnimmt, Oedeme und Eiweiß zunehmen, wird durch Kolpeuryse die Geburt eingeleitet. Zehn Stunden nach der Entbindung beginnen heftige Kopfschmerzen, Patientin ist sehr unruhig, verfällt in Koma und stirbt. Bei der Sektion finden sich Blutungen und Nekrosen in allen Organen. In zwei weiteren Fällen fanden sich bei der Sektion ähnliche Erscheinungen. Im zweiten Falle war dem Tode im 6. Monat eine 24stündige, plötzlich eingetretene Bewußtlosigkeit vorausgegangen.

Im dritten Falle handelte es sich um eine am Ende der Gravidität stehende Frau, die mit Erbrechen und Unruhe erkrankt war, dann plötzlich das Bewußtsein verlor und nach wenigen Stunden starb.

B. meint, daß in diesen Fällen die Organveränderungen bereits zu einer Zeit den Tod herbeiführten, wo die zur Auslösung der Krämpfe notwendige Reizhöhe noch nicht erreicht war.

Zwischen der Eklampsie und der sogen. Schwangerschaftsnephritis besteht die engste Beziehung, und das einzige Unterscheidungsmerkmal der beiden Erkrankungen ist nur durch den Ausbruch der Krämpfe gegeben.

E. V. Davis meint, man müsse Eklamptische, wenn irgend möglich, ins Krankenhaus schaffen. Genaue Aufnahme der Anamnese und Untersuchung der Patientin in Narkose ist dringend notwendig. Geht es an, so entbinde man die Patientin sofort, entferne die Nachgeburt und tamponiere. Sind noch keine Wehen da, so leite man die Geburt ein. Bei gespanntem Puls sind Aderlaß und Kochsalzinfusionen angezeigt. Ferner Kalomel oder Natrium karbonikum, heiße Einpackungen. Man katheterisiere alle sechs Stunden.

D. empfiehlt ferner dreimal täglich 10 mg Veratrin oder Digalen. Bei Lungenödem Atropin oder Strychnin. Die Nahrung bestehe in Milch und Wasser. Außerdem gebe man per Rektum Alkohol und Salzwasser, eventuell auch Strychnin. Kochsalzirrigationen zweimal in 24 Stunden sind beim Kinde zu verordnen.

Auch der Kaiserschnitt wird neuerdings häufig bei Eklampsie angewendet.

In einem Falle von Kreisch war die Wahl zwischen klassischem Kaiserschnitt und vaginalem Kaiserschnitt vorhanden. Da die Geburtswege noch vollständig unvorbereitet waren, wurde der vaginale Kaiserschnitt vorgenommen. Allmähliche Besserung.

Entsprechend neueren Untersuchungen über die Beziehung der Eklampsie zu den innersekretorischen Drüsen wird auch der Extrakt dieser bei Eklampsie verwendet.

O. Kaiser empfiehlt, von dem Vassaleschen Mittel 120 Tropfen innerhalb von 24 Stunden zu geben in Dosen von 20 Tropfen oder 180 Tropfen intramuskulär innerhalb von 12 Stunden. K. berichtet von einem Fall von Eklampsie post partum. Der Urin enthielt $^9/_{10}$ Vol. Eiweiß. Aderlaß, Kochsalz, Heißluft wurden angewandt. Schließlich Einspritzung von 2,0 Parathyreoidin, welche dreimal wiederholt wurde. Am nächsten Morgen reagierte Patientin auf Anrufen, und am nächsten Tage antwortete sie auf Fragen. Allmählich trat Heilung ein.

Nach O. Franck besitzen wir in der sofortigen Entbindung ein Mittel, welches in 75% der Fälle die schweren Erscheinungen der Eklampsie beseitigt. Bei den übrigen 25% handelte es sich meist um verlorene Fälle, denen man nach der Entbindung einen so schweren Eingriff wie die Nierendekapsulation nicht mehr zuzumuten wagt. F. führte zehnmal die Dekapsulation aus. In einem Falle handelte es sich um eine schwere, tief komatöse Eklamptische im vierten Monat, die operativ entbunden in 15 Stunden 26 Anfälle hatte. Man machte die Dekapsulation. Drei Stunden post operationem hatte sie keinen Anfall. Die Urinmenge, welche früher 127 cm³ in 16 Stunden betragen hatte, stieg auf 741, nach weiteren 26 Stunden auf 1313. Am Ende des zweiten Tages trat hohes Fieber ein, und Patientin starb an Pneumonie. 72 Stunden nach der Operation waren beide Nieren mit der Umgebung fest verlötet. Es ist daher die Vorstellung nicht von der Hand zu weisen, daß erst eine nach bestimmter Zeit eintretende Verklebung mit neuen Ausflußbahnen die Entlastung der Niere zuwege bringt. Zweimal ließ die Operation im Stich. In zwei weiteren Fällen war ein günstiger Einfluß auf den Verlauf der Eklampsie wahrscheinlich. In sechs Fällen trat rasche Genesung ein. In acht Fällen wurde der Uterus zuvor entleert. Hiervon blieb ein Fall durch die Operation unbeeinflußt. Zweimal wurde die Operation vor der Entbindung ausgeführt und hier wurde nur einmal Erfolg erzielt.

Einen weiteren Fall von Eklampsie infolge erhöhter intrarenaler Spannung besprechen G. ter Braak und A. Mijulieff. Eine 21jährige Erstgebärende hatte eine Zangengeburt durchgemacht. Bald danach traten Schmerzen auf, die allmählich zunahmen. Sechs Stunden nach der Geburt setzte der erste Anfall ein, dem rasch weitere folgten. Rechterseits ist deutlich ein Tumor zu tasten. Die Niere sehr vergrößert, so schmerzhaft, daß Patientin trotz des komatösen Zustandes auf Befühlen stark reagierte. Die Anfälle hörten allmählich auf und ebenso die Schmerzen. Abnahme des Nierentumors. Am dritten Tage war er verschwunden. Angesichts dieser Krankengeschichte eines Eklampsiefalles post partum möchte Rf. darauf hinweisen, daß man zweifellos das Entstehen der Eklampsie erklären müsse durch die Annahme, daß neben dem toxischen auch noch ein mechanisches Moment vorhanden gewesen sein müsse. Dieses mechanische Moment findet man in der intrarenalen Spannung und den dadurch bedingten, vielleicht sogar plötzlichen venösen Stauungen mit vollständiger Aufhebung der Zirkulation bei Anschwellung des ganzen Organs. Die Tatsache, daß neben dem toxischen Moment noch eine mechanische Ursache für die Eklampsie vorhanden sein muß, bleibt bestehen. Findet man bei einer Eklampsie Oligurie bei stark albumenhaltigem, sanguinolentem Urin nach mikroskopischer Untersuchung, also rote Blutkörperchen, ebenso granulierte Zylinder und Nierenepithelien, so ist man völlig berechtigt, operativ einzugreifen (Dekapsulation), gerade in solchen Fällen, wo die Stauung nicht lange bestanden hat. Da ist die beste Prognose vorhanden.

Härle behandelte fünf Fälle von Eklampsie mit intramuskulären Injektionen von 3 bis 4 g Amylenhydrat. Es trat ein ruhiger Schlaf ein. Zur Anregung der Nierentätigkeit gibt er 1 cg Pilokarpin. Alle fünf Fälle genasen.

Literatur.

1. Chirié, Ueber die Nebenniere bei puerperaler Eklampsie und die Nephritis Schwangerer. Societé de Biol. de Paris. Mai 1908.

2. Bar und Dannay, Verlauf und Stärke der Albuminurie bei der puerperalen Eklampsie. Societé d'obstetr. April 1907.

3. G. Brunet, Ueber die sogen. Eklampsie ohne Albuminurie. Gynäkolog. Rundschau. 5, 1908.

4. E. P. Davis, Die Behandlung der Eklampsie im Hause. The Therap. Gazette. 1, 1908.

5. E. Kreisch, Sectio caesarea vaginalis wegen Eklampsie. Münchn. med. Wochenschr. 22, 1908.

6. O. Kaiser, Eklampsie und Parathyreoidin. Zentralbl. f. Gynäk. 41, 1907.

7. O. Franck, Ueber Nierendekapsulation bei Eklampsie. Münchn. med. Wochenschr. 50, 1907.

8. G. ter Braak und A. Mijulieff, Eklampsie infolge erhöhter intrarenaler Spannung. Zentralbl. f. Gynäkol. 42, 1907.

9. Härle, Amylenhydrat bei Eklampsie. Münchn. med. Wochenschr. 26, 1908.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Beiträge zur Pankreaschirurgie.** Von Albert Dreifuß. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg., Bd. 93, H. 4 u. 5.

2. **Beitrag zur Ileusbehandlung.** Von W. Braun. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 24.

3. **Ueber duodenalen Ileus nach Operationen.** Von L. Landau. Ibidem.

4. **Zur Gehirnchirurgie.** Von Hermann Oppenheim. Ibidem, Nr. 28.

5. **Ueber die Erfolge der operativen Behandlung der Fußgelenkstuberkulose.** Von Rudolf Stich. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 28.

6. **Die angiosklerotische Gangrän und ihre operative Behandlung durch arterio-venöse Intubation.** Von Wieting. Ibidem.

1. Der Entschluß zu rascher Laparotomie bei Verdacht auf intraperitoneale Verletzungen und Entzündungen hat nicht nur vielen Menschen in den letzten Jahren das Leben gerettet, sondern auch die Pathologie der großen Eingeweidedrüsen außerordentlich gefördert. An erster Stelle steht hier das Pankreas, das häufiger, als man annimmt, bei Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Bauch isoliert verletzt wird, und dessen Entzündung, die gefürchtete akute Pankreatitis, sich der chirurgischen Heilung in einem Maße zugänglich erwiesen hat wie kein anderes parenchymatöses Organ des Körpers. — Alsberg operierte einen Fall von Pankreaszerquetschung durch Deichselstoß sogar nach 42 Stunden mit Erfolg. Der Verletzte hatte sein Fahrrad nach dem Unfall noch führen und drei Treppen hinauftragen können; er klagte über heftige Schmerzen, der Bauch war druckempfindlich, besonders in der Magengrube links; erst später wiesen Auftreibung des Leibes, Bauchdeckenspannung, Verkleinerung der Leberdämpfung unzweideutig auf intraperitoneale Verletzung hin, ohne genauere Diagnose zu gestatten. Es fand sich Bluterguß in die Bauchhöhle, an Netz und Mesenterium Fettgewebsnekrosen, und am unteren Magenrande führte ein großes Loch im Lig. gastrokolikum in die mit Blut und Gerinnseln erfüllte Höhle des zerquetschten Pankreasschwanzes. Die Heilung erfolgte nach Tamponade und sorgfältiger Drainage nach außen ohne Zwischenfall. Nicht minder lehrreich sind zwei Fälle chirurgisch behandelter spontaner Pankreaserkrankung: ein 15jähriger Junge erkrankt plötzlich mit Leibschmerzen und Erbrechen; später gesellen sich Meteorismus, Druckschmerz und Muskelspannung rechts oben vom Nabel dazu, so daß unter der Annahme einer Appendizitis operiert wird. Der Wurmfortsatz erweist sich als gesund; bei weiterem Suchen entleert sich aus der Tiefe klare sanguinolente Flüssigkeit, und Fettgewebsnekrosen leiten nach dem blutig durchtränkten Pankreas hin, das nach stumpfer Durchtrennung seines Bauchfellüberzuges drainiert wird. Trotzdem geht die Pankreatitis hämorrhagika weiter, führt zu einer Exsudatbildung und starker Anschwellung der Drüse, die schließlich in die freie Bauchhöhle hineinplatzt und, 18 Tage nach der ersten Operation, eine akute Peritonitis hervorruft. Bei ziemlich kritischem Zustand des Kranken gelingt es, durch eine zweite Operation das Exsudat zu entleeren und die Pankreashöhle zu tamponieren, worauf Heilung erfolgt. Während bei dieser akuten Pankreasentzündung höchstens eine sehr reichliche Mahlzeit am Abend vorher als auslösendes Moment in Betracht kommt, ist für den anderen Fall, eine akute Pankreasnekrose mit Ausgang in Abszedierung, frühere Cholelithiasis anzunehmen, die durch Stauung des Pankreassekrets zur Drüsenentzündung und Nekrose führte: die 48jährige Frau bemerkte, nachdem sie vor drei Wochen nach angestrengtem Heben einen außerordentlich heftigen Schmerzanfall gehabt, eine sich rasch vergrößernde Geschwulst links im Leibe, zugleich bestand hohes Fieber. Der mannskopfgroße, die linke obere Bauchhälfte einnehmende Tumor ließ an perinephritische Eiterung denken; beim Lumbalschnitt fielen sofort Fettnekrosen an der Kapsel der Niere auf, der Tumor wurde retroperitoneal neben der Niere eröffnet und nach Entleerung reichlichen, stinkenden Eiters drainiert.

In allen drei Fällen, die als Beispiele „chirurgischer“ Pankreaserkrankungen ausführliche Wiedergabe verdienen, war der Urin unverändert; die gelegentlich auftretende Zuckerausscheidung sowie der Abgang von Fett und, neueren Forschungen zufolge, von Glyzerin mit dem Stuhl hat also durchaus keine entscheidende Bedeutung. Bei unklaren Erkrankungen sowie bei Verletzungen in der Oberbauchgegend ist stets das Pankreas in Betracht zu ziehen; die lokal nekrotisierende und allgemein toxische Wirkung seines Sekrets ist durch frühzeitige Laparotomie und Drainage nach außen zu vermeiden.

Public

2. Sobald die Diagnose auf mechanischen Darmverschluß gestellt ist, hat auch die Behandlung auf mechanisch-chirurgischem Wege zu erfolgen. Bleibt die Diagnose unbestimmt, so darf mit der Beobachtung nicht zu viel Zeit verloren werden; denn „ein Verpassen der Indikationsstellung innerhalb der ersten 12 bis 24 Stunden besiegelt schon das Geschick einer ganzen Reihe von Dünndarmvolvuli, Strangulationen und Invaginationen“, und auf der anderen Seite kommen meist schwere intraabdominelle Prozesse in Frage, wie Gangrän, Perforation, Pankreatitis, bei denen ebenfalls sofortige Laparotomie die beste Aussicht bietet. Von 59 nach diesem Grundsatz behandelten Ileusfällen hat Braun im Krankenhaus Friedrichshain zu Berlin 60% gerettet, während frühere Statistiken umgekehrt nur etwa $^{1}/_{3}$ Heilungen aufweisen. Wird der Eingriff nicht sofort vorgenommen, so läßt Braun wiederholte Einläufe geben, besonders konzentrierte 7%ige Kochsalzklistiere nach Nothnagel, während er von Atropin und Physostigmin, welch letzteres sonst unzweifelhaft in vielen Ileusfällen sich bewährt (Ref.), niemals Erfolg, einmal sogar direkten Schaden gesehen hat.

3. Eine Absperrung des unteren queren Duodenumschenkels durch die Radix mesenterii mit der Art. mes. sup. (Rokitanskys arterio-mesaraischer Verschluß) kommt nach Operationen gelegentlich zustande, wenn das Duodenum leer ist und die ins kleine Becken hinuntergleitenden, vielleicht auch geblähten Dünndärme die Radix mesenterii straff wie eine Saite anspannen. Es erfolgt plötzlicher Kollaps, fast rein galliges, nie kotiges, unstillbares Erbrechen, Auftreibung der linken Oberbauchgegend, schneller Verfall; ein Krankheitsbild, wie es als akute postoperative Magendilatation öfter dringliche Operation veranlaßt hat. Im Falle Landaus wurde der Duodenalverschluß noch im letzten Augenblicke richtig erkannt und dadurch beseitigt, daß man die Kranke — Laparotomie wegen Uterusmyom — in Bauchlage brachte, worauf sofort unter massenhafter Entleerung von Gasen durch Mund und After alle Ileuserscheinungen schwanden. Die Kenntnis dieses Duodenal-Ileus und des einzigen einfachen Mittels zu seiner Heilung ist deswegen wichtig, weil ein solcher Druckverschluß des unverschieblich der Wirbelsäule anliegenden Duodenums durch die Radix mesenterii auch einmal ohne vorhergegangene Operation zustande kommen kann.

4. In der ungewöhnlichen Form eines offenen Briefes an Fedor Krause weist Oppenheim, der heute wohl das schwierige Gebiet der topographischen Hirngeschwulstdiagnose am besten beherrscht, darauf hin, daß trotz mancher Paradefälle dieser Teil der Hirnchirurgie noch in seinen Anfängen steht, die Diagnose sehr häufig unsicher, der Sitz der Geschwulst ungünstig, der Eingriff sehr schwer ist. Für den Praktiker ergibt sich die Notwendigkeit, solche Kranke möglichst früh in klinische Beobachtung zu bringen, vor allem aber eine genaue Krankengeschichte zu führen, „die für das Wohl und Wehe des Patienten geradezu entscheidend werden kann“. Die Neißersche Hirnpunktion betrachtet Oppenheim im Gegensatz zu Krause trotz mancher Mängel, der Gefahr der Blutung usw., als wertvolles diagnostisches Hilfsmittel.

5. Die Eigenart des Fußes mit seinen vielen, zum Teil zusammenhängenden Gelenken zwischen kleinen Knochen erfordert bei der Fußgelenkstuberkulose, besonders bei deren überwiegenden ostalen Form, ein radikaleres Vorgehen, als es z. B. beim Knie angezeigt ist. An Garrés Klinik wird nur bei den seltenen Fällen von einzelnen Knochenherden oder isolierter Gelenkerkrankung ein Versuch mit konservativer Behandlung gemacht; sonst wird von vornherein das Sprunggelenk — um das es sich meist handelt — reseziert, wobei der Talus ohne großen Schaden geopfert werden kann; denn die Ankylose wird durch erhöhte Beweglichkeit im Chopart- und Lisfrankschen wie in den Zehengelenken bis zu einem hohen Grade ausgeglichen, und auch die Verkürzung des Beins bleibt, selbst bei Operation im Kindesalter, unerheblich, da eine gewisse Anpassung des Kalkaneus stattfindet; er wird stärker und das Fußgewölbe steiler. Eine Statistik der Enderfolge konservativer und radikaler Behandlung zeigt ebenfalls die Ueberlegenheit der letzteren: mußte doch bei $^{3}/_{4}$ der zuerst konservativ behandelten Fälle schließlich doch noch operiert werden. Die operative Behandlung ist ungleich kürzer als die konservative mit festen Verbänden, Stauung, Jodoformeinspritzung u. dgl.; sie macht den Kranken viel rascher wieder erwerbsfähig und beseitigt gründlich die Gefahr, die jeder Kranke mit offener tuberkulöser Eiterung für seine Umgebung bildet, und die „nicht geringer ist als die des hustenden und spuckenden Phthisikers“.

6. Wieting ist es als erstem gelungen, bei drohender arteriosklerotischer Gangrän des Fußes die Amputation dadurch zu vermeiden, daß er die durchschnittene Arteria femoralis in ihre oberhalb abgebundene Begleitvene „intubierte“. Die Vereinigung geschah am unteren Ende des Scarpaschen Dreiecks, so daß die Arteria profunda femoris und die Vena saphena magna als große Zu- und Abflußrohre dem Beine erhalten wurden, während das periphere nicht mehr durchgängige Stück der Arteria femoralis ausgeschaltet blieb. Der vorher kühle und bleiche Unterschenkel zeigte deutlich die neue Durchblutung, die Schmerzen hörten auf, und der Erfolg ist, wenigstens vorläufig, ein bleibender. Die gelungene Operation bedeutet einen Fortschritt auf dem Gebiete der Gefäßchirurgie, der, wie der Eingeweidechirurgie im weiteren Sinne überhaupt, heute viele Chirurgen ihre Arbeit mit Vorliebe widmen.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Zur Frage der wirksamen Kaffeebestandteile.** Von Boruttau. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., 1908/09, Bd. 12.

2. **Ueber den Antagonismus der Gifte.** Von H. Meyer. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 17.

1. Nachdem Verfasser die früheren Arbeiten auf diesem Gebiete, insbesondere diejenigen von Aubert, Binz, Erdmann und Geiser, kurz kritisiert hat, bespricht er seine Versuche mit koffeinfreiem Kaffee, indem er die Frage behandelt: Wie unterscheidet sich der koffeinfreie Kaffee in seiner Wirkung vom koffeinhaltigen. Aus dem neuen Handelsprodukt „koffeinfreier Kaffee“ sollen nach Angabe der Fabrik 90% und mehr Koffein entfernt sein, während das sogen. Koffeon erhalten bleibt. Ist wirklich das Koffein allein an der bekannten Wirkung auf Herz und Atmung beteiligt, so müssen jene Erscheinungen nach Genuß des koffeinfreien Kaffees ausfallen. B. stellte nun Selbstversuche an mit starken (20%igen) Aufgüssen dieses Präparates und vermißte, ebenso wie auch andere, den belebenden Einfluß, Wachhalten bei Ermüdung usw. Wurde Säugetieren dieses neue Produkt in den Magen gebracht, so war ebenfalls von einer nach koffeinhaltigem Kaffee auftretenden motorischen Unruhe, verstärkter Herz- und Atemtätigkeit nichts zu sehen. Bei intravenöser Injektion von Infusen gewöhnlichen Kaffees tritt infolge des Kalisalzgehaltes eine primäre Senkung des Blutdrucks ein mit gleichzeitiger Verlangsamung der Schlagfolge und Abflachung der Atmung. Dasselbe zeigt sich bei reinen Chlorkaliumlösungen, aber auch beim koffeinfreien Kaffee; die eigentliche Koffeinwirkung tritt erst nach Verklingen der Kaliwirkungen hervor. Wurden nun dem koffeinfreien Kaffee auch die Kalisalze entzogen, so blieb bei intravenöser Zufuhr in der Tat jede merkliche Wirkung aus. Gewöhnlicher koffeinhaltiger Kaffee, in gleicher Weise behandelt, ergab nach Einverleibungen der Lösungen aus den Extrakten im Verlauf einer Stunde typische Koffeinwirkung.

Nebenbei sei noch erwähnt, daß Verfasser auch mit den verschiedenen Extrakten die Wirkungen derselben auf das Zentralnervensystem und die Muskulatur des Frosches prüfte.

Auf Grund seiner Versuche hält sich B. berechtigt, zu behaupten, daß der entkoffeinierte Kaffee in den praktisch in Betracht kommenden Aufgüssen keine Koffeinwirkung äußert, andererseits liefern sie einen neuen Beweis dafür, daß die erregende Wirkung des Kaffees nur auf das Koffein zurückzuführen ist.

2. Der rühmlichst bekannte Wiener Pharmakologe bespricht in diesem Aufsatze zunächst den Begriff des vielgeschmähten „Antagonismus“: in das schwankende Spiel widerstreitender Kräfte in den Zellen treten pharmakologisch wirksame Stoffe ein, die die Lebensäußerungen der Organe hemmen oder fördern. Ob nun ein Gift fördernd oder hemmend auf eine Organfunktion wirkt, läßt sich nicht vorhersagen. Nur bei wenigen Giften, bei solchen mit

grob chemischer Wirkung, kann man einen Antagonismus a priori annehmen: der Typus eines solchen ist die Oxalsäure, die durch ihre Affinität zum Kalk der Gewebe ein Zellgift ist. Zufuhr von Kalk macht die Oxalsäure unlöslich und unwirksam. Ein ähnliches Verhältnis scheint zwischen Toxin und Antitoxin zu walten; desgleichen bei der Neutralisation von Säure und Alkali.

Eine andere Art von Antagonismus spielt sich da ab, wo von zwei Körpern der eine fördernd, der andere hemmend einwirkt, ohne aber selbst zueinander irgendeine Beziehung zu haben. So ist durch Versuche nachgewiesen, daß Chinin die Wirksamkeit des Hefeferments hemmt, Kurarin sie fördert und beide in bestimmter Mischung zusammengebracht ohne Wirkung sind. Wir müssen eben im Ferment einen bestimmten Angriffspunkt für beide Gifte annehmen, der in entgegengesetztem Sinne beeinflußt wird. Oft werden wir auch an eine labile Verbindung irgendwelcher Art mit dem gemeinsamen Substrat der lebenden Zelle denken müssen, um die sich der Kampf der beiden Gifte abspielt. Das klassische Beispiel hierfür ist das Verhalten des Sauerstoffs zum Kohlenoxyd. Um in diesem Falle eine Entgiftung eintreten zu lassen, bedarf es einer „Massenwirkung" von Sauerstoff.

Die Möglichkeit eines wechselseitigen Antagonismus gibt M. zu, denn bei vielen akuten Vergiftungen ist die Giftbindung lösbar, das Gift kann gleichsam ausgewaschen werden. Tritt nun noch gar ein gleichartig angreifendes, aber umgekehrt wirkendes Agens hinzu, so muß die Entgiftung beschleunigt werden. In diesem Sinne ist der reziproke Antagonismus aufzufassen zwischen Atropin und Pilocarpin, Kurare und Physostigmin, Cholin und Adrenalin. Leider ist die Analyse der Wirkungen der Gifte besonders am Zentralnervensystem eine äußerst schwierige; hier ist es nicht ausgeschlossen, daß ein Scheinantagonismus vorliegt, d. h. daß nebengeordnete Zentren für andere (gelähmte) vikariierend eintreten.

Eine dritte Art von Antagonismus ist der mittelbar physiologische, dessen Typus M. durch die Bezeichnung autonome und sympathische Gifte zum Ausdruck bringt. Es hat sich nämlich gezeigt, daß die kranialen und sakralen autonomen Nerven alle Gegner des Sympathikusheeres sind; sie suchen die ihnen unterworfenen Organe (glatte Muskeln, Drüsen, Gefäße, Herz) in umgekehrter Richtung zu beeinflussen wie der sympathische Nerv. Eine Reihe von Giften weist nun eine bestimmte und regelmäßige Beziehung zu ihnen auf. Wo nämlich autonome und sympathische Nerven antagonistisch wirken, da wirken auch die entsprechenden pharmakologischen Mittel in gleichem Sinne; wird z. B. die Pupille durch Pilokarpin verengt, so wird sie durch Kokain erweitert usw.

Außerdem existiert eine Reihe anderer physiologischer Antagonisten, die sich aus den inneren Sekreten rekrutieren; so fördert z. B. Pankreassekret die Glykogenbildung, während sie durch Nebennierensekret gehemmt wird. Weitere Forschung auf diesem Gebiet wird auch das Verständnis jener pathologischen Zustände erleichtern, die aus der Gleichgewichtsstörung solcher rivalisierender Kräfte hervorgehen.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ein Wort zur Anwendung der sogenannten Nährsalze und physiologischen Salze.** Von Dr. v. Oefele. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, H. 14.

2. **Neuere Arzneimittel: Eglatol, entgiftetes Chloralhydrat.** Von Dr. v. Boltenstern. Ibidem.

3. **Linoval, eine neue Salbengrundlage mit bakterizider Eigenkraft.** Von Dr. Salomon. Med. Klinik, 1908, Nr. 29.

4. **„Ein neuer Salizylester: Spirosal.** Von Dr. Haagner. Allgem. Wiener. med. Zeitg., 1908, Nr. 28.

5. **Ueber Jod-Arsentherapie und klinische Erfahrungen über Arsojodin.** Von Dr. Hintz. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 29.

1. Die Mineralsalze des Körpers und der Nahrung sind längst bekannt, wurden aber mit Ausnahme des Eisens, das vielleicht allzusehr in den Vordergrund gestellt wurde, wenig beachtet. Später wandte sich das Interesse auch dem Phosphor zu. Den Elementen Sauerstoff, Stickstoff, Wasserstoff, Kohlenstoff, Phosphor und Schwefel stehen die eigentlichen Mineralstoffe im Körperhaushalt gegenüber, vor allem Kalk, Magnesia, Natron, Kali, Chlor und Kieselsäure. Diese sind vorübergehend mit organischen Bestandteilen des Körpers verbunden; im allgemeinen finden sie sich jedoch mit Phosphorsäure und Schwefelsäure in anorganischen Verbindungen in den Körpersäften. Anorganisch treten sie in den Körper ein, anorganisch verlassen sie ihn wieder, und da ihr Zustand beim Eintritt und Austritt wenig verschieden ist, so ist ihre Rolle viel umstritten. Nach diesen einfachen Feststellungen gingen die Aerzte an die Darreichung entsprechender Mineralgemische. Die Erfolge waren in zahlreichen Fällen sehr günstig. Doch verhielt sich mangels jeder physiologisch annehmbaren Begründung die große Mehrzahl der Aerzte ablehnend gegen die Mineralgemische. Die natürliche Folge war die Annahme derselben durch die Kurpfuscher. Der Widerspruch gegen diese Pfuschermittel wurde um so stärker, als die Autoren Albu und Neuberg sich in ihrem Buche über den Mineralstoffwechsel ganz abfällig über alle Nährsalzpräparate aussprachen. Der einzige feste Punkt, von dem ausgegangen werden kann, ist Albert Robins Lehre von der pathologischen Demineralisation, die sich vor allem im präphthisischen Zustande ausbilden soll. Dem Robinschen Gedankengange bei dieser Lehre entspricht das Sal physiologikum Poehl, das der Verfasser nahezu 10 Jahre in vielen Kilogrammen bei richtiger Indikationsstellung zur größten Zufriedenheit verbraucht hat. Am unrichtigen Orte kann man nach Verfassers Ansicht mit diesen Salzen großes Unheil stiften. Wo z. B. das Herz defekt ist oder Entzündung der Nieren vorliegt, kann der erhöhte Mineralstoffwechsel nicht bewältigt werden. In anderen Fällen, z. B. bei Phthisis pulmonum, hält Verf. das Sal physiologikum Poehl für ein sehr wertvolles Symptomatikum zur Hebung der subjektiven und objektiven Kräfte. Gegen die lügenhafte Reklame, daß ohne Diätvorschrift die Zuckerkrankheit und selbst die Brightsche Nierenkrankheit durch Nährsalzpräparate geheilt werden könnten, macht Verf. energisch Front. Denn es kann wohl bei Diabetes durch physiologische Salze viel genützt, jedoch keine Heilung erzielt werden. Das Sal physiologikum Poehl entspricht der Gesamtasche des Blutes. Ein anderes, das die Erdsalze ausläßt und nur für Arthritis angewendet werden soll, ist Regenerol, das unter der Aegide des Prof. von Noorden in die Therapie eingeführt wurde. Urizedin greift nur auf die Alkalisalze zurück.

2. Wie Langgaardt hervorgehoben hat, kommt für das Chloralhydrat als erster Angriffspunkt die graue Substanz der Großhirnhemisphären in Betracht; das Rückenmark wird erst später und am spätesten die Medulla oblongata und das Herz ergriffen. Ist nun schon auf Grund der Untersuchungen Kienböcks eine Schädigung des Herzens durch Chloralhydrat nicht mehr zu befürchten und kann durch Herabsetzung der Dosen die hypnotische Kraft des Mittels so vermindert werden, daß nur noch ein Sedativum vorliegt, das auf die Großhirnhemisphären wirkt, so muß ein schädigender Einfluß im allgemeinen als ausgeschlossen betrachtet werden. Die letzten prinzipiellen Bedenken gegenüber der Verwendung des Chloralhydrats als Sedativum, die erhoben werden können auf Grund der ausnahmsweise bei dazu disponierten Individuen auftretenden Hirnaffektionen, der Exzitation gerade bei kleineren Dosen usw., fallen aber fort, sobald es gelingt, die in dem Chloral gegebenen, ausschließlich auf die Großhirnhemisphären gerichtete sedative Wirkung für die Therapie nutzbar zu machen unter gleichzeitiger Beseitigung der oben erwähnten geringfügigen Intoxikationserscheinungen. Nach v. Boltensterns Ansicht ist dies Dr. Horowitz in dem Präparat „Eglatol" gelungen. Dies ist eine dickflüssige, wasserhelle, klare Flüssigkeit von aromatischem Geruche, die in den gewöhnlichen Lösungsmitteln völlig, in Wasser teilweise löslich ist. Der Wert des Präparats liegt in der Kombination von Chloralhydrat mit Phenyldimethylpyrazolon; dadurch soll die toxische Wirkung ausgeschaltet sein, während die sedative sich völlig entfalten kann. „Eglatol ist kein chemisch einheitlicher Körper; doch bildet es eine einheit-

liche Flüssigkeit, während sämtliche Ausgangsmaterialien in Kristallform auftreten.“ Gleichwohl findet trotz langen Liegens kein Auskristallisieren statt. Tierversuche haben ergeben, daß beim Eglatol eine Entgiftung von 52% vorliegt. Enorme Dosen, die beim Menschen niemals zur Anwendung kommen, würden toxisch wirken: 0,401 g pro kg Tier entsprechen etwa 25 bis 30 g für den erwachsenen Menschen. Deshalb liegen gegen die Verabreichung in gesteigerten Dosen ebensowenig Bedenken vor wie gegen wochenlange Anwendung. Als Sedativum dürften 0,5 bis 1,0 g mehrmals pro die, als Hypnotikum 1,5 bis 2,0 bis 3,0 g in allen Fällen ausreichen. Auch klinische Untersuchungen (Blumenthal, Mediz. Klin., 1908, Nr. 21) haben die therapeutische Anwendbarkeit des Eglatol erwiesen; es wurde in Gelatinekapseln verabfolgt. Das Mittel ist als Nervinum und Hypnotikum indiziert. Bei Schmerzen empfiehlt sich eine gleichzeitige Darreichung von Phenazetin bezw. Morphin. Desgleichen mag darauf hingewiesen werden, daß man das Eglatol nicht auf den leeren Magen verabfolgt.

3. An guten Salbengrundlagen ist kein Mangel. Das verkennt auch Salomon durchaus nicht. Nachdem er aber bei einer Probesendung von Linoval eine auffallende Reinigung eines exulzerierten Karzinoms und Nachlassen der Schmerzen beobachtet hatte, sah er sich veranlaßt, das neue Präparat weiterhin zu probieren. Nach Angabe des Fabrikanten, R. Schmidt-Altona, ist das wirksame Prinzip des Linoval eine Fettsäure, die bei der Raffinerie des Leinöls gewonnen wird. Das reine Linoval ist eine weiße Salbe von nicht unangenehmem Geruch, die 15% Wasser resorbiert und unbegrenzt haltbar ist. Alle Zusätze werden ohne Erwärmen gemacht: Salizylsäure, Ichthyol, alle Teerpräparate, Chrysarobin, Metalloxyde, aber keine Metallsäuren und Alkalien. Bei vergleichenden Versuchen mit diesen Salbenverbindungen und solchen des Lanolins bezüglich der Wirkung der Salbengrundlage dürfte doch dem Lanolin der Vorzug gegeben werden. Bei der Anwendung des puren Linovals zeigte sich aber eine offenbare bakterizide Wirkung, speziell gegen Staphylo- und Streptokokken. So wurde ein alter, vernachlässigter Fall von Furunkulose (27 tiefe Furunkel des Rückens) unter Linovalum purum in 10 Tagen zur Heilung gebracht. Salomon glaubt, seine hervorragende bakterizide Kraft werde dem Linoval ebenso wie seine analgesierende und epithelialisierende Eigenschaft einen dauernden Platz im dermatologischen Heilschatze sichern.

4. Auch Verfasser hat in zahlreichen Fällen von rheumatischen und neuralgischen Affektionen sich von der vorzüglichen Wirkung des (übrigens nur pur angewendeten) Spirosal überzeugen können. H. rühmt besonders die schmerzstillende Eigenschaft des Mittels.

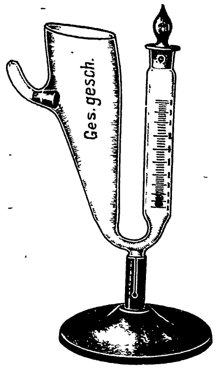
5. Die kombinierte Jod-Arsentherapie hatte bisher immer mit der Schwierigkeit zu kämpfen, daß infolge der ausgesprochenen Hygroskopizität der Jodsalze eine Verbindung mit der arsenigen Säure unmöglich war. Man behalf sich deshalb damit, daß man neben Jod Arsen in irgendeiner Form reichte. Mit dem Arsojodin wurde ein Präparat auf den Markt gebracht, das Jodnatrium und arsenige Säure in inniger Vermischung enthält und in Pillenform abgegeben wird, wobei jede Pille genau dosierte Jod- und Arsenmengen enthält (und zwar 0,001 arsenige Säure und 0,096 reines Jod). Dieses Präparat wurde von Hintz auf der Fingerschen Klinik für Syphilidologie und Dermatologie an ca. 150 Patienten erprobt. H. gab 3 Pillen täglich und stieg jeden Tag um eine Pille, bis die Kranken 30 Pillen pro die erhielten; dann wurde wieder herabgegangen. Die Vorzüge des Präparats liegen nach H. 1. in der guten Verträglichkeit der kleinsten wie der höchsten Dosen; 2. darin, daß infolge der Verabreichung in Pillenform einerseits eine absolut genaue Dosierung gewahrt erscheint, die auf Jod und Arsen zugleich Rücksicht nimmt und es ermöglicht, beide Arzneimittel in solchen Mengen zu geben, die sonst für das eine und das andere Medikament nicht in Anwendung gebracht werden können; 3. weil weder Jod- noch Arsenintoxikation beobachtet wurde. Im Hinblicke auf die Atoxyltherapie erscheint es wichtig, die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß ebenso hohe oder höhere Dosen von Arsojodin wie Atoxyl verabreicht wurden, ohne den Organismus im geringsten zu schädigen.

Technische Neuerscheinungen.

Präzisions-Gärungs-Saccharometer mit Quecksilberfang.

nach Dr. Weidenkaff.

Für die Gärungs-Saccharometer, bei denen Quecksilber zum Abschluß einer bestimmten Menge der zu vergärenden Flüssigkeit benutzt wird, und die durch die Genauigkeit der damit erzielten Resultate den Vorzug vor anderen verdienen, kommt die Schwierigkeit in Betracht, das zur Verwendung gelangte Quecksilber wieder zu gewinnen. Dem soll der Weidenkaffsche Apparat abhelfen. Wie aus der Abbildung ersichtlich, zeigt derselbe als neu einen geräumigen, trichterförmigen Schenkel, in den die zu vergärende Flüssigkeit bei der Gärung aus dem durch Glasstopfen verschlossenen Meßschenkel übersteigen kann, ohne daß ein Ueberlaufen zu befürchten ist. An diesem trichterförmigen Schenkel befindet sich eine durch Kautschukstopfen verschließbare Ausbuchtung, die dem Zweck dient, das zum Abschluß der beiden Schenkel gebrauchte Quecksilber wieder zu gewinnen. Nach beendigter Gärung gießt man die Flüssigkeit durch den trichterförmigen Schenkel, dabei sammelt sich das Quecksilber in der Ausbuchtung, die alsdann durch den Kautschukstopfen abgeschlossen werden kann. Der Apparat besitzt einen abnehmbaren, vernickelten Metallfuß, wodurch ihm größere Stabilität verliehen ist; das Meßrohr ist Präzisionsarbeit. (Zu beziehen durch Weidenkaff, München 31. Preis 4,50 M.)



M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Narkologie. Ein Handbuch der Wissenschaft über allgemeine und lokale Schmerzbetäubung. Von Dr. med. W. B. Müller. Berlin 1908. 907 Seiten.

Nachdem Verfasser in der Einleitung das Erscheinen des Werkes begründet hat, bringt er im ersten Band einen ganz kurzen geschichtlichen Ueberblick der Narkologie sowie eine Erklärung der Namen (Narkosiologie = Allgemeinbetäubung, Anästhetologie = Lokalbetäubung). Lebhaft tritt er für die Einführung der Narkologie als besonderes Lehr- und Prüfungsfach ein. Die Forderung, „daß eine Narkose nur dann einzuleiten ist, wenn die Unterlassung derselben für das Leben oder die dauernde Gesundheit des betreffenden Menschen direkt gefahrbringend und verderblich ist“ (S. 27), dürfte wohl etwas engherzig sein. Verf. gibt bei Geburten gleich darauf Ausnahmen zu. Wie stehts bei mittelgroßen Vaginalprolapsen, bei Lippen- und Gaumenspalten älterer Kinder? Hier wird man die Notwendigkeit der Narkose doch wohl anerkennen müssen, obwohl direkt gefahrdrohende und verderbliche Zustände nicht vorliegen.

Es folgen Ausführungen allgemeiner Art über Vorbereitung, Verlauf und Technik der Allgemeinnarkose sowie die Behandlung des Patienten vor, während und nach derselben.

Im speziellen Teil werden die einzelnen Allgemeinnarkotika in sehr ausführlicher Weise behandelt, unter Berücksichtigung sämtlicher bisher angewandter (ca. 30) Mittel: bei jedem wird die chemische Zusammensetzung, die physiologische und pathologische Wirkung sowie seine Anwendung erörtert. Den Schluß bilden die Mischnarkosen.

Im 2. Bande über Anästhetologie (lokale Schmerzbetäubung) werden im allgemeinen Teil die für alle Arten mehr oder weniger gültigen Punkte behandelt und zum Schluß eine ausführliche Beschreibung der sensiblen Nerven der ganzen Körperoberfläche gebracht.

Im speziellen Teil folgt wiederum die Besprechung der einzelnen (14) Mittel unter Darlegung der chemischen, physiologischen und pathologischen Eigenschaften und ihrer Anwendungsform. Die dann folgenden Methoden bilden hier das wichtigste: die Schleichsche Infiltration, die Kokainanästhesie nach Reclus und die Leitungsanästhesie nach Oberst und Hackenbruck. — In verdienter Ausführlichkeit bildet den Schluß die Biersche Medullaranästhesie, ihre Technik und Anwendung. Bei der Statistik findet Verf. auf 288 Fälle einen Todesfall, eine Zahl, die sich bei besserer Technik wohl bald verringern wird.

Ein näheres Eingehen auf die Einzelheiten würde bei der Fülle und Wichtigkeit des Stoffes zu weit führen.

Angeschlossen ist ein Literaturverzeichnis von 57 Seiten.

Verf. klagt in der Einleitung darüber, daß die Narkose vielfach noch als etwas Nebensächliches und Leichtes betrachtet werde; er hat sehr recht damit. Möge dies fleißige Werk zu weiterem Forschen auf diesem Gebiet anregen und zugleich dem Praktiker ein belehrendes Nachschlagebuch sein.

Försterling-Mörs.

KORRESPONDENZ.

— Die Firma Dr. A. Horowitz, Berlin, versendet an die Redaktionen ein Rundschreiben, das wir um so lieber zum Abdruck bringen, als wir in Nr. 31 unter dem Titel „Fabrikarbeit“ auf einige der Firma von „einer Gruppe von Interessenten“ entgegengehaltenen Vorwürfe eingegangen sind. Das Zirkular lautet:

Eine Gruppe von Interessenten hat in der pharmazeutischen und medizinischen Fachpresse gegen meine Präparate Pyrenol, Arhovin, Visvit und Jodofan eine Reihe schwerwiegender Verdächtigungen gerichtet. Sämtliche dieser als Tatsachen unterstellten Herabsetzungen meiner Präparate sind auf Grund erwiesenermaßen falscher Analysen, unzureichender Untersuchungsmethoden und voreingenommener Voraussetzungen aufgestellt worden. Zum Teil habe ich den Beweis hierfür schon vor den ordentlichen Gerichten erbracht. Auch hinsichtlich der übrigen Angriffe bin ich imstande, den sofortigen Nachweis dafür zu liefern, daß dieselben ebenso ungerechtfertigt und z. T. unlauteren Motiven entsprungen sind. — Da aber die Gerichtsferien diesen Nachweis erheblich verzögern und die gegen mich gerichteten Angriffe für die Begründung der Notwendigkeit der Errichtung der gerade jetzt stark umstrittenen Zentralstelle für Arzneimittelprüfung als Nothelfer dienen sollen, so weiß ich mich gegen die Verdächtigungen einer einflußreichen Gruppe, die ihre Angriffe z. T. in einem anscheinend wissenschaftlichen Gewande bringt, nur dadurch zu erwehren, daß ich an die gesch. Redaktionen der Fachpresse appelliere mit der Bitte, solche Einsendungen, die sich mit meinen Präparaten beschäftigen, einer kritischen Prüfung unterziehen zu wollen.

Zu dieser Bitte halte ich mich für berechtigt, da ich für meine Präparate nach jeder Richtung hin durchaus einstehen kann.

Dr. Arthur Horowitz, Berlin N. 24.

Wir bemerken hierzu, daß wir es im Interesse aller Beteiligten für hocherfreulich halten, wenn es Dr. Horowitz gelingen sollte, den „schwerwiegenden Verdächtigungen“ erfolgreich entgegenzutreten. Er müßte allerdings dann stichhaltigere Mittel anwenden, als es der Versuch ist, die Gegner durch den Vorwurf falscher Analysen, unzureichender Untersuchungsmethoden und voreingenommener Voraussetzungen an die Wand zu drücken. Vorläufig können wir — schon wegen der Gerichtsferien — nur fragen: „Was ist Wahrheit?“ und müssen uns mit der von Dr. Horowitz herausgeforderten Kritik der Einsendungen, die sich mit seinen Präparaten beschäftigen, begnugen, natürlich auch der Einsendungen, die für Dr. Horowitz sprechen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES **KARLSBADER** SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader **SALZ**
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Spinnerei, Weberei und Strickerei
Zur Lust bei Hameln.
Wollene Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C. 2/28.

☛ **Grundstück für Sanatorium**
geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park.) — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).
Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.
Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial
Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Dr. Michaelis'
Eichel-Kakao
(Eichel-Schokolade-Pulver mit präpariertem Mehl

Eingetragene Schutzmarke
Dr Michaelis' Eichel-Kakao
Dr. Michaelis Eichel-Kakao
allein hergestellt von
GEBRÜDER STOLLWERCK AG
KÖLN

ist mit **Wasser** gekocht, bei Darmstörungen besonders bei **Brechdurchfall der Kinder** ein unschätzbares Mittel, das daher **Säuglingen** zeitweise als **Ersatz der Milch** gegeben werden kann. Mit **Milch** gekocht, ein bewährtes tägliches Getränk an **Stelle** von **Kaffee** und **Tee** für Kinder, sowie Personen jeden Alters, besonders in den heissen Sommermonaten, um **Verdauungsstörungen vorzubeugen.**

Dr. Michaelis' Eichel-Kakao zeichnet sich durch **Wohlgeschmack, Nährgehalt** und **leichte Verdaulichkeit** hervorragend aus.

Zwei Teelöffel Dr. Michaelis Eichel-Kakao mit ½ Liter **Milch** gekocht, machen dieselbe **verdaulich** für **Personen, welche sonst keine Milch vertragen können.**

Alleinige Fabrikanten:

GEBRÜDER STOLLWERCK A.G.

Vorrätig in allen Apotheken und Drogengeschäften.

, kg Büchsen M. 2,50, ¼ kg Büchsen M. 1,30, Probebüchsen 50 Pf

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"
Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,**
Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.
Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à 1,20 M fur Erwachsene und 0,80 M. für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhaltlich Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Medicinische Periodica für die Bücherei des praktischen Arztes
aus dem Verlage von **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Mit besonderer Berücksichtigung der allgemein-ärztlichen Praxis
unter ständiger Mitarbeiterschaft
der Herren Dr. Baumm, Direktor der Prov.-Heb.-Lehr-Anstalt in Breslau Hofrat Dr. Benckiser in Karlsruhe, Dr. Bokelmann in Berlin, Prof. Dr. Bumm in Halle a. S., Prof. Dr. Doederlein in Tübingen, Dozent Dr. Felsenreich in Wien, Sanitätsrat Dr. Flaischlen in Berlin, Dr. Keller in Berlin, Prof. Dr. Kroenig in Leipzig, Prof. Dr. Menge in Leipzig, Prof. Dr. Sippel in Frankfurt a. M.
herausgegeben von
Sanitätsrat Dr. **M. Graefe** in Halle a. S.
Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.
Es liegen bis jetzt 6 Bände abgeschlossen vor; der siebente Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten.
In Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.
Begründet von **Dr. Maximilian Bresgen.**
Unter ständiger Mitarbeiterschaft
der Herren Sanitätsrat Dr. Maximilian Bresgen in Wiesbaden, Dr. Th. S. Flatau in Berlin, Dr. W. Freudenthal in New-York, Dr. Max Hagedorn in Hamburg, Dr. Holscher, Stabs- und Bataillonsarzt in Ulm a D, Sanitatsrat Dr. Hopmann in Köln, Professor Dr. Kafemann in Königsberg i. Pr., Dr. R. Kayser in Breslau, Prof. Dr. Kirchner in Würzburg, Geh. Hofrat Dr. Krieg in Stuttgart, Prof. Dr. L. Stacke in Erfurt, Prof. Dr. Strübing in Greifswald, Dr. H. Suchannek in Zeitz, Dr. E. Winckler in Bremen
herausgegeben von
Privatdozent Dr. **Gustav Heermann** in Kiel.
Band I bis VI zu je 12 Heften. Preis pro Band kompl. Mk. 12,—.
Ab Band VII beträgt der Abonnementspreis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mk.
Es liegen bis jetzt 6 Bände abgeschlossen vor; der siebente Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.
In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes unter ständiger Mitwirkung
der Herren Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Anton in Halle, Prof. Dr. Aschaffenburg in Köln, Geheim. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger in Jena, Professor Dr. Bruns in Hannover, Professor Dr. Cramer in Göttingen, Geheimer Medizinal-Rat Professor Dr. Goldscheider in Berlin, Professor und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Geh. Med.-Rat Dr. Krömer in Conradstein, Sanitätsrat Dr. Laquer in Frankfurt a. M., Medizinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Direktor Dr. H. Schlöß in Wien, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Prof. Dr. Schultze in Greifswald, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Geh. Med.-Rat Dr. von Strümpell in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. M. Weil in Stuttgart, Prof. Dr. Windscheid in Leipzig, Direktor Dr. Wulff in Oldenburg i. Gr., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Berlin.
Begründet von Professor Dr. **Konrad Alt** in Uchtspringe (Altmark).
Herausgegeben von
Geh. Hofrat Professor Dr. **A. Hoche** in Freiburg i. Br.
Abonnementspreis pro Band = 8 Hefte 8 M.
Es liegen bis jetzt 7 Bände abgeschlossen vor; der achte Band ist im Erscheinen. Jedes Heft ist auch einzeln käuflich. Spezialverzeichnisse gratis.
Bestellungen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. **A. Dührssen,** Berlin. **C. A. Ewald,** Berlin. **E. Friedberger,** Berlin. **P. Gerber,** Königsberg.
H. Schlange, Hannover. **Ad. Schmidt,** Halle a. S. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. **M. Koeppen,** Berlin. **M. Mosse,** Berlin. **K. Partsch,** Breslau. **H. Rosin,** Berlin.
H. Senator, Berlin. **R. Sommer,** Gießen. **H. Unverricht,** Magdeburg. **O. Vulpius,** Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.**
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 23. August 1908. **Nr. 34.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Ueber Anwendung und Wirkung der Pyozyanase bei Infektionskrankheiten, besonders bei Diphtherie.

Von Dr. med. **A. Scharff**, Calbe a. S.

(Schluß.)

Was nun die Wirkung der Pyozyanase auf die einzelnen Krankheitssymptome betrifft, so machte ich dabei folgende Beobachtungen:

1. Die Rachenbeläge verschwanden ziemlich schnell. Während ich bei der reinen Serumtherapie meist zunächst ein Wachsen der Beläge bemerkte, waren bei der Behandlung mit Pyozyanase die Beläge meist schon am zweiten Behandlungstage kleiner geworden, um dann in einigen Fällen schon am dritten Behandlungstage, meistens am vierten oder fünften Tage, ganz zu verschwinden. Nur in zwei Fällen war der Belag erst am sechsten Behandlungstage verschwunden. Ebenso wie Zucker, Mühsam und andere konnte auch ich feststellen, daß, während bei reiner Serumbehandlung die Beläge sich stückweise oder in ganzen Membranen abstießen, die Beläge bei der Pyozyanasebehandlung vom Rande her abschmolzen. Besonders charakteristisch war diese eigenartige Form der Membranabschmelzung bei dem nur mit Pyozyanase behandelten Falle zu erkennen.

2. Der foetor ex ore verschwand sehr schnell.

3. Das Fieber fiel unter Pyozyanasebehandlung bald zur Norm ab. In elf Fällen war bereits nach einem Tage das Fieber verschwunden, in acht Fällen nach zwei Tagen, und nur in zwei Fällen waren nach drei Tagen noch leichte Fiebererscheinungen (abends 38,2 bezw. 38,5 °) zu verzeichnen.

4. Das subjektive Befinden wurde ebenfalls günstig beeinflußt. Meistens machten die Kranken schon am zweiten oder dritten Behandlungstage gar keinen kranken Eindruck mehr. Sie saßen im Bett, spielten, lachten und sangen. Auch der Appetit wurde bald besser, oft sagten mir die Eltern schon nach wenigen Tagen, die Kinder seien kaum zu sättigen.

5. Die Drüsenschwellungen, soweit solche vorhanden waren, gingen gleichfalls schnell zurück. In den Fällen, wo bei Beginn der Behandlung die Submaxillardrüsen nicht geschwollen waren, traten auch im weiteren Verlauf der Erkrankung keine Schwellungen mehr auf.

6. Bei der kruppösen Erkrankung von Kehlkopf und Luftröhre trat bald eine Linderung der Atemnot und eine Lösung ein. Nur in einem Falle von hochgradiger Stenose war keine Besserung zu erreichen.

Auf einen Punkt möchte ich noch aufmerksam machen, der in den bisher erschienenen Arbeiten über Pyozyanase noch nicht berücksichtigt worden ist. Ich habe nämlich seltener Nachkrankheiten bei den mit Pyozyanase bezw. Pyozyanase und Serum behandelten Diphtheriekranken beobachtet, wie bei den nur mit Heilserum behandelten. Während ich bei 244 nur mit Serum behandelten Fällen 35mal postdiphtherische Lähmungen beobachtete (vielleicht wären es noch mehr gewesen, wenn ich alle Kranken hätte nachuntersuchen können), habe ich bei den 25 mit Pyozyanase behandelten Fällen nur dreimal eine Lähmung eintreten sehen. Davon war ein Kind mit einer schweren septischen Diphtherie, das acht Tage nach Beginn der Erkrankung eine Gaumenlähmung bekam und einen Tag später an Herzlähmung starb, ein Kind (Fall 1 meiner Statistik) wurde erst sechs Tage nach Beginn der Erkrankung mit Pyozyanase behandelt und ein Kind drei Tage nach Beginn der Erkrankung. In all den Fällen, wo gleich vom ersten Tage ab Pyozyanase zur Anwendung kam, konnten bei mehrfachen Nachuntersuchungen keine postdiphtherischen Lähmungen festgestellt werden. Ich habe ferner in sämtlichen Fällen nach Verschwinden der Krankheitserscheinungen den Urin untersucht und dabei niemals Eiweiß gefunden. Ich glaube nicht, daß dieses günstige Ergebnis ein zufälliges ist, erkläre es mir vielmehr dadurch, daß durch die Pyozyanasebehandlung der Krankheitsprozeß lokalisiert wird und die Krankheitserreger, Diphtheriebazillen, Strepto- und Staphylokokken nicht von den Tonsillen aus in die Lymphdrüsen und von da in die Lymph- und Blutbahnen gelangen können. Es wäre jedenfalls wünschenswert, wenn diese Frage nachgeprüft würde.

Was ferner die etwaigen Nebenwirkungen der Pyozyanase betrifft, so habe ich bei zwei Kindern, welche die überschüssige Pyozyanase verschluckten, während oder kurz nach der Einblasung Erbrechen eintreten sehen. Eines von diesen Kindern bekam auch Durchfall, während das andere (es waren zwei Geschwister), trotzdem es ebensoviel Pyozyanase schluckte, sogar schweren Stuhlgang hatte. Bei beiden Kindern hat sich das Erbrechen später gelegt. Ich habe nur die Vorsicht gebraucht, bei leerem Magen einzublasen und zwischen den einzelnen Einblasungen größere Pausen zu machen. Eines von diesen Kindern bekam auch Urtikaria, doch glaube ich, daß diese nicht durch die Pyozyanase verursacht wurde, sondern durch das gleichfalls angewendete Heilserum, oder genauer gesagt, durch die dem Heilserum zugesetzte Karbolsäure. Zu dieser Annahme halte ich mich für berechtigt, weil ich einerseits bei nur mit Pyozyanase behandelten Kranken niemals

Urtikaria auftreten sah, andererseits in den letzten vier Monaten bei vier nur mit Heilserum behandelten Fällen ebenfalls Urtikaria beobachten konnte. Daß Karbolsäure Urtikaria hervorrufen kann, ist ja bekannt.

Da sich bei den experimentellen Untersuchungen über die Wirkung der Pyozyanase zeigte, daß diese nicht nur Diphtheriebazillen, sondern auch andere Krankheitserreger zu vernichten vermochte, so lag es nahe, auch andere Infektionskrankheiten durch Pyozyanase zu heilen zu versuchen. So berichtet Jehle über günstige Erfolge der Pyozyanasebehandlung bei einer Grippenepidemie im Säuglingssaale der Wiener Kinderklinik. Dies veranlaßte mich, ebenfalls Pyozyanase bei Grippe zu gebrauchen, und zwar habe ich das Mittel bei solchen Kranken in die Nase eingeträufelt bezw. eingeblasen, bei denen trotz innerlicher Verabreichung von Salipyrin und Schwitzeinpackung ein Stockschnupfen bestehen blieb. Ich lasse die betr. Krankengeschichten im Auszug folgen:

Fall 1. Frau E., erkrankte am 14. Februar mit Schüttelfrost, heftigen Kopf- und Gliederschmerzen, Schnupfen und Husten. Temp. 14. Februar 38,5. Es wird zunächst Salipyrin gegeben, Patientin muß tüchtig schwitzen.

16. Februar. Trotz Salipyrin und zweimaliger Schwitzeinpackung noch immer Fieber (38,0) und Stockschnupfen. Patientin klagt, daß sie gar keine „Luft durch die Nase bekommen“ könne. Die Nase hat zweimal stark geblutet. Es wird nun Pyozyanase in die Nase eingeblasen.

17. Februar. Temp. 36,8, Nase etwas freier, noch einmal Nasenbluten. Die Pyozyanasebehandlung wird fortgesetzt.

18. Februar. Temp. 36,5, Nase rechts ganz frei, links noch etwas verstopft, keine Blutung wieder eingetreten.

20. Februar. Völlig geheilt, Nase vollkommen durchgängig, keine Sekretion mehr, subjektives Wohlbefinden.

Fall 2. Herr B., erkrankte am 18. Februar mit Schüttelfrost und Fieber (39,0), heftigen Kopf- und Gliederschmerzen, stark belegte Zunge, Appetitmangel, Stockschnupfen. Ord. Salipyrin innerlich, Pyozyanaseeinblasung.

19. Februar. Fieberfrei, fühlt sich bedeutend besser, Nase etwas freier. Die Pyozyanasebehandlung wird fortgesetzt.

22. Februar. Völlig geheilt, subjektives Wohlbefinden, Appetit gut, Zunge wieder rein, Nase sondert gar nichts mehr ab und ist völlig durchgängig.

Fall 3. Herr G. F. wird seit acht Tagen wegen Influenza behandelt mit Salipyrin, Schwitzeinpackungen usw.

Am 18. Februar ist er fieberfrei, hat aber noch immer Stockschnupfen und Luftröhrenkatarrh, klagt besonders über die verstopfte Nase, die ihm immer ein Gefühl der Trockenheit im Halse und Hustenreiz verursache. Auch habe er noch immer Kopfschmerzen und könne nicht schlafen.

Vom 18. Februar ab täglich zweimal Einträuflung von Pyozyanase in die Nase; bereits am nächsten Tage Besserung.

Am 22. Februar Schnupfen ganz verschwunden, Nase durchgängig, auch Kopfschmerzen und Bronchitis gebessert. Patient fängt an aufzustehen.

Die Zahl der behandelten Fälle ist natürlich zu klein, um bindende Schlüsse zu ziehen, jedenfalls empfiehlt es sich, weitere Versuche anzustellen.

Da sich bei den experimentellen Untersuchungen zeigte, daß die Pyozyanase auch auf Gonokokken bakterizid wirkt, so habe ich auch einige Fälle von Gonorrhöe mit Pyozyanase behandelt.

Fall 1. Herr S. leidet seit Oktober 1907 an Gonorrhöe. Er ist bisher behandelt mit Einspritzungen von Protargol, Kal. permang. Zinc. sulfo.-carbol., mit Arhovin und Gonosan. Trotz aller Mittel besteht am 29. Februar 1908 noch immer ein spärlicher Ausfluß, der Gonokokken enthält. Es wird daher am 29. Februar Pyozyanase (unverdünnt) eingespritzt. Einige Tage später erneute Untersuchung des Sekretes: keine Gonokokken mehr.

6. April. Nachuntersuchung: keine Gonokokken zu finden.

Fall 2. Herr O., erkrankte am 10. Februar 1908 an Gonorrhöe, starker eitriger Ausfluß, der massenhaft Gonokokken enthält, bekommt zunächst Balsam. copaiv. innerlich und Einspritzungen mit Kal. permangan.

1. März. Linksseitige Epididymitis, noch immer eitriger Ausfluß, der reichlich Gonokokken enthält. Es wird nur reine Pyozyanase eingespritzt. Patient soll selber keine Einspritzungen mehr machen.

Einige Tage später kein eitriger Ausfluß mehr, Epididymitis zurückgegangen. Keine Behandlung mehr.

Nachuntersuchung am 2. Mai 1908. Es gelingt mit Mühe des morgens früh, bevor Patient uriniert hat, ein kleines Schleimtröpfchen aus der Harnröhre zu pressen. Bei der mikroskopischen Untersuchung werden keine Gonokokken gefunden.

Fall 3. Herr V., erkrankte am 14. April an eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre. Der Eiter enthält sehr reichlich Gonokokken. Es werden zunächst Einspritzungen mit 1%iger Protargollösung verordnet.

26. April. Ausfluß hat nachgelassen, doch werden noch immer Gonokokken gefunden, daher Pyozyanaseeinspritzung.

27. April. Ausfluß hat aufgehört, Patient ist schmerzfrei.

3. Juni. Nachuntersuchung. Es hat sich kein Ausfluß wieder eingestellt, auch heute ist nicht ein Tropfen Eiter zu erhalten.

Fall 4. Herr H., erkrankte acht Tage post coitum am 30. Mai 1908 an eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre und brennenden Schmerzen beim Wasserlassen. Bei der ersten Untersuchung am 1. Juni finden sich massenhaft Gonokokken. Es wird sofort Pyozyanase eingespritzt, sonst nur Gonosan innerlich gegeben.

3. Juni. Schmerzen und Eiterung geringer, mikroskopisch finden sich noch Gonokokken, aber weniger wie vorgestern. Nochmals Einspritzung von Pyozyanase.

5. Juni. Noch mäßige Absonderung von gonokokkenhaltigem Eiter. Nochmals Pyozyanaseeinspritzung.

8. Juni. Status idem. Wiederholung der Pyozyanaseeinspritzung.

11. Juni. Patient hat keinerlei Beschwerden mehr. Es läßt sich mit Mühe ein Tropfen Sekret aus der Harnröhre pressen, es gelingt aber nicht, noch Gonokokken zu finden.

Was die Technik der Pyozyanasebehandlung betrifft, so habe ich meistens zur Injektion eine gewöhnliche Tripperspritze mit konischem Gummiansatz benutzt. Nur einmal habe ich reine Pyozyanase injiziert, sonst die Pyozyanase mit destilliertem und durch Kochen sterilisiertem Wasser zur Hälfte verdünnt und die Einspritzung 10 bis 15 Minuten in der Harnröhre zurückhalten lassen. Das Verfahren war schmerzlos.

Ich komme nun zu einigen Fällen von Tonsillitis, die anfangs den Verdacht auf Diphtherie erweckten, bei denen aber bakteriologisch keine Diphtheriebazillen gefunden werden konnten.

Fall 1. E. S., 11 Monate alt, erkrankte am 20. Februar 1908 mit Schnupfen, Husten und Fieber (Temp. 38,0, Puls 140), beide Tonsillen stark geschwollen und gerötet, mit wenig gelblich-weißem Belag. Da zwei Kinder im gleichen Hause an Diphtherie erkrankt sind, wird Pyozyanase eingeblasen in Hals und Nase.

21. Februar. Befinden besser, Belag verschwunden, noch Fieber 38,0.

22. Februar. Fieberfrei, hat ruhig geschlafen, Nase läuft nur noch wenig, Schwellung der Tonsillen geringer, Husten locker.

23. Februar. Völlig geheilt.

Fall 2. Frau R., 20 Jahre alt, erkrankte am 3. Mai 1908 mit Hals-, Kopf- und Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit, Uebelkeit.

4. Mai. Temp. morgens 38,0, Puls 120, Belag auf beiden Tonsillen, Zunge belegt. Da der Ehemann vor 1/4 Jahr an Diphtherie erkrankt war, Pyozyanaseeinblasung dreimal täglich.

5. Mai. Temp. 36,7, Puls 78, Belag weniger, Allgemeinbefinden besser.

6. Mai. Temp. 36,2, Puls 72, Belag völlig verschwunden, subjektives Wohlbefinden, Zunge rein, Appetit gut.

Fall 3. H. H., 47 Jahre alt, erkrankte am 7. Mai 1908 mit Kopf- und Rückenschmerzen, Uebelkeit, Appetitmangel, Schluckbeschwerden.

8. Mai. Temp. 38,3, Puls 84, Belag auf beiden Tonsillen, starker foetor ex ore, Zunge belegt. Pyozyanaseeinblasung.

9. Mai. Temp. 36,7, Puls 72, Belag verschwunden, Tonsillen nur noch etwas gerötet und geschwollen, Allgemeinbefinden besser.

10. Mai. Völlig geheilt und beschwerdefrei.

Fall 4. E. K., 5 Jahre alt, erkrankte am 29. Mai 1908 mit Hals-, Kopf- und Leibschmerzen. Trotz Gurgeln mit essigsaurer Tonerde, Trinken von Zitronensaft und Prießnitzscher Umschläge um den Hals wurde es nicht besser, deshalb schickten die Eltern am Abend des 29. Mai zu mir. Ich fand das Kind ziemlich stark fiebernd (Temp. 39,0, Puls 130); es hatte Belag auf beiden Tonsillen, belegte Zunge, keinen Appetit und klagte besonders über Hals- und Kopfschmerzen. Pyozyanaseeinblasung.

30. Mai. Temp. 38,2, Puls 102, Belag etwas weniger, Allgemeinbefinden besser, weiter Pyozyanase.

31. Mai. Temp. 36,5, Puls 84, Belag völlig verschwunden, subjektives Wohlbefinden.

Bakteriologisch fanden sich: Streptokokken (Untersuchung 29. Mai 1908).

Fall 5. K. J., 15 Jahre alt, erkrankte am 1. Juni 1908 unter mäßigen Fiebererscheinungen an Halsschmerzen. Beide Mandeln zeigten Belag, der trotz fleißigen Gurgelns mit essigsaurer Tonerdelösung nicht abnehmen wollte.

2. Juni. Beide Tonsillen stark geschwollen, lakunär sitzender weißlicher Belag, Zunge belegt, Appetitmangel, Temp. 37,5, Puls 120. Pyozyanaseeinblasung dreimal täglich.

3. Juni. Der Belag hat sich verringert, die Schluckbeschwerden haben nachgelassen, Temp. 36,8, Puls 96. Die Pyozyanasebehandlung wird fortgesetzt.

4. Juni. Belag völlig verschwunden, Zunge nicht mehr belegt, Temp. 36,5, Puls 84, subjektives Wohlbefinden.

Alle fünf Fälle sind bakteriologisch untersucht worden, es fanden sich in keinem Fall Diphtheriebazillen. In einem Fall wurden Streptokokken im Mandelabstrich gefunden. In allen fünf Fällen trat schnelle Heilung ein. Nachkrankheiten oder unangenehme Nebenwirkung der Pyozyanase wurden nicht beobachtet. Für Kinder, die nicht gurgeln können und für Fälle von hartnäckigem Mandelbelag, der unter Anwendung von Gurgelmitteln nicht verschwindet, dürfte sich also die Pyozyanasebehandlung gleichfalls empfehlen.

Weiter habe ich Pyozyanase angewendet in einem Falle von Scharlach.

E. H., 3 Jahre alt, erkrankte am 28. Februar an Scharlach. Temp. 39,0, Puls 140, Scharlachausschlag, beide Tonsillen stark geschwollen und belegt, Zunge belegt, starke Koryza.

Pyozyanaseeinblasungen in Hals und Nase.

Nach dreitägiger Behandlung ist der Belag aus dem Halse fast völlig verschwunden, ebenso der Ausfluß aus der Nase, doch besteht noch immer Fieber, das abends bis zu 39,0 steigt. Die Pyozyanasebehandlung konnte leider nicht fortgesetzt werden, da mein Vorrat erschöpft war und eine frische Sendung erst eintraf, nachdem die Krankheitserscheinungen bis zur Norm zurückgegangen waren. Das Kind ist völlig geheilt und hat auch keine Nachkrankheiten bekommen.

Leider habe ich seitdem noch keinen Scharlachfall mit schwereren Halserscheinungen wieder in Behandlung bekommen, jedenfalls erscheint nach den guten Erfolgen bei Diphtherie und lakunärer Mandelentzündung ein Versuch mit der Pyozyanasebehandlung auch bei der Scharlachdiphtherie berechtigt.

Endlich möchte ich noch über einen Fall von chronischer Naseneiterung berichten, der durch Pyozyanasebehandlung geheilt worden ist.

Es handelt sich um den $1^1/_2$ Jahre alten Knaben H. S. Er hatte Ende Januar 1908 Diphtherie gehabt und seitdem eine äußerst hartnäckige Naseneiterung. Diese war bisher mit Ausspülungen der Nase mit Borwasser behandelt worden, ohne daß eine Besserung zu verzeichnen war. Mitte April machte eine sekundäre Mittelohreiterung die Parazentese des rechten Trommelfells nötig, die in einer Ohrenklinik vorgenommen wurde. Dort wurde auch die Nase untersucht; eine Erkrankung des Knochens war nicht festzustellen: es blieb bei der Verordnung von Spülungen mit Borwasser.

Da aber die Eiterung gar nicht abnehmen wollte, so versuchte ich es mit der Pyozyanasebehandlung und träufelte täglich einmal mittels Pipette Pyozyanase in beide Nasenlöcher und zwar jedesmal etwa 0,5 ccm. Diese Behandlung wurde am 5. Mai 1908 begonnen. Da der Verdacht vorlag, daß es sich um chronische Nasendiphtherie handeln könne, ließ ich den Eiter bakteriologisch untersuchen. Die Untersuchung ergab: Streptokokken, keine Diphtheriebazillen.

Bereits nach wenigen Tagen hatte die Eiterung nachgelassen. Daß diese Besserung auf die Pyozyanasebehandlung zurückzuführen war, zeigte sich deutlich, als wegen einer Reise einige Tage lang die Pyozyanasebehandlung ausgesetzt werden mußte, da die Eiterung sogleich wieder stärker wurde, auch gab die Mutter an, daß nach der Einspritzung mehrere Stunden hindurch kein Eiter abgesondert wurde und erst am nächsten Morgen wieder stärkere Eiterung eintrat. Ich ließ deshalb vom 17. Mai ab die Pyozyanase zweimal täglich einspritzen, und nun besserte sich der Zustand weiter, bis am 25. Mai die Eiterung völlig aufgehört hatte. Wahrscheinlich hätte sich auch hier schon früher die Heilung erzielen lassen, wenn gleich von vornherein zwei- bis dreimal täglich Pyozyanase eingeblasen worden wäre.

Zum Schlusse will ich die Ergebnisse meiner Untersuchungen nochmals kurz zusammenfassen: Die Pyozyanase verdient bei der Behandlung menschlicher Diphtherie neben dem Heilserum, besonders in Fällen von Mischinfektion und bei verzögerter Rückbildung der Membranen, angewendet zu werden. Sie befördert die Auflösung der Beläge, beseitigt sehr schnell den foetor ex ore und das Fieber und wirkt günstig auf den Allgemeinzustand der Kranken. Durch Pyozyanase gelingt es, den Erkrankungsprozeß zu lokalisieren und die Persistenz der Diphtheriebazillen zu verhüten, auch werden seltener Nachkrankheiten bei Pyozyanasebehandlung beobachtet. Auch bei lakunärer Mandelentzündung empfiehlt sich die Pyozyanasebehandlung, besonders bei Kindern, die noch nicht gurgeln können. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Mittel bei Influenza, Gonorrhöe und anderen infektiösen Erkrankungen berechtigen zu weiteren klinischen Versuchen.

Nachtrag: Während der Drucklegung der Arbeit habe ich noch weitere 4 Diphtheriefälle mit Pyozyanase behandelt, davon 2 Fälle mit Pyozyanase allein, 2 Fälle mit Pyozyanase-Heilserum. Alle 4 Kranke wurden geheilt; Diphtheriebazillen in allen 4 Fällen gefunden. Im übrigen bestätigte der Verlauf auch dieser Fälle die günstige Wirkung der Pyozyanase.

Miszellen aus der französischen Geburtshilfe.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

Professor Fritsch hat kürzlich den Vorschlag gemacht, die Assistenten der verschiedenen Kliniken vierteljährlich auszutauschen, damit durch diese die Errungenschaften der einzelnen Pflegestätten der Wissenschaften schneller zu allgemeiner Kenntnis gelangten. Erst recht wird aber die Verbreitung solcher Fortschritte gehemmt, wenn noch Sprachverschiedenheiten eine Trennungsmauer errichten. Dank unseren Gymnasien, für die in ärztlichen Kreisen ja noch immer Begeisterung herrscht, konnten wir weder französisch noch englisch sprechen oder auch nur fließend lesen, als wir die Schule verließen. Es ist daher kein Wunder, wenn ganz bedeutende Fortschritte, die in einem dieser Länder gemacht wurden, bei unsern Praktikern so gut wie unbekannt geblieben sind.

Die Franzosen haben die Geburtshilfe mit Stolz stets als eine französische Wissenschaft bezeichnet und das nicht mit Unrecht; denn sehr viele bedeutende Errungenschaften verdankt man deren Lande. Ich nenne aus neuester Zeit z. B. die Achsenzugzange, den Basiotrib, den harten Ballon Champetier, den écarteur utérin Tarnier (aus dem der Bossi erwuchs), die Ausbildung der Technik der Symphysiotomie, welche anscheinend wieder der Pubiotomie Konkurrenz machen wird, und den Griff Pinards, um bei Steißlagen indirekt einen Fuß herunterzuholen, wenn man nicht direkt mehr herankommen kann.

Nachdem in einem früheren Aufsatz in dieser Zeitschrift der Bossi und der Ballon Champetier abgehandelt wurden, möchte ich diesesmal die Basiotripsie, die Verwendung des écarteur Tarniers zur Wehenerregung, und den Handgriff von Pinard besprechen.

A. Der Basiotrib.

In der Pratique médico-chirurgicale, 1907 herausgegeben unter der Aegide von Pinard, schließt der Artikel cranioclaste mit den Worten: „Le basiotribe a remplacé avanteusement le cranioclaste qui n'est plus employé.“ Demgegenüber las ich erst kürzlich in einer deutschen Abhandlung den Satz: „Die Dreiblätter scheinen keine besonderen Vorteile vor dem Kranioklast zu bieten.“

Was ist Wahrheit?

Lebhaft erinnere ich mich noch aus der Studentenzeit, welches Aufsehen die Einführung des Kranioklastes seinerzeit erregte. Meine Begeisterung hat sich inzwischen seit langem beträchtlich abgekühlt. Wenn es sich um die ernstesten Fälle handelt, so gebe ich den Franzosen recht; der Kranioklast dürfte dabei nicht verwendet werden, nur der Basiotrib.

Untersuchen wir zunächst die Bedingungen, unter welchen jene Instrumente in Tätigkeit treten sollen.

Der Kranioklast ist nur ein Zuginstrument. Trotz aller imponierenden, selten gebrauchten Schraubvorrichtungen ist er nur die alte Knochenzange recht handlich lang, mit bequemer Pack- und Haltevorrichtung. Er läßt die Schädelbasis unversehrt. Der Durchtritt des Kopfes wird nur in dem Verhältnis erleichtert, in welchem der größte Umfang der Gehirnhöhle den Umfang des Kopfes in der Basisebene übertrifft. Das bewirkt aber nicht eigentlich der Kranioklast, sondern die Perforation. Der Kranioklast verhilft nur zum bequemen Hindurchziehen.

Der Basiotrib dient einerseits in gleicher Weise als Zuginstrument, andererseits zerquetscht er die Basis und bewirkt eine Verkleinerung des Längendurchmessers vom Hinterhaupt zur Stirn. Er verkürzt ihn auf eine Länge von nur $4^{1}/_{2}$ cm — den Abstand der beiden äußeren Arme bei geschlossenem Instrument, wobei die Dicke der Stahllöffel noch mitgerechnet wird aus praktischen Gründen. Nötigenfalls kann der Schläfendurchmesser bei allgemein sehr verengtem Becken durch erneute Zerquetschung in gleicher Weise verkleinert werden.

Nun ist bei Vergleichung der Unterschied in der Wirkung beider Instrumente klar, wann ein jedes Anwendung finden sollte. In allen Fällen, wo das Becken noch die Basis des Schädels in normaler Stellung passieren läßt, soll man nur den Kranioklast verwenden, weil seine Handhabung einfacher und doch ausreichend ist. Wo aber erst die Basis auf die Kante gestellt passieren kann, sollte man, statt diesen Kunstgriff, zu dessen Ausführung erst zeitraubendes und gefahrbringendes Wegbrechen der Schädelknochen die Voraussetzung ist, zu verwenden, lieber die viel einfachere und ungefährlichere Zermalmung des Hindernisses durch den Basiotrib vornehmen.

Also die alleinige Indikation der Basiotripsie gibt ab ein Mißverhältnis zwischen Schädelbasis und Beckenenge. Nicht bedingen Stirn- oder Gesichtslagen als solche die Anwendung des Basiotribes; hinzukommen muß noch eine sehr enge c. v. oder ein Riesenkind. Am nachfolgenden Kopf wird kaum je die Basiotripsie nötig werden, das ergibt schon die Ueberlegung, daß, wenn ein Becken den Rumpf eines Kindes hat passieren lassen, es auch höchst selten nur der Schädelbasis dieses Kindes unüberwindlichen Widerstand wird entgegensetzen, zumal man nach Perforation durch Zug am Kinn Drehbewegungen in jeder Richtung zur Hilfe heranziehen kann. Bietet einmal enger Muttermund das alleinige Hindernis, so wird ebenfalls kaum die Basiotripsie in Frage kommen. Hier ist nicht die Länge eines Durchmessers der Basis das Entscheidende, sondern der gesamte Umfang, und dieser wird durch Basiotripsie kaum verkleinert.

Also fast nur bei Schädeleinstellungen werden wir Gelegenheit zur Anwendung des Basiotribes finden, das ergibt sich aus obigen Betrachtungen. Die entscheidenden Symptome werden einerseits das mehr oder weniger starke Hineinragen des Schädels in das Becken abgeben und andererseits die Beckenmaße. Steht der Schädel wie ein Dach über dem Beckeneingang, so wird die Basiotripsie sofort ins Auge zu fassen sein. Ein sehr starkes Kind bei mittelengem Becken bietet dasselbe Hindernis dar wie ein normales bei recht engem Becken; die Verhältnisse bleiben sich proportional. Ragt schon ein Teil konvex hinein, so wird meist nach Verkleinerung der Gehirnhöhle die Basis passieren können, also die Kranioklasie einfacher und doch zweckmäßig sein.

Bei diesen Indikationsangaben setze ich natürlich voraus, daß Hydrozephalus und Wendungs- oder Zangenmöglichkeiten wegen einfacher Scheitelbeineinstellungen ausgeschlossen wurden, also nur noch die Wahl zwischen Basiotripsie oder Kranioklasie übrig geblieben war.

Da es erfahrungsgemäß feststeht, daß besondere Gefahren, vornehmlich etwa durch Knochensplitterung, mit der Basiotripsie nicht vorhanden sind, sollte man bei so einfacher klarer Sachlage denken, daß auch bei uns längst der Basiotrib ein unentbehrliches Hilfsmittel viel beschäftigter Geburtshelfer und derjenigen Aerzte, welche in an engen Becken reichen Landesteilen leben, geworden sei. Doch ist dem keineswegs so, wie ein jeder weiß.

Es gilt also zunächst zu zeigen, daß die Gründe, welche das Aufkommen dieser Operation verhindern, nicht stichhaltig sind.

Selbstverständlich waren es meistens die Mißerfolge bei Versuchen mit dem Basiotrib, welche zur Verwerfung geführt haben. Diese Mißerfolge beruhten auf zwei Dingen, mangelhaften Instrumenten einerseits, Ahnungslosigkeit bezüglich der richtigen Handhabung andererseits. So ist es auch dem Verfasser ergangen viele Jahre hindurch, nachdem er eine Auvardmodifikation erworben hatte. Erst absolute Mißerfolge, später nach Verkürzung des Mittelblattes Viertelerfolge und viel Aerger waren die natürlichen Ergebnisse. Das Dreiblatt diente tatsächlich nur als Zuginstrument: „es erwies sich dem Kranioklast nicht als überlegen.“

Unter 26 Perforationen am vorangehenden Kopf befanden sich einige, wo das Wegbrechen des Schädeldaches viele Zeit und einmal ein Opfer forderte. Diese Erinnerungen sowie die Achtung vor dem Namen des Erfinders Tarnier ließen mich nicht ruhen, bis ich in den Besitz eines guten Instrumentes gelangte und durch eingehendes Studium französischer Literatur auch der Kenntnisse, dieses Instrument richtig zu handhaben. Das Wesentliche soll in nachstehendem den Herren Kollegen dargeboten werden.

Ein gutes Instrument muß nachfolgende Eigenschaften besitzen. Der mittlere Arm muß um mehrere Zentimeter kürzer sein als der erste äußere Arm. Sonst wird jener nicht mit Sicherheit die Basis umgreifen können, was die unerläßliche Vorbedingung zur Zermalmung später ist. Zwar kann man scheinbar diesen selben Erfolg auch erreichen, wenn das erste äußere Blatt nur ein wenig das Mittelstück überragt. Denkt man sich den Mittelarm ungefähr in der Basismitte fest eingebohrt (Tarnier, Winter) oder eingeschraubt (Zweifel), so muß beim Zusammenpressen mittels des ersten Außenarms die Basis sich nach der Seite dieses Armes neigen, da jene fixierte Stelle als Drehpunkt dient, und dadurch ihr Rand so tief treten, daß er allmählich in die Höhlung des Außenblattes hin eintritt und dann beim ganz festen Zuschrauben zerquetscht wird. Dieser Vorgang wird von den Franzosen als das „kleine Zerbrechen“ bezeichnet. Nun soll aber schon ein Zurechtfinden auf der Basis gar nicht so leicht sein. Bei falschem Einstichpunkt sind Mißerfolge unvermeidlich. Andere Basiotribmodifikationen haben gar ein stumpf endendes langes Mittelstück. Da soll die Fixierung auf der Basismitte einfach durch Gegendrücken bewirkt werden, was fast immer mißglücken muß. Rutscht das Mittelstück dem Außenarm entgegen, so kann dieser nie die Kante umgreifen und trotz dritten Blattes bleibt der apparatus magnus ein einfacher Kranioklast. Doch selbst wenn das kleine Zerbrechen gelungen sein sollte, bleibt es beim Scheinerfolge. Diese geringe Zermalmung gibt in ernsten Fällen noch nicht die Entscheidung; das tut erst das zweite, das „große Zerbrechen“. Ist die eine Schädelkante nach unten gedrückt, so ist die entgegengesetzte dementsprechend in die Höhe gedrängt. Nun ist bei den Basiotribformen, die ein zu langes Mittelstück besitzen, mit oder ohne Spitze ganz gleich, der zweite Außenarm nur ein wenig länger wie der erste. Niemals also kann dieser die hochgedrückte Kante umgreifen. Weit klaffend liegt er dem Gesicht an, und beim Zusammenschrauben wird ein Teil des Gesichts zwar entstellt, aber die Basis bleibt unversehrt!

Diese Erfahrungen machte ich alsbald. Zuerst sie auf eigene Ungeschicklichkeit schiebend, ließ das Nachdenken mich indes bald die wahre Ursache erkennen. Das Mittelstück wurde um fast 2 cm verkürzt, und nun gelang das Fassen und teilweise Zerquetschen der Basis. Aber o weh! zwei neue Fehler stellten sich ein. Entweder wurde nur ein Teil der Basis an einer Seite zertrümmert, wodurch nicht viel gewonnen wurde, oder bei zentralem Einbrechen ragten zu beiden Seiten der Löffel noch Teile der Basis unversehrt hervor, wodurch wiederum ein Mißerfolg zustande kam. Also die Löffel waren zu schmal! So legte ich den Auvard beiseite und erwarb die Neukonstruktion des Tarnierschen Basiotrib. Auf noch andere Fehler des Auvard und seiner Abänderungen, die tatsächlich vorhanden sind, lohnt nicht erst einzugehen, wenn die Leser einmal die Ueberzeugung gewonnen haben, daß mit den Dingern nichts anzufangen ist. Empfehlen kann ich den Herren Kollegen nur das neue Modell Tarnier und die von Zweifel angegebene Abart.

Wird in nachstehendem auch nur die Handhabung des Tarnier geschildert, so wird ein Besitzer des Zweifel mit Leichtigkeit die Nutzanwendung für sein Instrument ziehen können.

Die Darstellung stützt sich auf die Schriften von Pozzi, Queirel, Budin (Schüler von Tarnier), Potocki (Schüler von Pinard) und Bar.

Da eine Einstimmigkeit über das beste Modell und über die beste Handhabung in Frankreich noch nicht erzielt wurde, so ist leicht einzusehen, daß hieraus neue Schwierigkeiten für die Verbreitung der Basiotripsie hervorgehen. Dieser Satz wird manchen Leser stutzig und mißtrauisch machen, also will ich nur gleich zur Beruhigung hinzufügen, daß für uns, die wir ohne Voreingenommenheit an die Fragen herantreten, die Wahrheit spielend leicht zu finden sein wird.

Zunächst beschäftigen wir uns mit der Basiotripsie, wie sie ausgeführt wird mit Tarniers ursprünglichem Modell. In jedem großen Instrumentenkatalog findet man Abbildungen der verschiedenen Basiotribe. Ich beschränke mich daher darauf, die Unterschiede allein hervorzuheben.

Das Erstlingsinstrument besteht aus einem Mittelstück mit lanzenförmiger Spitze, welche zuerst die Perforation zu besorgen hat, um dann in die Basis gebohrt zu werden. Von den zangenblattartigen Löffeln mit leichter Beckenkrümmung muß stets der linke zuerst eingelegt werden. Dieser ist der kürzere. Er kommt über das Hinterhaupt, wenn wie meistens erste Schädellage vorhanden ist. Nach vorgenommenem „kleinen Zerbrechen“ wird der erste Löffel mit dem Mittelstück durch einen Haken verbunden. Nun folgt das Einlegen des zweiten längeren Löffels. Bei erster Schädellage kommt er über das Gesicht zu liegen. Endlich wird das Ganze mittels starker Kompressionsschraube, wie bekannt, zusammengepreßt. Hat man demnach mit einer zweiten Lage zu tun, so kommt der kurze Löffel über das Gesicht zu liegen. Dann können Teile unzermalmt bleiben. Das geben alle Verteidiger des alten Basiotribs zu, versichern zugleich aber, sie hätten noch stets die Extraktion ermöglichen können. Als Vorteile aber rühmen sie die Leichtigkeit des Instrumentes und die Unmöglichkeit, sich, wie es bei dem neuen Modell oft stattfinde, zu irren in den Verbindungen der verschiedenen Arme.

Der alte Basiotrib gestattet zwei Anlegungsweisen am vorangehenden Kopf, und beide haben wiederum ihre hartnäckigen Verteidiger. Tarnier legte sein Instrument einfach quer an im okzipito-frontalen Durchmesser des Kindskopfes. Dies Verfahren wurde von seinem Nachfolger Budin, kürzlich verstorben, verteidigt, ebenso von Queirel und Pozzi. Hingegen lehrten alsbald Bar und Bonnairs eine andere Anlegung schräg von einem Stirnhöcker zum os mast. der anderen Seite. Diesen schloß sich z. B. Pinard an.

Wir werden zunächst die Techniken beider Verfahren beschreiben und dann die Gründe erörtern, warum wir Bar und Pinard folgen müssen.

I. Queres Anlegen.

1. Wie bei jeder Perforation muß zunächst eine Hilfsperson auf dem Bett knieend durch energischen Druck den Kopf möglichst feststellen.

2 Nun folgt mit peinlichster Sorgfalt die Wahl der Perforationsstelle. Sie liegt in der Medianlinie, nicht aber, wie man zunächst denkt, im Mittelpunkt des Muttermundkreises! Denn bei engen Becken findet sich sehr häufig Hinterscheitelbeineinstellung. Würde man einfach am tiefen Punkt einbohren, so wäre die unvermeidliche Folge, daß nur ein Teil der Basis zwischen die Löffel geriete, der größere Teil aber unversehrt bliebe. Die sut. sagittalis, in welcher am geeignetsten perforiert wird, läuft aber manchmal dicht an der Symphyse entlang; so muß man ihr mindestens nahe zu kommen suchen und möglichst nach vorn einstechen. Durch Drehbewegungen dringt der Perforateur überraschend leicht durch den Knochen. Lebt das Kind noch, so vergesse man nicht, möglichst zunächst die med. oblong. zu zerstören. Alsdann bohrt man die Spitze in die Basis gegenüber der Perforationsstelle.

3. Der innere Arm wird nunmehr einer Gehilfin übergeben mit der Weisung, ihn fest gegen die Basis gepreßt zu halten.

4. Der Arzt selbst ergreift den linken Löffel und führt ihn unter Leitung der rechten Hand sehr vorsichtig am Kopf hinauf. Man halte sich das untere gespannte Uterinsegment stets vor Augen! Ist man hoch genug hinaufgekommen, so ergreift man selbst wieder das Mittelstück, streng darauf achtend, daß die Spitze sich nicht von der Basis entferne, und vereinigt beide Arme. Durch langsame Schraubenwirkung unter Vermeidung jeglichen Zuges wird möglichste Annäherung erzielt und durch einen Hakenschluß festgehalten. Ein Stück des Schädels ist nunmehr zwischen die Arme geklemmt und damit der ganze Schädel behufs Drehbewegungen in der Gewalt des Operateurs. Ist die Spitze nicht auf der Basis verrutscht, so hat man auch schon einen Einbruch in die Basis erreicht: „das kleine Zerbrechen“.

5. Die auf dem Bette knieende Person kann nunmehr ihren Druck auf den Uterus aufgeben.

6. Weiter folgt alsdann das seitliche Anlegen des rechten äußeren Blattes. Zur Erleichterung kann man dabei den Kindeskopf mittels der beiden anderen Arme etwas lüften. Um den Schluß der Löffel zu erzielen, hebelt man den rechten Arm entweder ein wenig herum oder umgekehrt dreht man die anderen Arme samt dem Kopf dem dritten ein wenig entgegen. Vereinigung im Schloß.

7. Nunmehr Anwendung der Kompressionsschraube. Nach jeder halben Umdrehung wird ein wenig pausiert, damit das Gehirn Zeit hat zum Ausfließen.*)

8. Nach völligem Zusammenschrauben werden Instrumenr und Kopf um 90° gedreht, da der verkleinerte Kopfdurchmesser die c. v. passieren soll. Die Löffel liegen also hinter det Symphyse und am Kreuzbein.

9. Nach Ueberwindung des Beckeneinganges wird die Drehung wieder zurückgemacht, weil nunmehr der sagittale Beckendurchmesser der größere geworden ist, und diesem der jetzt größte Durchmesser der Basis, der unversehrte Schläfendurchmesser, entsprechen muß.

II. Anlegen in einem schrägen Beckendurchmesser an einen schrägen Längsdurchmesser des Kopfes.

Dies Verfahren ist zuerst von Bar 1889 angegeben. Der Einfachheit halber werden nur diejenigen Punkte der Technik

---

*) In deutschen Lehrbüchern findet man immer die Vorschriften energischen Umrührens und Ausspülens des Gehirns. Die Franzosen erwähnen nie etwas davon und das mit Recht. Unter dem Druck der Kompressionsschraube oder auch des einfachen Kranioklastzuges dringt das in seinem Aufbau schon zertrümmerte Gehirn anstandslos aus der Perforationsöffnung hervor.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

besprochen, welche sich von denen der ersten Methode unterscheiden.

1. Die Lage der Perforationsstelle ist eine andere. Sie muß liegen in der Verbindungslinie eines Stirnhöckers zum entgegengesetzten Felsenbein. Eine anatomisch vorgezeichnete Linie wie die sut. sag. gibt es hier nicht. Der idealste Einstichpunkt wäre dicht hinter der großen Fontanelle in der Sagittalnaht. Dieser Punkt ist aber nicht immer zu erreichen. Man steche aber jedenfalls in der Nähe der großen Fontanelle ein, wenn es auch außerhalb der Medianlinie geschehen muß. Denn eine Perforation an der kleinen Fontanelle würde zur unausweichbaren Folge haben eine nur teilweise Basiszertrümmerung am Hinterhaupt.

2. Der linke äußere Löffel wird hinten an der symph. sakroiliaka eingelegt. Vorweg sei bemerkt, daß, wer das neue Modell Tarnier besitzt, hingegen diejenige Seite wählen muß, wo ein os mast. liegt.

3. Nach Fixation werden durch Drehung die beiden Blätter in einen Querdurchmesser des Beckens gebracht.

4. Der zweite äußere Löffel wird nun in der anderen Beckenseite quer angelegt an den Kopf und kommt dabei dann auf einen Stirnhöcker beim neuen Modell zu liegen.

Alles übrige entspricht den Vorgängen beim ursprünglichen Verfahren.

III. Nun hat Pinard für allgemein hochgradig verengte Becken noch ein Hilfsmittel angegeben. Ist ein Becken auch seitlich so verengt, daß es nicht einmal den kleinen Schläfendurchmesser, der ja in die Querstellung gebracht wird, durchtreten läßt, so rät er, die beiden äußeren Löffel in ihrer Stellung hinter der Symphyse bezüglich vor dem Kreuzbein abzunehmen. Nicht aber dürfe das innere Blatt entfernt werden, da man es kaum wieder einführen könne! Die Blätter sollen dann wiederum seitlich also nunmehr an den noch unversehrten Schläfendurchmesser der Basis gelegt werden und auch diesen zermalmen. Darauf einfache Extraktion. Soweit man aus dem Bericht ersehen kann, scheinen die Ergebnisse ihn befriedigt zu haben.

Nach Darstellung der einzelnen Operationsmethoden tritt an uns die Frage heran, für welche wir uns im Prinzip entscheiden müssen.

Die einfache quere Anlegung entspricht der gewohnten Anlegung der Zangenblätter; der beste Einstichpunkt für die Perforation in der Sagittallinie ist leicht zu bestimmen. Diese Punkte sind heute noch für die meisten Lehrer der Geburtshilfe in Frankreich ausschlaggebend, um die Queranlegung zu lehren und selbst auszuführen. Man muß dabei in Betracht ziehen, daß der französische Arzt den Kranioklast nicht verwendet. Sicher hat er glatten Erfolg, wo der Kranioklast ausreicht, eher noch bessern, da der Basiotrib nicht ausreißen kann. Ferner, wenn wir einmal annehmen, wir müßten etwa bei jeder fünften Perforation, mit dem Kranioklast arbeitend, Stücke des Schädeldaches wegbrechen, um den Fall erledigen zu können, so wird auch da in mindestens der Hälfte dieser Fälle der Basiotrib noch befriedigend arbeiten. Ziehen wir selbst in Betracht, daß infolge eines Fehlers die Basiszermalmung nur an einer Seite gelungen sei, so kann bei den häufigen platten Becken die Extraktion noch glatt von statten gehen, wenn nur eine Seite des Beckens geräumig genug ist, um die unversehrte Partie durchschlüpfen zu lassen, während in der engen c. v. noch der zerquetschte Teil der Basis zum Durchtritt kommt. Also ein Fehler braucht nicht immer sofort die Operation scheitern zu lassen. Wenn wir nun schließlich bedenken, wie selten durchschnittlich der Allgemeinpraktiker eine Perforation macht, so können wir unter Zusammenfassung aller dieser zugunsten der am einfachsten zu erlernenden Operation sprechenden Gründe für Frankreich selbst jenen Verteidigern in gewisser Weise recht geben. Für uns, die wir für gewöhnlich mit dem Kranioklast weiter arbeiten und den Basiotrib nur in ernsten Fällen gebrauchen wollen, liegt die Sache anders. Diejenige Methode allein, welche die ungefährlichere und sicherere ist, darf empfohlen werden, und das ist die schräge Anlegung aus folgenden Gründen.

Die extramediane Perforation an sich ist mit scharf geschliffenem (!) Perforateur leicht; aber große Sorgfalt erfordert die schwierigere Wahl des Einstichpunktes, damit eine Teilzermalmung vermieden wird. Das ist der einzige Nachteil der schrägen Anlegung. Man stelle sich nun einmal das Emporsteigen des ersten äußeren Löffels an dem halbkugeligen Hinterhaupt vor. Ein gerundetes Blatt einer Zange wird sich ihm anschmiegen, aber das mehr gerade Basiotribblatt wird, je höher es kommt, mit seiner Spitze sich von ihm entfernen und gegen die vielleicht schon sehr gespannte Uteruswand drücken. Diese Erwägung zeigt, wie vorsichtig gerade dieser Akt ausgeführt werden muß. Ferner geht auch daraus hervor, daß man bei engem Muttermund womöglich nur den Kranioklast benutzen soll; denn sein äußeres Blatt ist ja viel kürzer als das entsprechende Basiotribblatt, welches mehrere Zentimeter weiter hervorragt, und in solchem Fall von unten immer nach oben außen also direkt gegen die Uteruswand geführt wird. Legt man den Basiotrib über das os mast., so ist diese Kopfgegend viel flacher, und das Blatt wird sich ihr besser anlegen auch mit seinem Endteil und demnach weniger die Uteruswand bedrohen.

Der zweite äußere Löffel legt sich später ganz mechanisch an den entgegengesetzten Stirnhöcker, und nun — das ist das entscheidende Moment — kommt beim Zusammenschrauben kein Gleiten am Schädel so leicht vor wie am runden Hinterhaupt und der glatten Stirn, und demnach wird eine ideale Zermalmung erreicht. Das sind Ergebnisse unzähliger Versuche, deren Wichtigkeit einfache Ueberlegung einsehen läßt, und die denn selbst von den Verteidigern der seitlichen Anlegung ohne Rückhalt zugegeben werden.

Also für uns ist das klare Ergebnis unserer Betrachtungen: der Basiotrib ist in einem schrägen Durchmesser anzulegen, und zwar kommt der erste äußere Löffel (des neuen Modells) über ein os mast. zu liegen. (Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer,** Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Manuell-mechanische und Uebungsbehandlung bei Lungenemphysem und Asthma bronchiale.** Von Franz Kirchberg. Therapie d. Gegenwart, 1908, Juli.

2. **Die therapeutische Wirksamkeit des Alttuberkulins bei Lungentuberkulose.** Von F. Köhler. Vortrag im Essener Aerzteverein, Februar 1908.

3. **Ueber die angeblichen Gefahren der Konjunktivalreaktion.** Von Friedrich Teichmann. Med. Klinik, 1908, Nr. 26, S. 978.

4. **Ueber die Ophthalmoreaktion der Tuberkulose in ihrer Beziehung zum Sektionsergebnis und zur Tuberkulininjektion.** Von G. Fehsenfeld. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 26, S. 1373.

5. **Ist die konjunktivale Tuberkulinreaktion ungefährlich?** Von Max Goerlich. Ibidem, S. 1379.

6. **Die kutane Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet bei Kindern des ersten Lebensjahres.** Von Stabsarzt Morgenroth. Ibidem, S. 1381.

1. Die Anforderungen, welche Hofbauer an seinen zur Behandlung des Emphysems etc. konstruierten Apparat stellte — 1. kürzere Einatmungen und längere Ausatmungen aufeinander folgen zu lassen, 2. die auxiliäre Muskelkraft der Bauchdecken erst gegen Ende der verlängerten Ausatmungsperiode in Kraft treten zu lassen —, suchte Kirchberg seit 1½ Jahren durch aktive und passive Atmungsgymnastik im Verein mit Massage zu erreichen. Er beginnt mit einer Massage des Rückens, der er die eigentliche Atmungsgymnastik folgen läßt, wobei der Patient während des langsamen Ausatmens ein tiefes lautes a ertönen lassen muß, wodurch er sich selbst beobachten lernen soll. Von großer Bedeutung hierbei ist der Einfluß des Willens auf die At-

mung. Beim Atmen läßt Kirchberg den Patienten die Ausatmung mit der Uhr in der Hand bestimmen, wobei die Patienten oft in kurzer Zeit bis auf 25 Sekunden kommen. Nützlich ist es, wenn die Patienten zu ihrer Beobachtung die Uebungen vor dem Spiegel vornehmen. Im weiteren Verlauf der Behandlung kann der Arzt bei dem liegenden Patienten am Schluß der Exspiration noch den Thorax leicht mit der Hand komprimieren. — Außer bei Emphysem wendet Kirchberg diese Behandlungsmethode noch bei chronisch katarrhalischer Bronchitis und Asthma bronchiale an. — Die hackenden Massagebewegungen sind bei nervösen Menschen zu vermeiden. — Indiziert ist die ganze Behandlungsmethode auch bei Komplikationen mit adhäsiver trockener Pleuritis, doch ist hier vor brüsken Versuchen, die Adhäsionen zum Reißen zu bringen, zu warnen.

2. Köhler findet auf Grund langjähriger Erfahrungen, daß das Alttuberkulin in gewissen Fällen wohl eine günstige Einwirkung auf beginnende und stationäre Lungentuberkulose haben kann. Mit der Aktivität des Prozesses läuft die Wahrscheinlichkeit der günstigen Wirkung umgekehrt proportional. Bei subakuten Prozessen ist die Wirkung des Alttuberkulins sehr verschiedenartig, so daß Köhler an folgenden Worten festhält: „Die Einwirkung des Alttuberkulins auf den tuberkulösen Organismus ist ein außerordentlich verschiedenartiger und unsicherer und in keiner Weise von vornherein bestimmbar." — Es ist unbedingt anzustreben, daß im Laufe der Behandlung Fieberreaktionen vermieden werden, was sich aber nie sicher durchführen läßt. Ob sich mit dem Etappenverfahren nach Petruschky günstigere Resultate erzielen lassen, steht noch dahin. — Aus dem Fehlen einer Reaktion auf Ausheilung des tuberkulösen Prozesses schließen zu wollen, ist falsch, da leicht Gewöhnung an das Mittel eintritt.

3. Gegenüber anderen Autoren hat Teichmann bei der Anwendung der Konjunktivalreaktion niemals stärkere Folgeerscheinungen bei seinen Patienten gesehen. Er führt die von anderen Autoren mitgeteilten Schädigungen vor allem auf die Wahl ungeeigneter Tuberkulinpräparate zurück oder auf Vernachlässigung wichtiger Kontraindikationen, wie z. B. Instillation in kranke besonders tuberkulöse Augen, Skrofulose und Wiederholung der Instillation in früher schon der Reaktion unterzogene Augen, besonders mit starken Lösungen. Anzuwenden ist ohne Gefahr nur eine frisch bereitete 1%ige Tuberkulinlösung. Falls doch einmal Konjunktivitiden etc. eintraten, konnten sie stets schnell und leicht mit Einträufeln einer Kokain-(2%)Adrenalin-(1‰)Lösung kupiert werden.

4. Auf Grund seiner Beobachtungen schließt Fehsenfeld, daß die Ophthalmoreaktion als diagnostisches Hilfsmittel zwar von Wert ist, daß ihr aber keine absolute Bedeutung zukommt. Eine sichere Diagnose ergibt sich aus einer bei einem tuberkuloseverdächtigen Individuum positiv verlaufenen Ophthalmoreaktion noch nicht, so daß sie also nur in Verbindung mit anderen Krankheitserscheinungen verwertet werden kann. Von Interesse ist, daß Verfasser bei zwei Individuen nach der Tuberkulininstillation schwerste Augenerkrankungen eintreten sah.

5. Verfasser wandte bei seinen Versuchen das Präparat von Calmette in 1%iger Lösung an und ist auf Grund dieser Versuche ein entschiedener Gegner des Calmetteschen Präparates, da er schwere Folgeerscheinungen, ja sogar einmal Verlust eines Auges beobachtete. Außerdem fand er, daß die prognostische Bedeutung der Konjunktivalreaktion eine sehr unsichere ist, da eine schwere Tuberkulose gar keine, zwei andere progresse Fälle nur leichte und mehrere andere bald darauf ad exitum gekommene Fälle sehr starke Reaktionen zeigten. Jedenfalls ist nach Ansicht des Verfassers kein Grund vorhanden, von der erprobten subkutanen Probeinjektion abzugehen. Dem praktischen Arzte kann die Probe noch nicht empfohlen werden.

6. Zur Diagnose der Tuberkulose bei Säuglingen wandte Morgenroth die kutane Impfung nach Pirquet an und benutzte hierbei das verdünnte Kochsche Alttuberkulin. Hierdurch konnte er bei 5% seiner Patienten Tuberkulose nachweisen, ohne daß er je unangenehme Nebenwirkungen des Tuberkulins auf die Säuglinge sah. Verfasser empfiehlt die Anwendung bei allen aus tuberkulöser Umgebung stammenden Säuglingen und zieht sie der hier nicht immer ungefährlichen Subkutaninjektion weit vor.

Neurologie und Psychiatrie.

Referent: Dr. **G. Flatau**, Nervenarzt, Berlin.

1. **Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit.** Von Dr. M. Friedmann. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 19—21.

2. **Zur Aetiologie des Asthmas bei Kindern.** Von Dr. A. Stegmann. Med. Klinik, 1908, Nr. 29.

3. **Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.** Von Prof. Dr. Alt. Neurol. Zentralbl., 1908, Nr. 15.

4. **Zur Frage von den Abstinenzdelirien.** Von Dr. Holitscher. Psych.-neurol. Wochenschr., 1908, Nr. 15, 16 u. 17.

1. Es ist notwendig, über die Indikationen für den künstlichen Abort gemeinsame gültige Grundsätze aufzustellen, solche mangeln namentlich für das psychiatrische Gebiet. Drei Spezialgrundsätze kehren in den Diskussionen immer wieder: 1. Bedrohung des Lebens der Mutter durch die Schwangerschaft und Geburt. 2. Mangel eines anderen gangbaren Weges zur Beseitigung der Gefahr. 3. Sichere Voraussicht, daß der Abort die erwartete Hilfe bringt. Alle diese treffen das psychiatrische Gebiet gar nicht. Bisher erwogen wurden nur Graviditäts- und Puerperalpsychosen, jedoch mit Ablehnung des Eingriffes, weil dieser keinen Erfolg gibt. Eine neue Indikation stellt Verf. auf in Form der psychopathischen Reaktion auf die Geburt und Schwangerschaft — eine krankhafte Ueberwertigkeit und Steigerung der Geburtsangst bei psychisch neuropathischen Konstitutionen; sie unterscheidet sich von der normalen Geburtsangst dadurch, daß sie in Monaten nicht gebessert wird und alles überwuchernd zum Selbstmord treibt, von den echten Psychosen unterscheidet sie sich dadurch, daß sie lediglich durch den Affekt hervorgerufen, durch Beseitigung der Schwangerschaft sofort verschwindet. Von den fünf Fällen Friedmanns sind alle beweisend für den Grundsatz, daß bei dieser Form der Schwangerschaftserkrankung auf psychischem Gebiet Gründe der Humanität zur Verhütung des Selbstmordes und etwaiger bedrohlicher körperlicher Abnahme die Einleitung des Abortes verlangen.

2. Verf. berichtet über drei Fälle von Asthma bei Kindern im Alter von 6, 8 und 9 Jahren. In allen drei Fällen ließ sich der psychische Einfluß, der die Anfälle hervorrief, sicher stellen; falsche Erziehung, Aengstlichkeit der Eltern, die selbst nervös waren, falsche Aengstlichkeit der behandelnden Aerzte. In allen Fällen Erfolg durch Beeinflussung der Umgebung, hypnotische Beeinflussung der Kinder, geeignete psychische und körperliche Diät. Verf. gedenkt auch der Freudschen Theorie, die zur Erklärung des Asthmas bei Kindern heranzuziehen sei, und Referent kann dem fur einige Fälle wohl beistimmen; der Wert der hypnotischen Beeinflussung des Asthmas ist noch lange nicht genügend bekannt. Ganz besonders lehrreich ist der Fall 1 des Verfassers.

3. Gegen die Ansicht, die Irrenanstalt leiste nur in der Pflege der Kranken etwas, die Heilungsaussichten seien nicht besser als außerhalb der Anstalt, wendet sich Alt in sehr energischer Weise: er anerkennt natürlich den großen Prozentsatz unheilbarer Fälle und gibt sogar zu, daß in einer kleinen Anzahl die Heilung schließlich draußen erfolge, nachdem sie in der Anstalt nicht zustande gekommen sei, zeigt aber den enormen Nutzen der Anstaltsbehandlung für eine große Reihe akuter Formen, die draußen einfach zugrunde gehen, dann für die Epileptischen, bei denen der Status epilept., der Tod in diesem in der Anstalt vermieden werden könne, ferner die Beeinflussung auch rein psychischer Symptome durch Diät, körperliche Pflege, den milden Verlauf mancher Psychosen durch Anstaltsbehandlung. Zu therapeutischem Nihilismus liegt absolut für den Psychiater kein Grund vor.

4. Aus dem gesammelten Material zieht Verf. den Schluß: Es gibt sehr seltene Fälle, auf hunderte von Deliranten und vor dem Delirium stehenden Säufern etwa einer, in denen sich einige Tage nach der unvermittelten Alkoholentziehung ein Delirium einstellt und für das sich keine der sonst nachweisbaren Ursachen: psychische Erschütterungen, Infektionskrankheiten, Operationen, finden läßt. Die Ursachen, warum der eine Säufer Delirium bekommt, der andere ebenso schwere nicht, sind ja noch unklar; daher steht die Lehre von den Abstinenzdelrien auf sehr schwachen Füßen, es hat keine Berechtigung, einen Zusammenhang zwischen

Abstinenz und Delirium anzunehmen. Es ist daher stets notwendig, den Alkohol sofort zu entziehen, ihn prophylaktisch zur Vermeidung eines Deliriums weiter zu geben, ist nicht begründet.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, früher Oberarzt am Königl. Universitäts-Institut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Die dermatotherapeutische Verwertung der statischen Elektrizität nach Suchier.** Von Prof. Jesionek. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 25 (Schluß).

2. **Die Behandlung inoperabler Geschwülste mit Radium.** Von Dr. Arthur Selig. Med. Klinik, 1908, Nr. 30.

3. **Versuche mit Radiumemanationen.** Von Dr. A. Strasser und Dr. A. Selka. Ibidem. Nr. 28.

4. **Die Röntgenbestrahlung der Seborrhoea oleosa.** Von Dr. H. E. Schmidt. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 29.

1. Der Verfasser geht im zweiten Teil seiner Abhandlung (cf. das Referat über den ersten Teil in Nr. 28 dieser Zeitschrift) auf das Wesen der Lumination ein, die eine ähnliche Reaktion auf der Haut hervorruft wie die Kromayersche Quarzlampe, also eine exsudative Entzündung. Besonders empfohlen wird die Lumination bei bestimmten Erkrankungen des behaarten Kopfes, beim Herpes tonsurans, bei der Seborrhöe und bei der Alopezia areata. Größere Erfahrungen scheinen noch nicht vorzuliegen. Zum Schlusse ventiliert der Verfasser die Möglichkeit, die Suchiersche Influenzmaschine zum Betriebe der Röntgenröhren zu verwenden, wenngleich es ihm zweifelhaft erscheint, ob die Stromstärke, die nicht mehr als 0,5 Milliampère betragen soll, für diesen Zweck ausreicht.

2. Der Verfasser berichtet über die Behandlung von sechs Fällen, in denen es sich um inoperable Karzinome innerer Organe (vier Magenkarzinome, ein Karzinoma duktus zystici, ein Karzinoma duktus choledochi et hepatis) handelte Die Bestrahlung wurde in der Weise vorgenommen, daß die Radiumkapsel über dem Tumor auf der Bauchhaut mit Heftpflaster fixiert wurde. Der Erfolg war in allen Fallen negativ, wie das von vornherein zu erwarten war; samtliche Fälle kamen ad exitum. Schon Béclère hat gesagt, daß eine Radiumkapsel nichts weiter sei als „eine winzige, ganz weiche Röntgenröhre in Taschenausgabe", und auch Referent hat wiederholt darauf hingewiesen, daß die praktische Bedeutung der Radiumbehandlung gleich Null sei, da man überall da, wo eine Radium-Behandlung in Frage kommt, mit gleichem Erfolge die Röntgenstrahlen verwenden kann.

3. Die Verfasser referieren über 30 Fälle, die mit Radiumemanation (in Form von Bade- oder Trinkkuren) behandelt wurden, und kommen zu folgendem Schlusse, daß die „interne Darreichung von Radiumemanation als eine Behandlungsmethode erscheint, mit welcher unbedingt Wirkungen und wohl auch Heilwirkungen erzielt werden können, und welche daher der Prüfung auf breitester Grundlage würdig ist. Ihr wesentliches Gebiet bilden alle Formen von Gelenkerkrankungen subakuten und chronischen Charakters, weiter Ischias und Schmerzsymptome der Tabes dorsalis".

4. Referent hat in exzessiven Fällen von Seborrhoea oleosa faziei mit bestem Erfolge schwache Röntgenbestrahlung angewandt, die als einzige kausale Therapie dieser Affektion zu betrachten ist.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Grundzüge der diätetischen Behandlung des schweren Diabetes.** Von Doz. Dr. Kolisch-Wien. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, 1908/09, Juni u. Juli.

2. **Die Hyperämie als Heilmittel in der Gynäkologie und Geburtshilfe.** Von Dr. A. Stein-New-York. New-Yorker med. Monatsschr., 1908, Nr. 3.

1. Da der Diabetes keine pathologische Einheit darstellt, so ist eine ätiologische Therapie des Leidens mit Schwierigkeiten verbunden. K. geht von der neuerdings auch von A. Pflüger anerkannten Annahme aus, daß die Ursache der Hyperglykämie in einer durch toxische (oder nervöse) Einflüsse verursachten Steigerung der normalen Zuckerabspaltung aus den Geweben zu suchen sei. Diese gesteigerte Zuckerabspaltung aus dem N-haltigen Material muß sich aber nicht in der N-Ausscheidung des Urins dokumentieren, so daß konstante Beziehungen zwischen N und D sich nicht aufstellen lassen. Des weiteren vertritt K. die Ansicht, daß der Zucker normaliter nur in gebundenem Zustande im Blute kreise und dadurch vor Ausscheidung geschützt bleibe. Glykosurie sei immer nur der Ausdruck dafür, daß freier Zucker zirkuliere — wahre Glykämie.

Die Steigerung der Glykosurie im Diabetes durch Eiweiß hat mehrere Ursachen: 1. Das Eiweiß ist jenes Nahrungsmittel, das den größten Nahrungsreiz ausübt. Die Verbrennungen im Organismus nehmen von jenen Nahrungsmitteln ihren Ausgang, die den Geweben am adäquatesten sind, d. h. von den Eiweißkörpern. Daher wird Eiweiß auch unabhängig vom Bedarf zersetzt. Der Zersetzung geht der Eintritt des Eiweißmoleküls in das Zellplasma voraus, wodurch auf das letztere ein intensiver Reiz ausgeübt wird, der seinerseits wieder zur Spaltung des Protoplasmas und zur Zuckerabspaltung fuhrt; 2. gibt das Eiweiß selbst bei seiner Zersetzung Material für die Zuckerbildung ab. Der Organismus nimmt letzteres aus allen Gruppen der Nahrungsmittel, zunächst aus Kohlehydrat, dann aus Eiweiß, endlich noch aus Fett, was K. durch eigene Experimente festgestellt hat.

Was nun die diätetische Behandlung des schweren Diabetes betrifft, so erscheint K. als wichtigstes Prinzip die quantitative Nahrungseinschränkung. Er wendet sich gegen das Dogma der „genügenden" Kalorienzufuhr, weil speziell der Diabetiker mit weniger Kalorien auskommt als ein Gesunder (Selbstschutz des Organismus gegenüber den ungünstigen Ernährungsbedingungen). Daher muß vor allem das Minimum der Nahrung festgestellt werden, mit dem ein Diabetiker gerade auskommen kann. Dieses Minimum hängt aber sehr von der qualitativen Zusammensetzung der Nahrung ab. Das zweite wichtige Prinzip ist nämlich die Einschränkung der Eiweißzufuhr: Kolisch zeigt, wie gering das Eiweißminimum bei Diabetikern — auch bei dauernder Zufuhr — sein kann, ohne daß der Organismus Schaden leidet. Bezüglich der Qualität hält er das vegetabilische Eiweiß für das beste.

Was die Kohlehydratzufuhr betrifft, so weist K. nach, daß die sogen. Toleranzgröße für Kohlehydrat nicht so sehr von der Menge und Art der zugeführten Kohlehydrate, als vielmehr von der Zusammensetzung der Nahrung, die neben ersteren gereicht wird, abhängig ist, und zwar besonders von der Menge und Art der gleichzeitig gereichten Eiweißkörper.

Wie K. zuerst durch eigene Versuche nachgewiesen hat, kann Eiweiß durch Kohlehydrat substituiert werden. Dadurch wird es möglich, bei schwerem Diabetes das Maximum zuzuführen und so eins der wichtigsten Postulate der diätetischen Therapie zu erfüllen.

Das gelingt am besten mittels eines streng vegetabilischen Regimes, wie es sich dem Verf. seit Jahren bestens bewährt hat. Die Einzelheiten seiner Vorschriften sind im Original nachzulesen, ebenso wie seine Behandlung der diabetischen Azidose.

2. Der operationslüsternen Aera der 80er Jahre ist, wie Stein ausführt, in der Gynäkologie jetzt eine mehr konservative Epoche gefolgt. Vor allem trugen dazu die Forschungen und Arbeiten Biers bei, dem es vorbehalten blieb, alle jene jahrhundertelang rein empirisch angewandten Heilbestrebungen, die wir heute unter dem Namen der künstlichen Hyperämiebehandlung zusammenfassen, auf eine festgefügte wissenschaftliche Grundlage zu stellen.

Ihr Hauptgebiet sind die chronischen entzündlichen Vorgänge im Becken, parametritische Exsudate, Fixationen, Verlagerungen etc., bei denen die Hyperämiebehandlung schmerzlindernd, resorbierend, event. einschmelzend (Inzision!), erweichend wirkt, Narben, Fixationen etc. der Massage zugänglich macht.

Als zweckmäßigsten Apparat empfiehlt er die halbzylindrische Reifenbahre mit Quinckeschem Schornstein (event. Glühbirnen nach Kehrer), anfangs eine halbe, später eine Stunde täglich in der Temperatur von 80 bis 120° C angewandt.

Die Kombination mit der Pincusschen „Belastungslagerung“: aufs Abdomen 1 bis 2 kg Ton oder Schrotbeutel, in die Vagina einen Hg- oder schrotgefüllten Kolpeurynter, Fußende des Bettes erhöht — wirkt infolge der nach der Anämisierung (von sechs bis acht Stunden) eintretenden aktiven Hyperämie ähnlich, aber noch intensiver wie die Heißluftbehandlung und wird abwechselnd mit dieser benutzt.

Ein weiteres Gebiet der Hyperämietherapie ist die Saugbehandlung der Brustdrüse gegen „Schlupf- und Nabelwarzen“ und zur Anregung der Milchsekretion, vor allem aber bei puerperaler Mastitis.

Rudolphs Suktion der Portio steht Stein skeptisch, Polanos Dysmenorrhöebehandlung durch Brustwarzensaugung abwartend gegenüber.

Varia.

1. **Ueber das Individuelle in der Medizin.** Von Sir Dyes Duckworth. Bull. méd., 1908, Nr. 15, und Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 16.

Aus Buttersacks Besprechung der herrlichen Rede von Duckworth, die den springenden Punkt in der Heilkunde, die Konstitution und ihr Studium, wieder in den ihr gebührenden Mittelpunkt rücken will, seien folgende Sätze hervorgehoben:

„Wenn ich auch“, sagt Sir Dyes Duckworth, „den modernen Forschungen sympathisch gegenüberstehe, so möchte ich doch die soliden Errungenschaften der Vergangenheit nicht hergeben, unsere großen Vorgänger in der Medizin nicht als naive Menschen oder Ignoranten angesehen wissen und nicht glauben, daß mit dem Mikroskop und X-Strahlen eine ganz neue Aera angebrochen sei.

Wir sind zu leicht geneigt, allein die neuen Entdeckungen zu bewerten und die alten zu übersehen oder gar zu verachten. Wir Aerzte lassen uns zu sehr durch Laboratoriumsergebnisse imponieren und schenken den Angaben von Leuten Glauben, die vielleicht der Klinik nicht absolut fremd gegenüberstehen, die aber jedenfalls nicht in lebendigem Konnex mit kranken Menschen sind. Ein Meerschweinchen mag immerhin dem andern gleichwertig sein, beim Menschen trifft das sicherlich nicht zu. Theoretisch geben das alle zu, aber in der Praxis ists mit dem Individualisieren nicht weit her.

Zum Glück gibt es aber doch noch Leute, die diesen klinischen Fundamentalsatz, daß kein Individuum dem andern gleichzusetzen ist, erfaßt haben, die (an Stelle der früheren termini) von arthritischen, lymphatisch-skrofulösen, nervösen, biliösen Konstitutionen sprechen und diese als das Maßgebende bei allen Erkrankungen betrachten, die an dem betr. Individuum im Laufe seines Lebens in Erscheinung treten.

. . . . . Wir verwenden zu viel Zeit auf das Diagnostizieren und versäumen darüber unsere Hauptpflicht, zu heilen und zu lindern. Wir sind zu sehr abstrakte Wissenschaftler geworden und haben darüber unsere persönlichen Beziehungen zu dem Patienten, das Künstlerische in unserem Berufe vergessen.“

Esch.

2. **Die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge.** Von Prof. Birch-Hirschfeld. Umschau, 1908, Nr. 22.

Ultraviolette, Röntgen- und Radiumstrahlen haben das gemeinsam, daß sie, obgleich nicht im eigentlichen Sinne, sondern nur durch die erregte Fluoreszenz der Medien sichtbar, doch dem Auge schädlich sind; und zwar verhalten sich Röntgenstrahlen und Radiumstrahlen (oder wahrscheinlich richtiger von letzteren nur der Gammastrahlen genannte, durch den Magneten nicht ablenkbare Teil) in physiologischer Beziehung sehr ähnlich. Die Hornhautzellen werden in der Weise beeinflußt, daß Mißbildungen derselben entstehen; die Nervenzellen der Retina zerfallen, event. bis zur Optikusatrophie, wie B.-H. auch an menschlichen Augen, deren Umgebung ohne genügenden Schutz des Auges bestrahlt worden war, feststellen konnte. Ferner wird die Intima der Gefäße geschädigt, was Verschluß derselben und Schädigung der umgebenden Gewebsteile zur Folge haben kann. Alle diese Folgen treten nicht sofort, sondern meist erst Tage oder Wochen nach der Bestrahlung ein. Es scheint, daß die Strahlen besonders auf das Lezithin einwirken. Für das Auge ist also nur Schaden von den Röntgen- und Radiumstrahlen zu erwarten und größte Vorsicht geboten.

F. von den Velden.

3. **Kann man einen Toten wieder erwecken?** Von E. Homberger. Umschau, 1908, Nr. 22.

Homberger hat experimentell erwiesen, daß man einen ertränkten Hund oder ein totchloroformiertes Kaninchen, nachdem der Herzschlag aufgehört hat, durch Venäsektion der Jugularis wieder zum Leben bringen kann. Diese in früheren Zeiten gebräuchliche Methode ist auch in die über Maß und Ziel hinausschießende prinzipielle Verdammung des Aderlasses hineingezogen worden.

F. von den Velden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Leziferrin.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 57.
2. **Lipotin.** Von Dr. Zernik. Ibidem, Nr. 56.
3. **Kephaldol.** Von Dr. Zernik. Ibidem.
4. **Untersuchung einiger Spezialitäten.** Von Dr. Zernik und O. Kuhn. Ibidem.
5. **Vergiftung oder Idiosynkrasie mit besonderer Berücksichtigung des Formamints.** Von S.-R. Dr. Rosenberg. Med. Klinik, 1908, Nr. 28.
6. **Ueber Bromokollum solubile, ein wirksames Mittel gegen Hautjucken.** Von S.-R. Dr. Pütz. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 29.

1. Auf Veranlassung der Geschäftsstelle des Deutschen Apothekervereins hat Dr. Zernik in Gemeinschaft mit Kuhn im Pharmazeutischen Institut Berlin das von der Firma Galenus, Frankfurt a. M., gelieferte Leziferrin (Flasche 3 M.) untersucht. Er hat darin wohl die von der Firma angegebene qualitative Zusammensetzung des Mittels als richtig befunden, nicht aber die quantitative. Denn bei den in Zeitungsinseraten angezeigten Lezithin- und Eisenmengen finden sich Differenzen insofern, als auf Grund der Untersuchung anstatt 0,5 nur 0,3 g Lezithin im Leziferrin enthalten ist, oder wenn man den Gesamtinhalt einer Flasche Leziferrin heranzieht, wieder der angegebene Gehalt an Eisenoxydhydrat nicht stimmt.

2. Von den genannten Autoren wurde auch das von Rich. Groppler (in Firma: Marien-Apotheke), Charlottenburg, vertriebene Lipotin untersucht, ein Heilmittel gegen Flechten und Hautausschläge. Das Präparat besteht aus dem eigentlichen Lipotinbalsam und einer Salbe. Die erkrankten Stellen sollen dreimal täglich zuerst mit dem Balsam bepinselt und sodann mit der Salbe kräftig eingerieben werden. Ein Originalkarton kostet 10 M. Nach der Patentschrift soll die Flüssigkeit „Zitronellbalsam“ ein Reaktionsprodukt von Zitronellöl und Formaldehyd sein. Der Lipotinbalsam war eine gelbbraune ölige Flüssigkeit von ausgesprochenem Geruch nach Zitronellöl; die Reaktionen ergaben die Anwesenheit der in der Patentschrift angegebenen Bestandteile. Die Flechtensalbe bestand, wie die Untersuchung ergab, aus Perubalsam und rotem Quecksilberoxyd, letzteres zu 2,8%.

3. Ferner hat Dr. Zernik ein vom Apotheker Dr. Fr. Stohr in Wien dargestelltes und vertriebenes Antipyretikum und Antineuralgikum, namens Kephaldol, untersucht, das in Gaben von 0,5 bis 2,0 g pro dosi und bis 5,0 g pro die verabreicht werden soll. Nach Angaben des Darstellers ist das Präparat „entstanden durch eine unter bestimmten Verhältnissen erzielte Einwirkung von Zitronensäure und andrerseits Salizylsäure auf Phenetidine, nach deren Beendigung noch vorhandene freie Säure an Chinin gebunden resp. durch Natriumkarbonat gebunden wurde“. Nach den Ergebnissen der Untersuchungen stellt Kephaldol ein auf nicht näher bekannte Weise bereitetes Gemisch dar, das ungefähr 50% Phenazetin, 32% Salizylsäure und 5% Zitronensäure enthält, die letzteren beiden gebunden an Chinin (4%) und an Natrium.

4. Von den Untersuchungen, die die Verfasser mit einigen Spezialitäten vorgenommen haben, dürfte unsere Leser folgendes interessieren:

Dr. Bambergers Lupinapulver wird von Dr. Bamberger & Co., chemisches pharmazeutisches Laboratorium, Wiesbaden, als „bewährtes Mittel gegen Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen, Blutarmut und Stuhlbeschwerden“ empfohlen. Dreimal täglich ist ein gehäufter Teelöffel des Pulvers in Milch oder Wasser zu nehmen.

Als Bestandteile werden angegeben: Kondurangoextrakt 6,00, Zitronensäure 5,00, Pepsin 6,00, Magnesia usta 10,00, Magnesiumsuperoxyd 20,00, Zucker, Milchzucker ana 25,00, Weizenstärke 15,00, Menthol 1,00.

Eine Dose, enthaltend rund 45 g, kostet 2,50 M.

Qualitativ konnten die sämtlichen vom Darsteller angegebenen Bestandteile in dem Präparate nachgewiesen werden.

Spermacid, ein antikonzeptionelles Mittel, wird von Apotheker O. Braemer, Fabrik pharmazeutischer Präparate, Berlin SW., als „ideales Frauen-Schutzmittel“, „Bestes Schutzmittel gegen Ansteckung für Mann und Frau“, das „den Vorzug absoluter Sicherheit“ besitzt, in den Handel gebracht. Ueber die Bestandteile des Mittels ist dem Prospekt nur zu entnehmen, daß Spermacid „Peroxyd (O_2)“ enthält, dagegen keinerlei Fettstoffe.

Eine Originalröhre — Preis 2 M. — enthält 12 weiße Pastillen von Geruch nach Zitronellöl. Ihr durchschnittliches Einzelgewicht betrug 1,1 g.

In Wasser lösten sie sich unter Kohlendioxydentwicklung nur teilweise; der ungelöste Rest bestand aus Talkum. Die wässerige Lösung reagierte stark alkalisch; beim Ansäuern brauste sie auf unter starker Entbindung von Kohlendioxyd. Weiter waren in ihr nachweisbar: Weinsäure, Borsäure und Natrium. Dagegen verlief die Prüfung auf Peroxyde bezw. aktiven Sauerstoff negativ. Anderweite wirksame Substanzen wurden im Spermacid nicht gefunden.

Das Mittel besteht somit im wesentlichen aus einem in Pastillenform gebrachten, anscheinend mit Zitronellöl parfümierten Gemisch aus borsaurem und kohlensaurem Natrium, Weinsäure und Talkum.

Cholelysin heißt ein von der Firma J. E. Stroschein, Berlin SO., in den Handel gebrachtes Cholagogum. Es ist sowohl in flüssiger als in Pulverform im Handel.

Die quantitative Zusammensetzung des Cholelysin. siccum, das als wesentliche Bestandteile Natronseife und Eiweiß enthält, scheint, wie aus einem Vergleich der jetzigen mit einer früheren Analyse hervorgeht, zu wechseln.

5. Anknüpfend an den (auch von uns zitierten) Fall einer vermutlichen Formamintvergiftung nach dem Gebrauch zweier Tabletten (Med. Klinik, Nr. 25), wobei Verbot des Handverkaufs in den Apotheken gefordert wurde, bricht Rosenberg für das von ihm in den Arzneischatz eingeführte Mittel eine Lanze, indem er einmal die Begriffe Idiosynkrasie und Vergiftung fixiert und, zu dem Schlusse gelangend, daß es unstatthaft sei, beide zu identifizieren, feststellt, daß der Autor in dem betreffenden Artikel selbst eine Idiosynkrasie gegen das Mittel als vorliegend erachtete, und indem er andrerseits auf die Tierversuche und Erfahrungen in der Praxis hinweist, die seines Erachtens zur Evidenz beweisen, daß Formamint als ein absolut unschädliches, für den Organismus indifferentes Mittel anzusehen ist.

6. Von neuem wird von Dr. Pütz gegen Hautjucken Bromokoll empfohlen, ein Mittel, das entsteht, wenn man eine nach Einwirkung von Brom auf Tannin entstandene Lösung mit Leim versetzt, wobei ein Niederschlag von Dibromtanninleim entsteht, der, getrocknet, sich als ein feines, gelbliches bis hellbraunes, geruchloses und geschmackloses Pulver erweist, das in Wasser ganz unlöslich ist. Nach Versuchen von Friedländer wird Bromokoll erst im Darm resorbiert, das selbst in hohen Dosen keine Störungen des Allgemeinbefindens verursacht. Es ist daher mit Erfolg auch gegen Epilepsie und andere Krankheiten gegeben worden. Im Jahre 1901 wurde von Max Joseph die Anwendung des Bromokolls in Form von 10- bis 20%igen Salben gegen verschiedene Formen des Pruritus empfohlen. Unterdessen ist es gelungen, das Präparat auch in eine lösliche Form zu bringen; die Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation bringt eine 10%ige Lösung in den Handel. Von der Vorzüglichkeit derselben hat sich P. überzeugt. Er gab das Mittel nach folgendem Rezept:

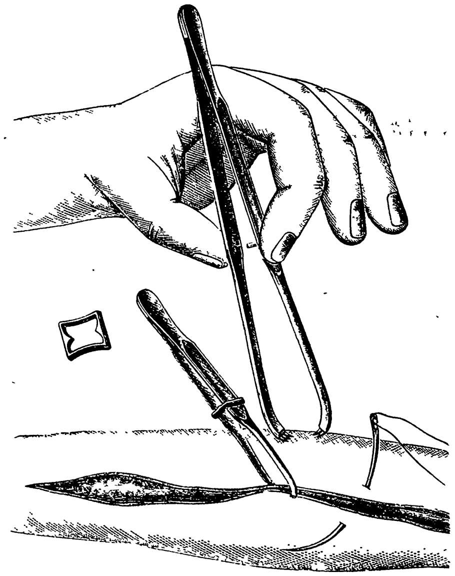
Bromokoll. solubil. 10,0,
Zink. oxydat.,
Amyl. tritik. ana 20,0,
Glyzerin., 30,0,
Aq. dest. q. s. ad 100,0.
S. Schüttelmixtur.
Einmal aufpinseln.
Nebenbei Karlsbader Salz und Diät!

Technische Neuerscheinungen.

Eine neue chirurgische Hakenpinzette.

Nach Dr. Hans, Limburg. (Mediz. Klinik, Nr. 18.)

Das Instrument stellt eine Kombination von anatomischer und chirurgischer Pinzette dar, deren Branchenenden in abgeschrägtem gotischen Spitzbogen gegeneinanderstehen. Diese Branchenstellung ermöglicht, wesentlich fester und exakter zufassen zu können; die beigefügte anatomische Querkehlung erleichtert das Festhalten auch weicher Gewebe. Durch das auch bei geschlossener Pinzette offene Zwischenfenster bleibt die Uebersichtlichkeit der tieferen Gewebe gewahrt, um so besser, als die seitlich liegenden Gewebe ausgiebiger zurückgedrängt werden. Durch Aufschieben eines auf jede Pinzette passenden Sperr-Riegels kann sofort während der Operation eine Fixierpinzette oder auch Blutstillungsklemme hergestellt werden. Weiter läßt sich die Pinzette benutzen als Stieltupferhalter, als Reagenzglashalter, auch als Penisklemme nach Urethralinjektionen. Das Instrument wird in verschiedener Größe mit verschiedener Hakenzahl angefertigt. Preis 2,50 bis 3,50 M. Fabrikant Schweickhardt-Tuttlingen.



M. Plien, Berlin.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin. P. Gerber, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 30. August 1908. Nr. 35.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:

1. E. Rohlff, Potsdam: Miszellen aus der französischen Geburtshilfe. (Fortsetzung.) . . . 521
2. H. Lungwitz, Berlin: Wahre Werte . . . 523

II. Referate:

1. E. Küster, Freiburg i. B.: Bakteriologie . . . 524
2. G. Tugendreich, Berlin: Säuglingsfürsorge . . . 524
3. J. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilidologie . . . 524
4. M. Peltzer, Steglitz: Militärsanitätswesen . . . 525
5. F. von den Velden, F. Bachmann, M. Peltzer: Varia . . . 526

III. Mitteilungen über Arzneimittel:

W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 527

IV. Technische Neuerscheinungen:

1. W. B. Müller, Berlin: Ein aseptischer, zerlegbarer Kehlkopfpulverbläser . . . 528
2. M. Plien, Berlin: Aseptisches Impfbesteck . . . 529

V. Bücherbesprechungen:

1. G. Pfülf: Die Panik im Kriege. (Ref.: M. Peltzer, Steglitz) 529
2. A. Wolff-Eisner, Berlin: Das Heufieber. (Ref.: C. Bachem, Bonn) . . . 529
3. O. v. Hovorka und A. Kronfeld: Vergleiche Volksmedizin. (Ref.: F. von den Felden, Frankfurt a. M.) . . . 530
4. Fr. Wolff, Untereichen: Antonii Panormitae Hermaphroditus. (Ref.: H. Rohleder, Leipzig.) . . . 530
5. P. Bayle, A. Kind: Obszönitäten. (Ref.: H. Rohleder, Leipzig) . . . 530
VI. Allgemeines . . . 530

ORIGINALIEN.

Miszellen aus der französischen Geburtshilfe.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Fortsetzung.)

Wir kommen nunmehr zur Besprechung der Abänderungen, welche die ursprüngliche Form des Basiotribs später erlitten hat.

Nachdem Bar 1889 das Mittelstück kolbig verdickt hatte, wodurch es mit dem linken Außenblatte allein als Kranioklast dienen konnte, schritt Tarnier dadurch angeregt zu Verbesserungen seines Instrumentes. Zunächst konstruierte er eine nach außen geriefte Kappe, welche man über die Spitze des Perforateurs stecken konnte, beliebig nach links oder rechts schauend, um so aus dem Mittelstück und einem Außenblatt einen Kranioklast zu gewinnen. Dann schuf er Möglichkeiten, beliebig das linke oder rechte Blatt als erstes einzulegen und zwar kurz oder lang ganz nach Gefallen. Dies wurde erreicht, indem das linke Blatt nunmehr unter und bloß das rechte Blatt über das Mittelstück zu liegen kam. Zwei Zapfen und vier Einschnitte dazu ermöglichen die verschiedenen Lagerungen.

Diese Aenderungen erfreuen sich in Frankreich noch heute keines Beifalls; von den namentlich angeführten Autoren verteidigt nur Bar sie, während Pinard in dieser Frage sich für das alte Modell entscheidet. Tarnier selbst hat in seinen letzten Lebensjahren die angebrachten Verbesserungen sehr bedauert. Bar hat seine eigene Konstruktion zugunsten von Tarniers neuem Modell wieder aufgegeben.

Ehe wir uns zu den durch das neue Modell ermöglichten Operationsabänderungen wenden, müssen wir die Frage in Angriff nehmen, welches Modell für uns das bessere ist. Da wir den Kranioklast nicht aufgeben dürfen, nicht einmal bei Schädellagen und erst recht nicht bei Stirn- und Gesichtslagen sowie am nachfolgenden Kopf, wie unten noch weiter erörtert wird, so müssen wir es begrüßen, daß wir jetzt zwei Instrumente in dem einen Basiotrib vereinigt finden und nicht zwei schwere Instrumente mit uns zu schleppen brauchen.

Zunächst wird getadelt, daß die Neukonstruktion schwerer und unhandlicher sei als die alte. Das ist richtig und wird unangenehm empfunden beim Mitführen sowie bei der Anwendung. Entscheidend kann das aber nicht sein, da die Güte des Instrumentes über Tod und Leben ausschlaggebend wird.

Die Unmöglichkeit, sich mit Sicherheit sofort in den verschiedenen Verbindungen zurecht zu finden, macht das neue Modell fast unbrauchbar, erklingt fast allgemein der harte Vorwurf. Und wirklich, es ist nicht möglich, ins Gedächtnis die Wirkung der verschiedenen Verbindungen fest einzuprägen; so bereute auch ich ein Jahr lang, das neue Modell erworben zu haben. Heute denke ich jedoch anders. Ich legte mir die Frage vor, ob es denn nicht möglich sei, wenn nicht gedächtnismäßig, so doch verstandesgemäß in jeder Lage und in jedem Augenblick die richtigen Verbindungen ohne Zögern und ohne Fehler zu treffen. Die bejahende Antwort ergab sich sofort, als ich die Ergebnisse unserer Betrachtungen in zwei kurze Regeln faßte. Sie lauten:

Erster Löffel — hinten — Felsenbein — kurzragend,
Zweiter Löffel — seitlich — Stirnhöcker — langragend.

Verfolgt man bei dieser Anlegungstendenz mit dem geistigen Auge das Emporsteigen der beiden Löffel, so gleiten die Zapfen von selber gleichsam in die richtigen Lager; beim ersten Löffel wird die erste sich darbietende Verbindungsmöglichkeit, beim zweiten hingegen die oberste benützt.

Dem Leser, der selber noch nicht sich mit den verschiedenen Verbindungen des neuen Tarnier vergeblich abgemüht hat, wird — hoffentlich — meine Lösung des Problems kindisch einfach erscheinen. Ich will daher zum besseren Verständnis, daß ich auf eine scheinbar so einfache Sache solchen Wert lege, einige Worte aus einer Abhandlung von Potocki über den Basiotrib hierher setzen: „J'ai entendu Tarnier lui-même me répéter maintes fois combien il regrettait d'avoir modifié son premier basiotribe…" Denn: „… et prêtent an sujet du choix des encoches à une telle confusion que j'ai vu des accoucheurs exercés se tromper au moment même où ils démontraient les avantages de ces perfectionnements."

Ist auf obige Weise der Lagerungswirrwarr aus der Welt geschafft, so sind die Vorteile überwiegend. Es sind ihrer vier.

1. Stets kann der erste Löffel über ein Felsenbein kurzragend hinten eingelegt werden.
2. Der das Gesicht bedeckende Löffel wird behufs ausgiebiger Zermalmung immer der längere sein können.
3. Der Basiotrib kann zunächst als Kranioklast dienen; bei wider Erwarten starkem Hindernis kann nachträglich das dritte Blatt hinzugefügt werden.
4. Ist die c. v. unter $4^1/_2$ cm lang, so zermalmt man bei aufgesetzter Kappe. Dann nimmt man das dritte Blatt wieder ab, dreht um 90°, und kann nunmehr eine c. v. von noch nicht ganz 4 cm passieren, da die beiden ersten Blätter als Kranioklast den Kopf festhalten.

Die Anwendungsweise des neuen Modells bietet nur eine geringfügige Aenderung dar. Nach erfolgter Perforation wird das Mittelstück hervorgezogen und mit der Kappe versehen. Deren rauhe Fläche muß nach der Seite schauen, wo der erste Löffel eingelegt werden soll. Alsdann wird der Perforateur wieder eingeführt. Einlegung des ersten Blattes hinten. Nun läßt man ruhig das Mittelstück dem Außenblatt entgegengleiten und vereinigt. Auf das kleine Zerbrechen wird stets verzichtet. Will man den Apparat nun nicht einfach als Kranioklast verwenden, so folgt die weitere Fortsetzung wie früher.

Bevor ich das Gebiet der Schädeleinstellungen verlasse, möchte ich aufmerksam machen, daß nichts darüber bekannt ist, in welcher Weise die Basiotripsie bei dem äußerst selten vorkommenden seitlich verengten Becken ausgeführt werden muß. Verfasser hatte einen solchen Fall, geradezu bekanntlich ein Unikum, bevor er im Besitz des Basiotrib war, mit sehr schwieriger Kranioklasie glücklich erledigt. Die seitliche Anlegung des Basiotribs, die zunächst das Natürliche erscheint, kann doch nur Resultate geben, wenn wirklich die ganze Basis in voller Länge zerquetscht wird. Ob dies gelingt oder ob nicht die Löffel hier hinter der Symphyse und am Kreuzbein entlang über Hinterhaupt und Stirn hinaufgeführt werden müssen mit nachfolgender Drehung um 90° und Extraktion, müßte durch Versuche an einem Phantom ermittelt werden.

Sämtliche anderen Einstellungen des Kopfes und der nachfolgende Kopf geben aus schon früher erwähnten Gründen selten Anlaß zur Basiotripsie.

Die Beschreibung der Techniken für solche Fälle wird uns nicht lange aufhalten.

Bei Stirnlagen wird der erste äußere Löffel schräg hinten wie gewöhnlich eingeführt am nach hinten liegenden Stirnhöcker. Alles weitere wie früher bei Schädeleinstellungen.

Bei Gesichtslagen wird die Sache ungünstiger, da bei Perforation durch die Stirn und Blättereinlegung, so gut als es geht mehr seitlich, die Basis nicht immer erreicht wird.

Das Durchbohren der Augenhöhle mit dem starken Perforateur ist auch mißlich. Will man es versuchen, so wird geraten, die nach hinten liegende zu wählen, den ersten äußeren Löffel dann daneben einzuführen usw.

Für den nachfolgenden Kopf genügt bekanntlich so gut wie immer einfaches Anbohren. Die Anlegung des Basiotrib an den nachfolgenden Kopf ist wegen der beschränkten Raumverhältnisse der Scheide sehr schwierig. Außer dem Kindeshals liegen dort die starren Arme Nummer 1 und 2, dann aber müssen noch Platz finden das dritte Blatt und die Hand des Arztes, um diesen Löffel richtig anzubringen. Schon die einfache Perforation mit dem dickeren Perforateur des Basiotrib statt mit der flachen Naegelischen Schere ist merklich unbequemer. Sollte man mit einfacher Perforation nicht auskommen, so ist es am besten, den Hals abzuschneiden, um besser an den Kopf herankommen zu können. Gelingt die Perforation am unversehrten Kinde nicht, so kann man dieselbe am abgetrennten Kopf machen durch die Stirn oder durch eine Augenhöhle. Darauf folgt eine einfach seitliche Anlegung des Basiotrib.

Alle Berichte lauten übereinstimmend dahin, daß ein Verrutschen der Löffel nicht zu befürchten, sondern stets ein guter Erfolg sicher ist. Einfacher dürfte aber immer irgendeine Kranioklastanlegung sein, z. B. das innere Blatt in den Schädel durch das schon hinter dem Ohr gebohrte Loch, das äußere Blatt dann über den Halsstumpf oder das Gesicht.

Die Herren Kollegen haben in den vorstehenden Ausführungen die Resultate der französischen Forscher zusammengestellt gefunden. Mancherlei Kenntnisse und Sorgfalt bei der Operation sind nötig, um gute Erfolge zu erzielen. Und doch ist die Ausführung der Basiotripsie nicht schwer, wenn man sich einmal durch ruhiges Durchdenken den Gang der Operation klargemacht hat. Es handelt sich um mechanische Probleme und deren verstandesgemäße Inangriffnahme, nicht um ein gedächtnismäßiges Einpauken von allerlei Operationsvorschriften ohne logischen Zusammenhang. So wenigstens habe ich den Herren Kollegen den Inhalt französischer Lehrbücher darzubieten versucht. Dort allerdings beschreibt meist einfach ein jeder nur seine Methode. Gründliche Vergleiche zwischen altem und neuem Modell und ihren Anwendungsformen einerseits sowie das Verhältnis zwischen Basiotripsie und Kranioklasie fehlen im großen und ganzen.

Bar bildet davon eine rühmliche Ausnahme in zwei Hinsichten. Er ist nicht fanatisch eingenommen, sondern läßt auch dem Kranioklast sein Recht, zeigend, daß er unter mancherlei Umständen dem Basiotrib vorgezogen werden muß. Ferner gibt er Abbildungen der Resultate fehlerhaften Anlegens und die dazu gehörigen Diagramme mit Maßangaben von den mehr oder minder zertrümmerten Basisteilen. Die anderen tun so, als spielten Fehler gar keine Rolle. Wenn man das Verhalten dieser Autoren sonst kennt, so kann man nur einen einzigen Schluß aus diesen Unterlassungen ziehen, daß sie nämlich kein Bedürfnis fühlten, in dergleichen Erörterungen und Vergleiche einzutreten, weil die in der Praxis erhaltenen Resultate mit ihrem jeweiligen Instrument und ihrer Anlegungsweise sie vollauf befriedigten. So finden sich endlich in keinem einzigen Werk alle Hilfsmittel besprochen. Keiner hat sich bemüht, sie alle kennen zu lernen oder seinen Lesern mitzuteilen, weil er sie offenbar für überflüssig hält. Alle diese Unterlassungssünden beweisen aber gerade die Brauchbarkeit der Basiotripsie. Die Darstellungsweise der französischen Autoren, eine fast rein beschreibende, mag für französische Aerzte genügend sein. Wer nur den Basiotrib benutzt, wird seinem Gedächtnis die Regeln einpauken, zumal er bald Uebung durch die Praxis erlangt. Für uns aber, die wir nicht den Kranioklast ganz zum alten Eisen legen wollen, steht die Sache anders. Fünf bis zehn Jahre können vergehen, bis wir plötzlich auf einen Fall stoßen, der die Anwendung des Basiotrib erheischt. Was nun? Zum Nachlesen ist keine Zeit: hic Rhodus, hic salta. Darum habe ich meiner Darstellung eine andere Form gegeben. Aus einer einfachen Beschreibung des Verfahrens ist eher die mathematisch-physikalische Lösung eines mechanischen Problems geworden. Wer einmal mit dem Verstand den Gang der Operation verfolgt hat, braucht sich nicht mehr auf sein Gedächtnis zu verlassen. Jederzeit wird er sich verstandesgemäß zurecht finden können von der Wahl des Einstichpunktes und der zarten Einführung des ersten äußeren Löffels am Felsenbein entlang an bis zum Schluß: denn ein jeglicher Operationsakt beruht auf einer logischen Notwendigkeit. Und gerade hierin sehe ich den durchschlagenden Grund für die Existenzberechtigung der Basiotripsie: die gegebenen Verhältnisse rufen mit Notwendigkeit die helfenden Maßnahmen des Arztes hervor.

Bewährt sich die Basiotripsie, so schwindet in der Hauspraxis die Indikation zum Kaiserschnitt wegen absoluter Beckenenge, da es diese dann kaum noch gibt. Voraussetzung ist natürlich, daß man der Frau, welche die Gefahren allein zu tragen hat, auch allein das Recht zuerkennt, die Operationsart zu wählen. Solange noch die Prognose des konservativen Kaiserschnittes oder des Porro eine mäßige ist, während es andererseits zweifelhaft bleibt, ob auf diese gefährlichere Entbindungsweise ein Kind lebend entwickelt wird, dessen weitere Lebensdauer noch recht unsicher ist, hat man kein Recht, eine Frau dahin zu beeinflussen, daß sie sich der größeren Gefahr unterziehen solle. Nur offen darlegen muß man die Sachlage; bestimmen darf allein die Frau. (Schluß folgt.)

Wahre Werte.

Von Dr. med. et phil. **Hans Lungwitz**, Berlin.

Ein an sich unbedeutendes Ereignis wird, wenn es nur plötzlich und unerwartet eintritt oder von interessierten Kreisen geschickt benutzt wird, oft genug zu einer Staatsaktion, die nicht bloß die flachen Köpfe erregt, sondern selbst ruhige und klare Gemüter tangieren kann. Die Kritik verblaßt vor der Stimmung — bis die Sache historisch geworden ist und alsdann ihren wahren Wert offenbart.

Wir Aerzte müssen uns ganz besonders hüten, in Stimmung zu geraten und das Temperament in der Beurteilung einer Sache die Erfahrung und die ruhige Kritik übertönen zu lassen. M. E. ist dieser Fehler in der Puro-Affäre begangen worden. Wir alle haben uns eine Zeitlang durch die Veröffentlichungen Gerets und Horiuchis in eine ganz schiefe Fragestellung hineindrängen lassen. Und wahrhaftig: ist es nicht ein ungeheuerlicher Frevel, wenn Aerzten und Patienten ein Präparat serviert wird, das unter falscher Flagge segelt; ist es nicht ungeheuerlich, daß gerade dieses falsch bezeichnete Präparat die unbedingte Anerkennung der weitesten Kreise, auch der kritischsten Kliniker gefunden hat, daß es also zweifellos „gut“ ist. Mit Recht moquiert sich nach diesen Erfahrungen der Süddeutsche Nahrungsmittel-Anzeiger in Nr. 21 d. J. über die Zuverlässigkeit der ärztlichen Gutachten, indem er ausführt: „. . . der . . . Fleischsaft Puro ist in den verschiedensten Kliniken und Sanatorien von Aerzten und Professoren eingehend geprüft und begutachtet worden . . . und was besagt das heute?“ — Natürlich, wie kann ein Präparat gut sein, wenn es eine falsche Bezeichnung trägt! Die Gutachter haben sich eben allesamt getäuscht; das Präparat ist miserabel und muß unbedingt vom Erdboden verschwinden! Die gesamte medizinische und pharmazeutische Presse war sich einig in der Beurteilung des Präparates und konnte sich nicht genug tun, es und seinen Fabrikanten an den Pranger zu stellen.

Jetzt, nachdem sich die hochgehenden Wogen der Entrüstung einigermaßen beruhigt haben, scheint es dringend indiziert, den Fall Puro auf seinen wahren Wert zu prüfen. Jeder unbefangene Kritiker muß zugeben, daß die Hetze gegen das Präparat ebenso unzweckmäßig wie übertrieben war. Interessant war sie freilich; die Puro-Artikel wurden sicherlich immer zuerst gelesen, und es empfahl sich aus taktischen Gründen, daß jede Zeitschrift das Präparat wenigstens einmal hochnahm. Besonders wirkungsvoll war das Kesseltreiben in moralischer Beziehung, schon weil sich der deutsche Michel — zum Gaudium des Auslandes — nichts Erfreulicheres denken kann, als wenn er Gelegenheit findet, einem Landsmann gehörig an den Kragen zu gehen. Sind doch — nebenher bemerkt — die ausländischen Fleischsäfte und ihre Inserate noch heute unbehelligt, obwohl wir längst wissen, daß Valentines Meat juice ebenfalls kein Fleischsaft im medizinischen Sinne und „im Verhältnis zu seinem Wert geradezu unverschämt teuer ist“. (Vergl. Dr. Heim, Die künstlichen Nährpräparate, Bonn 1901.)

Die Veröffentlichungen Gerets und Horiuchis waren freilich verblüffend, und es ist mit Freuden zu begrüßen, wenn die Wissenschaft Mittel und Wege findet, um die Industrie zu kontrollieren. Die Praxis kann dadurch nur profitieren. Im Falle Puro ist die Praxis aber in Gefahr zu leiden, da man ein praktisch geringfügiges Ereignis zu einer Staatsaktion aufgebauscht und so ein sehr brauchbares Präparat zu unterdrücken versucht hat.

Die Vorwürfe, wegen deren sich Dr. Scholl zu verantworten hat, sind die, daß er sein Produkt als „Fleischsaft“ bezeichnete und angab, es enthalte 30% Fleischeiweiß. Zum ersten Punkt läßt sich sagen, daß, wenn man es Dr. Scholl verbietet, Puro als Fleischsaft zu bezeichnen, man es auch den ausländischen Fabrikanten verbieten muß, Präparate unter dieser Bezeichnung auf den deutschen Markt zu bringen, die auch kein Fleischsaft im medizinischen Sinne sind. Zweifellos liegt darin eine Entschuldigung für Dr. Scholl. Indes — sei es Absicht, sei es Nachlässigkeit — Dr. Scholl durfte eine Fabrikationsmethode und Zusammensetzung, die er verlassen hatte, nicht weiter in seiner Reklame führen. Aber statt ihn nun einfach zu veranlassen, die Bezeichnung fallen zu lassen, die wohl seinem ursprünglichen Präparate zukam, nicht aber dem gegenwärtigen zukommt, ging man weit über das in diesem Falle Gebotene hinaus: man machte das Präparat selbst herunter. Man versuchte, einem Präparat den Garaus zu machen, das sich seit ca. 15 Jahren aufs beste bewährt hat, und das von zahlreichen Aerzten, darunter ersten Autoritäten wie von Leyden, von Winkel, von Ziemßen, von Bergmann, Minkowski, Klemperer etc. empfohlen und glänzend begutachtet worden ist und noch heutigentags von zahlreichen Aerzten und Kranken verwendet wird. Wie konnte man es wagen, das Urteil solcher Persönlichkeiten zu mißachten — aus einem Grunde, der eine Wertung des Präparates als Nähr- und Kräftigungsmittel gar nicht zuließ, sondern — sagen wir — rein juristischer Art war. Hat man denn gar nicht empfunden, welche Blamage der Aerztewelt angetan wurde durch das unkluge Verfahren, ein bestempfohlenes Präparat in Grund und Boden zu verdammen, bloß weil die Bezeichnung anfechtbar war! Hat man nicht daran gedacht, wie sehr das Vertrauen des Publikums zu den Aerzten leiden muß, wenn im eigenen Lager offen ausgesprochen wird, wie wenig zuverlässig ein Urteil zahlreicher Aerzte, zahlreicher Autoritäten ersten Ranges ist! Und um das Satyrspiel abzurunden: Puro ist ja wirklich ein brauchbares Präparat! Zahlreiche Laien wissen das, haben es am eignen Leibe erfahren und können nicht begreifen, was auch ich nicht begreifen kann, daß ein gutes Präparat nicht ferner existieren soll, bloß weil die Bezeichnung nicht stimmte.

Warum dieser gewaltige Lärm? Die Fragestellung ist falsch gewesen, und wir sind wie ein Experimentator mit verkehrter Versuchsanordnung zu falscher Wertung der ganzen Angelegenheit gelangt. Der wahre Wert eines Präparates liegt — wer wüßte es nicht? — darin, daß es therapeutisch brauchbar ist. Der Patient will geheilt werden; ihm ist es gleichgültig, ob das Mittel, von dem er einen gesundheitlichen Vorteil erhofft, so oder so heißt. Er verlangt vom Arzte, daß das Prinzip, nach dem er, der Patient, Medikamente abschätzt, auch das des Arztes sei, und daß dieser seine Bedenken gegen „Nam' und Art“ eines Präparates nicht als maßgebend für die Anwendung hinstelle, jedenfalls nicht als maßgebender denn den therapeutischen Erfolg. Selbstredend ist es unsere Pflicht, kaufmännische Skrupellosigkeit der Industrie aufzudecken und zu strafen, und die Konkurrenz ist uns dabei eine sehr bereitwillige, wenngleich nicht sehr zuverlässige Gehilfin. Aber wir dürfen uns infolge von Bedenken in dieser Richtung nicht versteigen, ein tausendfach erprobtes Präparat, für das in der Tat ein Ersatz nicht existiert, aus der Therapie ausmerzen zu wollen; zwei gewichtige Faktoren werden dagegen Front machen: das Publikum und der gesunde Menschenverstand.

Der Kampf gegen Puro wäre berechtigt, wenn die wirkliche Zusammensetzung praktisch unbrauchbar oder weniger wirksam wäre als die bisher angegebene, d. h. wenn Eiereiweiß geringwertiger wäre als Fleischeiweiß. Das ist aber nicht der Fall. Im Gegenteil möchte ich sagen, daß mir Puro bei weitem appetitlicher vorkommt, seit ich weiß, daß sein Eiweiß nicht von Fleisch irgendwelcher Provenienz, sondern von veritablen Eiern abstammt. Soviel steht jedenfalls fest, daß Puro in nicht minder ausgedehntem Maße verordnet wäre, wenn man von vornherein gewußt hätte, daß es Eiereiweiß, nicht Fleischeiweiß enthält.

Die therapeutische Wirksamkeit ist also durch die Aufklärungen Gerets und Horiuchis nicht geringer geworden, ja jeder unparteiische Sachkenner wird mir recht geben, wenn ich behaupte, daß die Kombination gerade von Puro eine äußerst zweckmäßige und wissenschaftlich einwandfreie ist. Es besteht denn auch nicht nur nach meiner Meinung, sondern nach der Ansicht sehr autoritativer Persönlichkeiten kein Zweifel, daß der mit Pauken und Trompeten, mit Haubitzen und Granaten inszenierte Feldzug das angegriffene Präparat nicht wird vernichten können, sondern vielmehr dazu dienen wird, gerade an dem Bestehen der Feuertaufe den wahren Wert des Puro zu erkennen und sein Ansehen zu befestigen.

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

Die bakteriologische Frühdiagnose der akuten Infektionskrankheiten. Von Lüdke.

Der Autor erblickt in dem Nachweis des spezifischen Erregers die wertvollste Ergänzung des klinischen Symptomenbildes der Infektionskrankheit, warnt aber mit Recht davor, hierin zu weit zu gehen und zugunsten der bakteriologischen Untersuchung der Sekrete und Exkrete die klinische Beobachtung zu vernachlässigen. Er bespricht sodann die einzelnen akuten Infektionskrankheiten vom Standpunkt der bakt. Frühdiagnose in recht übersichtlicher Form, so daß die Abhandlung für den Praktiker eine wohl empfehlenswerte Lektüre abgibt. Mir sei es hier gestattet, vom rein bakteriologischen Standpunkt auf einige Punkte näher einzugehen. Der Autor hat „Ruhrbazillen“ wochenlang in „typischer“ Kokkenform wachsen sehen, eine Beobachtung, die sicherlich die meisten Bakteriologen bisher nicht machen konnten. Der Glaube, daß alle Versuche, einen Bakterienstamm in einen anderen nahestehenden umzuzüchten, zu Enttäuschungen führen werden, dürfte nach den Erfahrungen, die man bei Herauszüchtung von rotwachsenden Keimen der Endoplatte aus weißwachsenden gemacht hat, besonders nachdem es gelungen ist, durch Zusatz von bestimmten Zuckerarten das Auftreten solcher Umschläge zu begünstigen, nicht so ganz berechtigt sein. Der positive Ausfall einer Widalreaktion mit einer Serumverdünnung 1 : 50 dürfte nicht als beweisend allgemein anerkannt werden, es sei denn, daß im Verlauf der Krankheit vorher ein niedrigerer Agglutinationstiter konstatiert wurde. Endlich ist der Autor der Ansicht, daß man Influenza aus dem Ausstrichpräparat diagnostizieren könne und man in Fällen von Mischinfektion die Kulturmethoden heranziehen müsse. Dem kann ich mich nicht anschließen. Auf dem staatl. bakt. Untersuchungsamt d. U. Freiburg i. B. habe ich im Laufe der letzten vier Jahre eine große Reihe von klinisch influenzaverdächtigen Fällen kulturell untersucht und gefunden, daß im Sputum sehr häufig influenzaartige Stäbchen in Zügen gelagert vorkommen, die sich kulturell durch Wachstum auf den verschiedensten Nährboden von dem Bakt. influenzae Pfeiffer durchaus unterscheiden. Das Vorkommen des typ. Bakt. infl. ist viel seltener, als man auf Grund der klinischen Erscheinungen annehmen könnte.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich**, leitender Arzt der städtischen Säuglingsfürsorgestelle 5 in Berlin.

1. **Beobachtungen an stillenden Frauen.** Von S. Jacobius. Arch. f. Kinderheilk., Bd. 48, H. 1 u. 2.

2. **Die Schwankungen der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche während der letztabgelaufenen beiden Jahrzehnte.** Von Rahts. Med.-statist. Mitteil. a. d. K. Gesundh.-Amte, Bd. 10.

1. Jacobius hat an dem reichen Materiale der Säuglingsfürsorgestelle V Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Laktation und Menstruation angestellt.

Von 180 Frauen waren in der 26. Woche der Laktation amenorrhoisch 56,1%, menstruiert 43,9%.

Es waren amenorrhoisch von den stillenden Frauen
im 2. Monat 88,9%,
„ 3. „ 76,7%,
„ 4. „ 72,8%,
„ 5. „ 65,6%,
„ 6. „ 56,1%.

Einen Nachteil für die Brustkinder sah Verf. niemals von der Menstruation. Im allgemeinen findet er, daß das Stillen zwar den Wiedereintritt der Periode mehr oder minder lange hinauszögert, aber nicht verhindert. Der Verf. teilt ferner mehrere interessante Fälle von lang erhaltener Stillfähigkeit bei nicht stillenden Müttern mit.

Ein besonders eklatanter Fall betraf eine Frau, die noch 73 Tage post partum so viel Milch in den bisher unbenutzten Brüsten hatte, daß sie das Kind nähren konnte.

2. Für den statistischen Nachweis der Erfolge der Säuglingsfürsorge, der aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren im Mittelpunkte der fachgenössischen Erörterungen stehen wird, bieten die Untersuchungen von Rahts aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte einen guten Ausgangspunkt. Rahts behandelt den Gang der Säuglingssterblichkeit in dem Zeitraum, in dem von einer erheblichen Einwirkung der Säuglingsfürsorge noch nicht die Rede sein kann. Er findet, daß die Säuglingssterblichkeit seit 1885 von Jahrfünft zu Jahrfünft zurückgegangen sei, von 1885 bis 1904 von 24,4 auf 20,8%. Eine deutliche Abnahme zeigten besonders die Großstädte.

Meteorologische und wirtschaftliche Verhältnisse haben wahrscheinlich nach des Verfs Ansicht diese Schwankungen beeinflußt.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Mochalles Schwefelpräparate.** Von Gerhard Hahn. Allg. med. Zentralzeitg., 1908, Nr. 32.

2. **Experimentelle Untersuchungen über tuberkulöse Veränderungen an der Haut ohne Mitwirkung von Tuberkelbazillen (toxische Tuberkulose) und die Bedingungen ihres Entstehens.** Von Zieler. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 32.

3. **Zur internen Therapie der Syphilis.** Von Pöhlmann. Ibidem, Nr. 27.

4. **Ist die Metschnikoffsche Kalomelsalbe ein Vorbeugungsmittel gegen Syphilis?** Von Vorberg. Med. Klinik, 1908, Nr. 23.

5. **Ueber die Behandlung des Lupus mittels Tuberkulinsalbe und über eine durch Tuberkulinsalben-Einreibung spezifische Hautreaktion.** Von Senger. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 23.

6. **Vaginitis.** Von Doleris. Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1908, Nr. 15.

7. **Die Behandlung des Lupus und ihre Ergebnisse.** Von Wichmann. Med. Klinik, 1908, Nr. 28.

8. **Die Behandlung der Syphilide durch lokale Quecksilbereinspritzungen.** Von Hamel. Annales de Dermatol., 1908, Mai.

9. **Ueber die therapeutische Verwendung von flüssiger Luft und flüssiger Kohlensäure.** Von Zeisler. Dermatol. Zeitschr., 1908, Juli.

10. **Drei Zeichen für die Diagnose des Erysipel.** Von Milian. Le progrès medical, 1908, 25. Juli.

11. **Aphthöses Fieber.** Von Boyé. Gazette des Hopitaux, 1908, Nr. 84.

1. Hahn empfiehlt von Mochalle in Breslau hergestellte Schwefellauge zu Schwefelbädern und eine Schwefelseife desselben Fabrikanten, die den Schwefel in ganz auffallend feiner Verteilung enthält und leicht Schwefelwasserstoff abgibt. Die Seife hat sich bei Akne, Pityriasis versikolor und rosea bewährt.

2. Die Anschauung, daß das Tuberkulin nur dadurch wirke, daß Teile von Tuberkelbazillen darin enthalten sind, ist nicht richtig. Zieler lieferte durch experimentelle Untersuchungen den Beweis, daß das Tuberkulin, welches vollständig von Bazillenresten befreit ist, d. h. also dialysierbare, aus dem Tuberkelbazillus stammende Stoffe, fähig ist, echte tuberkulöse Strukturen

zu erzeugen, daß also weder Bazillen noch ihre Trümmer noch gelöste Leibessubstanz dazu nötig sind.

3. Mergal wird zur internen Therapie der Syphilis von Pöhlmann empfohlen. Es. ist ein Quecksilberpräparat, das prompt wirkt, geringe Nebenerscheinungen, aber nur eine geringe Nachwirkung hat, da häufig sehr bald hernach Rezidive auftreten.

4. Die von Metschnikoff als Vorbeugungsmittel gegen Syphilis empfohlene 30%ige Kalomelsalbe ist nach Vorberg kein Schutz gegen Syphilis, gibt dem Patienten eine trügerische Sicherheit. Es ist daher vor der Anwendung der Salbe im Sinne Metschnikoffs zu warnen.

5. Senger sah außerordentlich günstige Beeinflussung bezw. Heilung des Lupus durch Einreibung der Herde mit Tuberkulinsalbe in Verbindung mit Röntgenbestrahlungen. Durch die Salbe werden die Lupusknötchen gleichsam aus der Tiefe hervorgeholt und durch kleinste Ulzerationen zerstört und bieten der Bestrahlung einen günstigen Boden.

6. Bei der akuten Vaginitis empfiehlt Doleris direkt als Spezifikum Spülungen mit Kal. hypermanganik. 1 : 200 dreimal täglich; event. Sublimat $2^{1}/_{2}\,^{0}/_{00}$. Bei der chronischen Vaginitis hängt die Behandlung von der Aetiologie und den Komplikationen ab. Bei der gonorrhoischen sind Spülungen von Kal. hypermangan. zweckmäßig unter Mitbehandlung der Zervix. Zwischen den Spülungen führe man einen langen zylindrischen Tampon ein, der mit Salbe bestrichen ist (Jodoform, Dermatol ana 5,0, Vaselin 20,0). Bei saprophytischer chronischer Vaginitis spüle man mit

Hydrogen. peroxyd. 250,0,
1%iger Karbolsäure 750,0.

Möglichst mild muß man jene Formen der chronischen Vaginitis behandeln, die durch Gewebsveränderungen hervorgerufen sind, ähnlich dem Ekzem der Haut. Diese sind dadurch charakterisiert, daß sie periodisch auftreten, mit Hautjucken oder Ekzem verbunden sind, durch unzweckmäßige Lebensweise bedingt sind. In diesen Fällen führe man eine Minute lang einen Tampon mit Tinkt. Jod. 5,0, Glyzerin. 20,0 ein, dann einen Tampon mit 40%iger Zinksalbe, und wende im übrigen nur reizlose Spülungen an.

7. Nach Wichmann ist es ein Kunstfehler, einen initialen Lupus zu ätzen oder zu brennen, stets soll man ihn womöglich exzidieren. Externe Methoden wie Aetzungen, Brennungen etc. wirken fast immer nur vorübergehend, ebenso wie die internen Methoden mittels Tuberkulin oder Kantharidin. Dauerresultate erzielt man nur durch Exzision oder Lichtbehandlung (Röntgen, Radium-, Finsenbehandlung).

8. Hamel behandelt syphilitische Affektionen der Haut in sekundären und tertiären Fällen, besonders ulzeröse Formen, neben der Allgemeinbehandlung durch subkutane Infiltration der Syphilide mit einer Lösung von

Hydrargyr. zyanat. 0,05,
Stovain. 0,5,
Aq. ad. 100,0,

Die Injektionen sind schmerzlos. Die Syphilide heilen rapid. Besonders in Fällen, in denen man zunächst keine Allgemeinbehandlung durchführen will, bei Karies der Zähne etc., oder wenn die Allgemeinbehandlung nicht oder zu langsam wirkt, ist die Methode zu empfehlen. Ganz besonders auch in diagnostischen Fällen, wenn wir dem Patienten dadurch eventuell eine Allgemeinbehandlung ersparen können.

9. Zeisler empfiehlt die von Pusey angegebene Verwendung der flüssigen Kohlensäure zur Behandlung von Naevi, Epitheliomen, senilen Keratosen und besonders Lupus erythematodes (siehe Referat in Nr. 30 dieser Zeitschrift).

10. Nach Milian ist Erysipel gegenüber anderen Hautentzündungen durch drei Eigenschaften charakterisiert. Erstens das Maximum der Entzündung besteht immer am fortschreitenden Rand. Zweitens ist charakteristisch, daß bei Erysipel die Entzündung vom Gesicht auf das Ohr fortschreitet, während andere Entzündungen am Ohr Halt machen. Dies beruht darauf, daß die meisten Entzündungen subkutan fortschreiten. Am Ohr fehlt jedoch das subkutane Gewebe. Das Erysipel ist aber eine Entzündung der Kutis und nicht des Unterhautgewebes. Drittens ist das Erysipel sehr schmerzhaft und am meisten am Rand.

11. Boyé beschreibt unter dem Namen aphthöses Fieber eine besonders häufig bei Kindern und Säuglingen auftretende fieberhafte Mundaffektion, die durch die Milch von aphthösen Kühen übertragen wird. Nach achttägiger Inkubation treten unter Allgemeinerscheinungen, Trockenheit des Mundes Blasen auf, deren Decke nach 24 bis 48 Stunden platzt. Es entsteht dann eine Ulzeration mit gelblich-grauem Belag und roten indurierten Rändern, ähnlich einem Schankergeschwür. Manchmal tritt Schwellung der Sub- und Retromaxillardrüsen ein.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Die Selbstnarkose der Verwundeten im Krieg und Frieden.** Ein humaner Vorschlag von Prof. C. L. Schleich. Berlin 1907. Springer. Referat von R. A. Lengsfeld. Der Militärarzt, 1908, Nr. 13, S. 208.

2. **Die Behandlung der Geisteskranken im Kriege.** Von Stabsarzt Dr. Stier-Berlin. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 13.

3. **Infektiöse Darmkrankheiten und Fliegen.** Von Marineoberstabsarzt Dr. H. Trembur, Vorstand der hygienischen Untersuchungsstation in Tsingtau. Ibidem, S. 556.

1. Einen vom Gefühl der Humanität eingegebenen Vorschlag, an dessen Verwirklichung wir aber nicht glauben, macht Schleich. Schleich hat nämlich gefunden, daß ein bei Körpertemperatur von 38^0 siedendes Gemenge von 2 T. Aethylchlorid, 4 T. Chloroform und 12 T. Schwefeläther ein fast völlig gefahrloses Narkotikum darstellt, und dies in 15000 Narkosen, darunter hochgradige Körperschwäche, Herzfehler, Herzschwäche, Aneurysmen usw., erprobt. Das Gemisch soll überdies, bevor noch die Narkose eintritt, schmerzstillend und schlaferzeugend wirken und diese Wirkung auch durch Selbstnarkose beim Einatmen der Dämpfe von damit getränkter Watte erzielt werden können, wie Schleich selbst und andere Aerzte dies durch Versuche an sich selbst und an Kranken mit Gallenstein- und Nierenkoliken sowie Magenkrämpfen usw. mehr als 100 mal festgestellt haben. Hieran knüpft Schl. den Vorschlag, daß jeder Soldat mit einem Etui ausgerüstet werde, welches in drei wohlverschlossenen Hülsen Watte mit je 50 g des „Siedegemisches“ getränkt enthält. Sollte dies nicht angängig sein, so sollten wenigstens die Lazarette und das Sanitätspersonal entsprechend ausgestattet werden. Wir glauben, wie gesagt, nicht an die Durchführbarkeit dieses gewiß vortrefflich gemeinten Vorschlages, soweit er sich auf den einzelnen Mann bezieht. Abgesehen von den Gegengründen, die schon Lengsfeld geltend macht (das Gewicht des Etuis von 200 g, die Möglichkeit des Mißbrauchs usw.), denke man sich eine Armee, in der jeder Soldat mit einem Selbstnarkoseapparat ausgerüstet ist, um sich vor Schmerzen zu bewahren! Ueber die Ausstattung der Lazarette mit dem Gemisch läßt sich reden, und die Anregung Schleichs könnte, wie Lengsfeld bemerkt, immerhin im Frieden bei Unglücksfällen und Verletzungen weiter erprobt werden. Im übrigen verweisen wir auf das Referat über Betäubungsverfahren in der vordersten Linie in Nr. 29 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift.

2. Ungefähr in gleicher Richtung wie der Schleichsche Vorschlag bewegt sich ein solcher, den Stabsarzt Stier bei Besprechung der Behandlung der Geisteskranken im Kriege macht, insofern es sich auch hier um leichte, schnelle und sichere Betäubung handelt. Daß die Zahl dieser Kranken im Kriege erheblich größer ist als im Frieden, ergeben die Kriegserfahrungen der letzten Jahrzehnte. Die Formen sind hauptsächlich akute halluzinatorische Verwirrtheit, epileptische und Alkoholpsychosen sowie schwere neurasthenische Erschöpfungszustände. Die Erregungszustände überwiegen bei der vormarschierenden, fechtenden Truppe. Um jede Störung dieser durch die Kranken zu vermeiden, müssen sie rückwärts geschafft werden und kommen zunächst ins Feldlazarett. Hier wartet ihrer, wenn sie toben, die zwar mildeste, immerhin aber tunlichst zu vermeidende Form des mechanischen Zwanges, der ihn selbst und seine Umgebung vor Unheil bewahrt: die Zwangsjacke. Einen vollwertigen Ersatz für

Public

diese bietet das Hyoszin oder das Skopolaminum hydrobromikum der Pharm. germ. Es kann auch dem erregtesten Kranken leicht und schnell subkutan beigebracht werden und lähmt ihn sofort und vollständig. Um dem Kranken jedoch das quälende Gefühl dieser Lähmung zu ersparen, injiziert man außer 0,0006 bis 0,001 Hyoszin noch 0,02 Morphium und erzielt so gleichzeitig Bewußtlosigkeit. Diese Injektion vereint man am bequemsten in einer Spritze. Erwacht der Kranke nach vielen Stunden, so kann er, wenn nötig, mit der Schlundsonde gefüttert und erforderlichenfalls durch eine neue Injektion abermals in denselben Zustand wie vorher versetzt werden. Diese Behandlung kann ohne Schaden mehrere Tage lang durchgeführt werden. Stier empfiehlt hiernach die Ausrüstung der Sanitätskompagnien und Feldlazarette mit Hyoszin, am besten in Form der zu je einer Injektion fertigen zusammengeschmolzenen Röhrchen, die sich in Südwestafrika gut bewährt haben. Leider ist ein Transport im Hyoszinschlaf gefährlich. Für einen solchen empfiehlt St. zur Erzielung eines Halbschlafs Sulfonal oder Trional in refrakta dosi viermal täglich 1,0 g ein bis zwei Tage lang vor dem beabsichtigten Transport.

3. Die Beteiligung der Fliegen an der Verbreitung von Krankheiten ist eine alte Erkenntnis, für Cholera ist sie direkt durch Laboratoriumsversuche von Simonds, für Typhus von Ficker nachgewiesen, fur Ruhr und Darmkatarrh jedoch noch nicht. Berücksichtigt man aber, wie es Trimbur tut, die Verbreitung der Darmkrankheiten unter der Besatzung von Tsingtau, ihre infektiöse Natur, die geringe Wirksamkeit der gegen sie seit Jahren durchgeführten energischen sanitären Maßregeln usw., so ergibt sich der Schluß, daß auch an der Verbreitung des Ansteckungsstoffes von Ruhr und Darmkatarrh die Fliegen die Hauptschuldigen sind. Hieran knüpft sich naturgemäß die Frage, wie und wann ihnen am besten beizukommen ist, um sie unschädlich zu machen. Aus ihrem Entwicklungsgange geht hervor, daß dies bei den Maden, in den Vorstadien vom Ei bis zur Puppe, überall da der Fall ist, wo Unrat abgesetzt wird, während gegen das fliegende Insekt nur wenig zu machen ist, wenngleich auch durch den Kampf gegen dieses immerhin etwas erreicht wird, um die Fliegenplage zu verringern. Für denjenigen, der das beste, in der Praxis anwendbare Mittel zur Vertilgung der Fliegen angeben wurde, hatte die Pariser Zeitung „Le matin" einen Preis von 10000 Frcs. ausgesetzt, zuerkannt ist er dem, der hierzu Schieferol empfohlen hat. In Tsingtau ist schon jahrelang Saprol zu diesem Zweck angewandt. Dabei hat sich gezeigt, daß sowohl Saprol als auch Schieferöl die Fliegenbrut sicher vernichten, wenn sie in hinreichender Menge angewandt werden. Der Unterschied zwischen beiden Mitteln ist gering, dem letzteren schien infolge seiner leichteren Verteilung eine schnellere und intensivere Wirkung zuzukommen. Bei beiden scheint es sich nach dem Ausfall von Kontrollversuchen nicht nur um eine mechanische, sondern auch um eine toxische Wirkung zu handeln. Weiterhin stellte sich jedoch heraus, daß in 1%iger Verdünnung nach dem Laboratoriumsversuch nur noch dem Saprol eine vernichtende Wirkung auf alle Vorstadien der Fliegen zukommt. Praktisch wird von diesen Versuchen zunächst nicht viel zu erwarten sein, Forst- und Landwirtschaft werden, wie Tr. selbst angibt, wohl auch Bedenken dagegen erheben, daß ihr Dung durch die Behandlung mit Saprol oder Schieferöl entwertet wird, während ärztlicherseits der Kampf gegen die Verbreiter von Ansteckungsstoffen mit allen Mitteln fortgesetzt werden muß.

Varia.

1. **Die Trinkwasserversorgung der Städte vom chemischen Standpunkte.** Von Geh.-Rat W. Hempel. Umschau, 1908, Nr. 27.

Der Mineralwasserverbrauch der großen Städte hat seinen jetzigen Umfang erst angenommen, nachdem an die Stelle der artesischen und Pumpbrunnen die Leitungen mit ihrem vorwiegenden Oberflachenwasser von geringem Mineralgehalt getreten sind. Die Typhusgefahr ist geringer geworden, aber dafür hat man andere Schäden eingetauscht; es läuft auch hier darauf hinaus, daß wir lieber langsam zugrunde gerichtet sind als schnell. Als deutlichstes Beispiel dieser Schäden sei die Zahnverderbnis und Zunahme der Militäruntauglichen in Gegenden mit weichem Wasser, die Röse nachgewiesen hat, angeführt. Die gerühmte Keimfreiheit kann eine feine Zunge nicht über die Minderwertigkeit des durchschnittlichen Leitungswassers hinwegtäuschen, und die Erkenntnis von der Wichtigkeit der Mineralsalze für die Gesundheit gibt diesem Instinkt der Zunge Recht. Hempel fordert deshalb die Wiedereinführung von artesischen und Pumpbrunnen, aus denen das Trinkwasser entnommen werden soll, während die Leitungen das Wasser für alle übrigen Zwecke liefern mögen.

F. von den Velden.

2. **Die Geistesstörungen bei den Juden.** Von Dr. Max Sichel. Umschau, 1908, Nr. 26.

Sichel macht auf Grund des Materials der Frankfurter Irrenheilanstalt die der allgemeinen Annahme widersprechende Mitteilung, daß Geisteskrankheiten bei den Juden nicht häufiger sind als bei anderen Völkern. Die gegenteilige Ansicht erklärt er daraus, daß weniger die Zahlen der öffentlichen Irrenanstalten als die der Sanatorien beachtet werden, zu denen die Juden bekanntlich ein besonders starkes Kontingent stellen.

Besonders häufig hat er bei Juden zirkuläre Psychosen und Paralyse beobachtet; die ersteren zeichneten sich durch langwierigen Verlauf aus. Alkoholische Psychosen waren selten, kamen aber vor (etwa ein Fall jährlich) und werden, wie S. ohne Zweifel richtig prognostiziert, mit der in raschem Zunehmen begriffenen Amalgamierung der Juden mit den Wirtsvölkern immer häufiger werden. Angeborener Schwachsinn, Dementia präkox und Hysterie fand S. häufiger als bei Nichtjuden, Epilepsie seltener (gemeint ist wohl epileptisches Irresein). Er spricht die Ansicht aus, daß die Vererbung bei den Geisteskrankheiten der Juden eine besonders große Rolle spiele; wenn dies richtig ist, mag es sich daher erklären, daß das Trinken und andere gesundheitswidrige Gewohnheiten bei ihnen weniger verbreitet sind. Die Ansicht, daß die Prognose der Geisteskrankheiten bei Juden besonders schlecht sei, konnte S. an seinem Material nicht bestätigt finden.

F. von den Velden.

3. **Einige Krankheitsbilder an den Zähnen, in klinisch neuer Beleuchtung.** Von Dr. med. Kleinsorgen-Elberfeld, prakt. Zahnarzt. Sonderabdr. a. d. Deutschen Monatsschr. f. Zahnheilk., 1907, Jahrg. 25, Sept.-Heft. 8 Seiten.

Auf welche Gebiete auch immer biologische Anschauungen hingelangen, so wirken sie befruchtend. Es war hauptsächlich die Aera der bakteriologischen und miskroskopischen Forschung, die, wie in der Gesamtmedizin, so auch in der Zahnheilkunde durch Außerachtlassung des organischen Zusammenhangs der Dinge auf irrige Bahnen führte.

Hierfür gibt K. mehrere Beispiele, von welchen wir die hauptsächlichsten hier auszugsweise anführen wollen:

a) Die mikroskopische Forschung läßt das sogen. Schmelzoberhäutchen als ein Zellrest aus der Geburtsperiode des Zahnes demselben in Gestalt eines leblosen Dauerhäutchens aufliegen. Die Biologie kann ein solches jedoch nur als ein sich abnutzendes und regenerierendes Zirkulationsprodukt des Zahnes gelten lassen, welches es tatsächlich ist.

b) Die mikroskopische Forschung verneinte das Vorhandensein regulär-anatomischer Nervenelemente im Zahne und behalf sich mit der hypothetisch-gezwungenen Definition einer Sensibilitätsübertragung, bis die logische Forderung der Biologie auf Grund eines neueren Nervengesetzes im Verein mit einigen Tatsachen der praktischen Erfahrung den Nachweis feinster Nervenfibrillen im harten Zahngewebe erbrachte.

c) Die Bakteriologie sieht in der möglichst sterilen Mundhöhle die Hauptwaffe im Kampfe gegen die Zahnverderbnis. Die Biologie erkennt wohl die Forderung einer instinktiv sauber gehaltenen Mundhöhle an, sieht aber in der im normal gebildeten und ernährten Zahne liegenden natürlichen Schutzkraft die beste Waffe gegen die Zahnkaries.

d) Die Bakteriologie sieht in der bazillär-eitererregenden Natur der Alveolarpyorrhöe die Ursache dieser Erkrankung. Die Biologie kennt Eiterungen nur als symptomatische Erscheinungen, im vorliegenden Falle als das Symptom einer Stoffwechselerkrankung, welches in erster Linie als Alveolenschwund in die Erscheinung tritt*).

e) Die vorherrschende bakteriologische Strömung hat es überhaupt verschuldet, daß die in der bisherigen einseitigen Form betriebene Zahnhygiene, die sich lediglich auf Zahnziehen, Zahnersatz und mechanische und desinfizierende Reinigung der Zähne und des Mundes beschränkte, heutzutage ihre Unzulänglichkeit bekennen muß und sich nunmehr gezwungen sieht, ihr Augenmerk auch der praktisch-biologischen Seite der Zahnhygiene, vor allem der Schaffung kräftig gesunder Zahnanlagen, zuzuwenden und diese Arbeit als die notwendige Basis einer prophylaktischen Zahnhygiene anzuerkennen.

Nach K., dem Ref. aus seinen Harburger Beobachtungen völlig beipflichten muß, ist nicht Karies das verbreitetste Krankheitsbild an den Zähnen, sondern die Kalkunterernährung oder Subkalzismus, wie K. dieses Krankheitsbild bezeichnet. Der Subkalzismus des Zahnes ist natürlich nur Teilerscheinung der allgemeinen Kalkunterernährung und diese mithin überhaupt wohl die verbreitetste Krankheit des Kulturmenschen. Nach Lebensalter und Geschlecht sind ihre allgemeinen Symptome natürlich verschieden. Ihre ganz spezielle Blüte in den ersten Lebensjahren, wie auch häufig schon intrauterin, ist die englische Krankheit. Mischblüten treibt sie in den Reifejahren, speziell bei der Chlorose und bei den allgemeinen Blutarmutszuständen, vorzüglich auch solchen der Mutterjahre. Als die wirksamste und physiologisch nächstliegende Therapie empfiehlt K. die Ernährung mit organischen Knochensalzen, und zwar von der Fruchternährung an, also bei der schwangeren Frau.

Wir erkennen an diesen Beispielen, zu welchen hygienischen Unterlassungssünden eine einseitig übertriebene Bewertung der Bakteriologie und Mikroskopie führen kann. Beide — an sich wertvollen — Hilfswissenschaften des allgemeinen Naturerkennens erhalten erst ihren wahren Wertstempel aufgedrückt, wenn sie sich der biologischen Führung anvertrauen. Wir vermögen zwar mikroskopisch zu sehen, aber nicht mikroskopisch zu denken, daher müssen wir das im Mikroskop Gesehene stets der Kontrolle biologischer Kritik und biologischen Denkens unterwerfen, sofern wir theoretische und praktische Erfolge haben wollen.

Bei den ersten Anfängen der Karies, der Karies mikroskopika oder inzipiens, wie K. dies Krankheitsbild nennt, welches in einer lokalen, mikroskopisch feinen Porosität der Zahnoberfläche besteht und sich erst später in einem mißfarbenen Flecke erkennen läßt, empfiehlt K. die in vierteljährigen Zwischenräumen wiederholte Politur, und zwar die Oelpolitur des Zahnes, und hält diese für berufen, die bisherige zahnärztliche Tätigkeit um eine höchst wertvolle Verrichtung zu bereichern. Da es in solch kurzen Zwischenräumen nur ausnahmsweise zu sichtbaren Defekten kommt, so wird die regelmäßige Oelpolitur das Krankheitsbild der Karies mikroskopika immer wieder im Keime ersticken, soweit es sich um Stellen handelt, die einer sorgfältigen Politur zugänglich sind**).

Wir möchten die K.sche Arbeit den Schulärzten und Schulzahnärzten ganz besonders dringend ans Herz legen. In ihren Reihen macht sich heutzutage noch solcher Mangel an biologischem Denken bemerkbar, daß man sich der Frage nicht erwehren kann: warum muß in der Hygiene heutzutage mit vieler Mühe und Geld noch immer so viel gesäet werden, was später zum größten Nachteil der Autorität der Wissenschaft doch wieder ausgejätet werden muß? Ein Beispiel dieser Art haben wir ja an der Liebig-Voitschen Ernährungslehre erlebt, welche nie und nimmer in einer biologisch denkenden Zeit hätte entstanden sein können!

Bachmann-Harburg.

4. **Die Stellung des Arztes zur Alkoholfrage.** Von Dr. Wegscheider, Frauenarzt in Berlin. (Nach einem im IX. Berliner Aerzte-Verein am 19. 3. 1908 gehaltenen Vortrage.) Sonderabdruck aus der „Zeitschrift für die ärztliche Praxis“.

Es ist über die Alkoholfrage und die Alkoholabstinenz soviel gesprochen und geschrieben worden, daß wir davon Abstand nehmen zu können glauben, hier noch einmal alles das, was Verf., der selbst seit nunmehr 4 Jahren alkoholabstinent ist, zugunsten dieser vorbringt, zurückzukommen. Erwähnt sei nur, daß W. aus diesem Riesengebiete einen wichtigen Abschnitt, die Stellung der Aerzte zu ihr, herausgreift und es verstanden hat, in der vorliegenden kleinen Schrift die Ergebnisse der wissenschaftlichen Alkoholforschung so kurz und übersichtlich zusammenzustellen, wie wir persönlich es noch nirgends gefunden haben, so daß sie eigentlich für sich selbst sprechen. Allzu großen Hoffnungen, die Kollegen zu bekehren, gibt er sich freilich nicht hin, und in der Tat dürfte der Fall, daß jemand durch Vorlesungen theoretisch dahin gebracht wird, dem Alkohol zu entsagen, zu den seltensten Ausnahmen gehören. Man hört zu, nimmt sich selbst aber von all dem Gesagten aus und überläßt es anderen, die Konsequenzen zu ziehen. In dieser Beziehung sind gerade die nach ihrer Ansicht „Mäßigen“ die Schlimmsten, ebenso wie die Niebetrunkenen, die, wie sie selbst sagen, viel vertragen, während sie es in Wirklichkeit nur ertragen. Häufiger wohl wird man, wie wir selbst seit fünf Jahren, in der Weise „Alkoholiker im Ruhestande“ — (wir haben das Wort irgendwo gelesen), — daß man infolge irgendeines Ereignisses sich vorübergehend des Alkohols enthalten muß und, indem man die Segnungen dieser Enthaltsamkeit am eigenen Leibe verspürt, nachher nicht wieder zu ihm zurückkehrt. Was Wegscheider beklagt, ist, daß gerade unter uns Aerzten die Zahl der Alkoholabstinenten verhältnismäßig so klein ist — von den deutschen Aerzten ist es bisher nur 1%. Da hiernach von der gegenwartig lebenden Generation dieser nicht allzuviel zu erwarten ist, sollten sie wenigstens die Verordnung von Alkohol in der Praxis möglichst einschränken und vor allem nach Kräften dafür sorgen, daß die Kinder ohne Alkohol groß werden, um auf diese Weise ein nicht von ihm durchseuchtes Geschlecht heranzuziehen. (Noch besser freilich, man versuche selbst, ohne Rücksicht auf seinen Weinkeller oder Brauereiaktien!) Den Beweis dafür, daß der Alkohol als Medikament keinen therapeutischen Wert besitzt, insonderheit kein Eiweißsparer ist und daher in der Praxis sehr wohl entbehrt werden kann, liefert W. teils aus der einschlägigen Literatur, teils aus eigener Erfahrung. Zulässig, aber nicht nötig sei der Alkohol als inneres Medikament nur in drei Fällen: 1. Beim Kollaps als Exzitans — auch hier durch Kampfer usw. zu ersetzen; 2. zur Euthanasie als Euphorikum und Narkotikum (zu ersetzen durch Morphium usw.); 3. da, wo die Peitschenwirkung des Alkohols und die Selbsttäuschung über die eigene Leistungsfähigkeit erwünscht ist, also z. B. in der Austreibungsperiode bei sekundärer Wehenschwäche. Die Industrie kommt im übrigen dem Bedürfnis nach alkoholfreien Medikamenten bereits entgegen, so durch Gudes und Helfenbergs Eisenpräparate, Kronen-Hämatogen und Blutan, sowie Athenstadts Athénsa.

Peltzer-Steglitz.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber die therapeutische Verwendung leicht löslicher Schlafmittel aus der Veronalgruppe.** Von Dr. Steinitz. Therapie d. Gegenwart, 1908, Juli.

2. **Jodomenin, ein Jodeiweißpräparat in der Kinderpraxis.** Von Prof. Dr. Cassel. Ibidem.

3. **Ueber unsere Erfahrungen mit Ichthynat „Heyden“.** Von Dr. Nebesky. Med. Klinik, 1908, Nr. 30.

1. Von der Ueberlegung ausgehend, daß leicht lösliche Hypnotika schneller und sicherer ihre schlafmachende Wirkung entfalten als schwerlösliche, und in der Annahme, daß auf der Schwerlöslichkeit mancher Hypnotika, z. B. des Veronals, die z. T. unsichere Wirkung, vor allem die häufig beobachteten unangenehmen Begleiterscheinungen und Nebenwirkungen beruhen, hat Steinitz die in Wasser leicht löslichen Verbindungen der Alkali-

---

*) Fast allgemein verbreitet findet sich eine skorbutartige Zahnfleischerkrankung unter der erwachsenen Bevölkerung der Lüneburger Heide, welche sicher alimentäre Ursachen hat (Mangel an Obst und Gemüse!). Der Ref.

**) Vgl. K.s Arbeit: Immunität der Zähne gegen Karies und Begründung einer natürlichen und künstlichen Immunisierungstherapie. Verlagsanstalt. 19 Seiten.

und Erdalkalimetalle mit der Diaethylbarbitursäure zu Versuchen angewendet, und zwar benutzte er das von der Chemischen Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) hergestellte Mononatriumsalz der Diaethylbarbitursäure, das sog. Medinal. Es ist dies ein weißes kristallinisches Pulver von geringem bitterem und schwach alkalischem Geschmack, das sich in kaltem Wasser im Verhältnis 1 : 5 (Veronal 1 : 145) löst. Da das Mononatriumsalz schwerer ist als die Diaethylbarbitursäure, so entsprechen 0,5 g nur 0,45 g der letzteren. Doch hat sich beim Gebrauch ergeben, daß die geringe Differenz praktisch ohne Belang ist. St. wandte das Präparat innerlich, rektal und subkutan an, im ersteren Falle durch Auflösen des Pulvers in ¼ Glas Wasser. Dabei wirkte es durchschnittlich schneller als das reine Veronal. Störende Nachwirkungen wurden selten beobachtet; ebenso blieben kumulativ toxische Wirkungen aus. Durch Proben mit saurem Magensaft im Reagenzglase wies St. nach, daß das Salz sich ganz oder teilweise unter Einwirkung der Salzsäure in Diaethylbarbitursäure umwandelte, ohne dabei auszufallen; erst bei Aziditäten von mehr als 100 traten Niederschläge auf. Man würde diese umgehen durch Auflösen des Salzes in heißer Flüssigkeit, was Fischer und v. Mering schon für den Gebrauch des Veronals vorschrieben, und worauf die stets gute Wirkung dieses Mittels beruht. Es muß allerdings zugegeben werden, daß diese Vorschrift zu erfüllen für den Laien sehr mühevoll ist, weil eben das Veronal so schwer löslich ist, und seitdem Tabletten verordnet werden, wird es ungelöst eingenommen — daher die oft unsichere Wirkung. Empfiehlt sich also die Anwendung des Derivates unter den genannten Umständen, so ist dies noch mehr der Fall, wenn zur Zeit des Einnehmens im Magen keine oder nur wenig Säure vorhanden ist. Dann wird das Natriumsalz als solches in den Darm befördert und kann rasch resorbiert werden, weil die Umwandlung des Alkalisalzes in die Säure erspart bleibt. Rascher und intensiver war die rektale Applikation des Mittels, zu der das Salz in 5 ccm Wasser gelöst in einer Spritze verabfolgt wurde. In einigen Fällen war der Erfolg auch da ausgezeichnet, wo die innerliche Darreichung versagt hatte. Diese Methode ist bequem und stets reizlos. Ueber die Wirkung der subkutanen Applikation hat St. keine genügenden Erfahrungen sammeln können. Bei seinen Versuchen stellte er jedoch fest, daß die Wirkung weniger eine besonders schnelle, als vielmehr eine besonders intensive war. Bei Aufregungszuständen trat wohl bald eine gewisse Beruhigung, Schlaf jedoch erst nach einigen Stunden ein. Auch hier wurde 0,5 g, gelöst in 2 ccm Wasser (= 25%), gegeben; doch muß die Injektion wegen der Schmerzhaftigkeit intramuskulär gemacht werden. Auf Grund von Versuchen an sich selbst empfiehlt Verf. eine 10%ige Lösung. Dann sind 5 ccm zu injizieren; die Einspritzungen sind aber schmerzlos. Sehr günstig waren die Injektionen bei drohendem Delirium und bei Morphiumentziehungskuren. Noch größer sind die Löslichkeitsunterschiede bei dem Proponal und seiner Mononatriumverbindung. Proponal löst sich in kaltem Wasser im Verhältnis 1 : 1640, sein Mononatriumsalz 1 : 3, unter Erwärmen 1 : 2. Auf der Schwerlöslichkeit des Proponals beruhen die Schattenseiten desselben. Weitere Untersuchungen über das Natriumsalz der Dipropylbarbitursäure wird der Verf. anstellen.

2. Auf Grund von Versuchen an sechs Patienten empfiehlt Prof. Cassel das Jodomenin, eine Verbindung von Jodwismuteiweiß, das er bei Kindern im Alter von 8 bis 10 Monaten und 6 bis 10 Jahren gegen Lues tarda und Bronchitis angewendet hat, und zwar in der Weise, daß die Tabletten zerdrückt und in einem schleimigen Vehikel, kalter Milch oder Limonade, gereicht wurden. Alle Patienten, auch die Säuglinge haben das Präparat anstandslos genommen und gut vertragen; nie zeigten sich schädliche Neben- oder Nachwirkungen. Aeltere Kinder bekamen dreimal täglich eine (= 0,06 Jodkalium), Säuglinge dreimal täglich eine halbe Tablette. Das Jodomenin wird von der Chemischen Fabrik Joh. A. Wülfing, Berlin, in den Handel gebracht.

3. N. hat an der Universitätsfrauenklinik in Innsbruck das Ichthynat Heyden auf seinen Wert geprüft. Dieses Präparat wird ebenso wie das Ichthyol im Tiroler Karwendelgebirge gewonnen und besteht aus fossiler Kohle mit abnorm hohem Gehalt an Schwefel und Wasserstoff. Beide Präparate stimmen quantitativ und qualitativ fast genau überein (v. Hayek). Auch äußerlich weisen dieselben kaum einen Unterschied auf. Daher kommt Verf. zu dem Schlusse, daß das Ichthynat dem Ichthyol an schmerzstillender und mild resorptiver Wirkung gleichkommt und daher für die Fälle von chronisch entzündlichen Vorgängen an den Beckenorganen ebenso wie Ichthyol empfohlen werden kann. Ein Vorzug soll auch die größere Billigkeit sein, da nach Verf. das Ichthynat halb so teuer wie das Ichthyol ist.

Technische Neuerscheinungen.

Ein aseptischer, zerlegbarer Kehlkopfpulverbläser

von Dr. Joseph Eiselt

wird von der Firma R. Détert in Berlin, Karlstr. 9, in den Handel gebracht. Der Vorzug des Apparates gegenüber den bisher üblichen Pulverbläsern für laryngologische Zwecke ist darin gelegen, daß der Apparat in allen seinen Teilen leicht und sicher sterilisierbar ist. Er besteht aus einem hakenförmig gebogenen Kehlkopfröhrchen aus Glas, an welches ein Gummischlauch von ca. 30 cm Länge angefügt wird. Das Kehlkopfröhrchen ist an der Uebergangsstelle zum Gummirohr ca. 1 cm breit innen und außen rauh geschliffen. Dadurch wird das Einbringen des Pulvers erleichtert, man braucht nur das Rohr in das Pulver mit dem rauhen Ende senkrecht einzutauchen und eine genügende Menge des Pulvers bleibt in dem Glasrohr haften. Nun setzt man das Gummirohr auf, welches am anderen Ende das Mundstück trägt. Dieses besteht aus einem

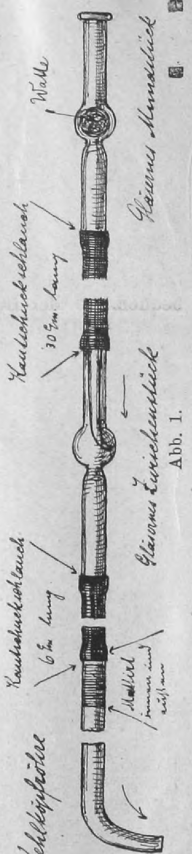


Abb. 1.

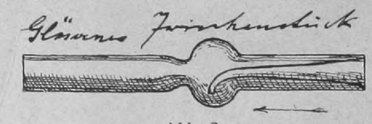


Abb. 2.

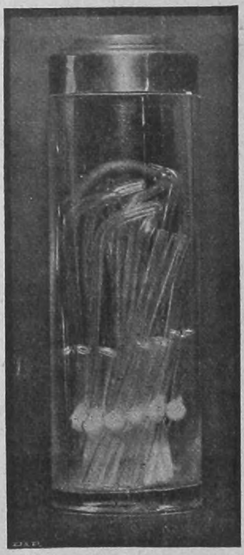


Abb. 3.

konisch verlaufenden Glasrohr, das in seiner Mitte zu einer Kugel ausgeblasen ist. Von der Oeffnung aus bringt man in die Kugel einen kleinen Bausch Watte, welcher dazu dient, daß alles Sekret, Speichelteilchen, Staub oder Bakterien, welche in der eingeblasenen Luft enthalten sind, aufgehalten werden. Dieses Mundstück wird mit dem Gummirohr verbunden, und man kann auf diese Weise den Pulverbläser ohne Sorge durch den eigenen Mund in Bewegung setzen, denn die Luft wird durch die Watte quasi filtriert, indem alle gröberen Beimengungen des Luftstromes aus dem Munde in der Watte haften bleiben. Man kann die Glasröhre auskochen, ebenso den Schlauch. Weiter stehen eine große Anzahl von Mundstücken zur Verfügung, so daß man stets das gebrauchte wieder ersetzen kann. So kann man das Pulver leicht, rasch, ohne Verwendung zu großer Kraft und unter Beachtung aller hygienischen Kautelen in den Kehlkopf des Kranken bringen. Diese neue Konstruktion macht den Pulverbläser zu dem besten, den wir besitzen, und man muß sagen, daß er in jeder Hinsicht den anderen Pulverbläsern vorzuziehen ist. Die einfache Konstruktion ermöglicht auch die Verwendung eines jedesmal neuen Pulverbläsers für jeden Patienten. Die Glasteile dieses Pulverbläsers werden, nachdem sie durch Auskochen in Wasser oder in Dampf sterilisiert worden sind, in einem Glasgefäß in Sublimatlösung oder Alkohol liegend aufbewahrt und sind sofort gebrauchsfertig. Man kann sie auch trocken sterilisieren und trocken in einer Glasflasche aufbewahren. Der Apparat stellt jedenfalls eine sehr brauchbare Verbesserung des Instrumentariums des Laryngologen dar.

W. B. Müller, Berlin.

Aseptisches Impfbesteck.

Nach Dr. Wodtke. (Aerztl. Polytechnik, Heft 4.)

Dasselbe besteht aus einem Metallkästchen mit glatten Wänden, abgerundeten Ecken, welches bequem in der Rocktasche unterzubringen ist. Auf der Innenseite des Deckels befinden sich, durch Metallklemmen gehalten, drei Platiniridiummesser in Metallhülsen, eine Pinzette und eine Klemme zur Aufnahme des Lymphröhrchens. Die untere Hälfte des Kästchens enthält eine flache Spirituslampe mit aufgeschraubtem Deckel und den Lymphbehälter. Dieser besteht aus zwei kreisförmigen, ca. 1 cm dicken Glasplatten von 3 cm Radius, die genau aufeinander geschliffen sind und völlig luftdicht schließen, dabei aber doch glatt seitlich gegeneinander verschoben werden können. Beide sind an der Innenseite leicht konkav geschliffen, so daß sie einen flachen, von der Luft völlig abgeschlossenen Hohlraum in sich bergen, in dem sich drei bis vier kleine Uhrschälchen zur Aufnahme der Lymphe übereinander befinden. Durch eine leicht abnehmbare Metallklemme werden beide Glasplatten unverschiebbar aufeinander gehalten. Da der Apparat nur aus Metall und Glas besteht, kann er im ganzen sowohl wie in seinen einzelnen Teilen sicher sterilisiert werden. Die Füllung des sterilisierten Lymphbehälters geschieht in der Weise, daß nach Abnahme der Klemme die obere Glasplatte seitlich auf der unteren verschoben, das oberste Uhrschälchen mit Lymphe gefüllt und sofort die Glasplatte wieder herübergeschoben wird; dann ist die Lymphe von der äußeren Luft sicher abgeschlossen. Die Entnahme der Lymphe mit dem über der Flamme sterilisierten Platiniridiummesser geschieht gleichfalls durch momentanes seitliches Verschieben der oberen Glasplatte, so daß die Lymphe nur kürzeste Zeit mit der äußeren Luft in Berührung kommt. Nach Beendigung des Impftermins entfernt man das gebrauchte oberste Uhrschälchen mit der Pinzette aus dem Lymphbehälter und bedient sich bei dem nächsten Impftermin des zweiten Uhrschälchens in derselben Weise. M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Panik im Kriege. Von Oberst E. Pfülf. Verlag der Aerztl. Rundschau. 1908. 78 S.

Der Verfasser definiert die Panik als einen ansteckenden akuten Geisteszustand, der sich ohne hinreichende äußere Veranlassung auf Grund von Illusionen entwickelt. Erschöpfung, Hunger und andauernde Gemütsspannung können auch eine geschulte Truppe in einen so explosiblen Zustand versetzen, daß eine Kleinigkeit genügt, um die Panik zum Ausbruch zu bringen, doch verschwindet sie hier rasch, und die Truppe ist bald danach wieder schlagfertig, während eine schlecht vorbereitete und mit den Führern nicht vertraute Truppe durch die Panik dauernd aufgelöst wird. Starke Nerven sind zur Vermeidung dieses Mißgeschicks ebenso wichtig als ausreichende Verpflegung und Vertrauen in die Führung. Daher betont Verf., wie wichtig es ist, daß es dem Menschen schon im Frieden nicht unmöglich gemacht werden darf, gesunde Nerven zu bewahren; er trifft darin mit der Anschauung überein, daß in den modernen Kriegen Sieger bleibt, wer den Eindrücken des Kampfes am längsten zu widerstehen vermag.

Man könnte der Ansicht sein, daß die Panik für den Arzt nur ein theoretisches Interesse habe, man kann sie aber auch bei langdauernden Operationen, bei denen unerwartete Zwischenfälle und besonders immer neue Blutungen auftreten, und bei die Kräfte des Arztes erschöpfenden Entbindungen beobachten. Auch hier bleibt Sieger, wer die stärksten Nerven hat, und wer sie nicht hat, begeht zuweilen die erstaunlichsten Kopflosigkeiten und kann froh sein, wenn ein Assistent die Führerrolle übernimmt.

Zahlreiche Beispiele machen das Heft zu einer interessanten und anregenden Lektüre. M. Peltzer, Steglitz.

Das Heufieber, sein Wesen und seine Behandlung. Von Dr. A. Wolff-Eisner. München. Lehmanns Verlag. Preis ungeb. 3,60 M.

Eine Krankheit, die den meisten Aerzten, in bezug auf Symptomatologie, Ursache oder Therapie unbekannt ist, stellt der gewöhnlich als Heufieber bezeichnete Symptomenkomplex dar. Diese Unwissenheit ist aber völlig entschuldbar, weil die Erkrankung erst in den letzten Jahren in den Vordergrund des Interesses gerückt ist, seitdem man die Theorie von ihrem Zustandekommen allseitig anerkannt hat. Selbst heute, glaube ich, werden die Medizinstudierenden nur wenig damit bekannt gemacht; und das zu Unrecht. Denn ein Leiden, an welchem viele Tausende alljährlich erkranken und welches den Patienten oft in die elendeste Verfassung bringt, verdient unsere volle Aufmerksamkeit und Aufwendung aller zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel.

Mehr Kenntnis über diese Erkrankung in die Aerzte- und auch Laienwelt hineinzutragen, hat sich Verf. zur Aufgabe gemacht; und die Lösung dieser Aufgabe ist als trefflich gelungen zu bezeichnen.

Nach einem geschichtlichen Abriß geht er auf die einzelnen Theorien ein, unter denen die Pollentheorie eingehend gewürdigt ist. Beim Kapitel „Klinisches über das Heufieber“ finden wir schätzenswerte Angaben über die Beziehungen von Heredität und Geschlecht, Rasse, Beruf und Alter zum Heufieber. Alle Einzelheiten sind in Kurven oder Tafeln in zweckmäßiger Anordnung graphisch sichtbar gemacht. Das breiteste und wichtigste Kapitel bildet die Therapie des Heufiebers. Eingehend bespricht Verf. alsdann das Pollantin und die Art seiner Wirkungsweise; auch andere gegen Heufieber empfohlene Mittel sind hinlänglich berücksichtigt. Recht interessant erscheint die Lektüre des Kapitels „Klimatotherapie“, in dem die Vorzüge und Nachteile der einzelnen gegen Heufieber empfohlenen Orte kritisiert werden. Den Rest dieses trefflichen Buches bilden Betrachtungen über die Disposition zum Heufieber und Erklärungsversuche hierfür, ferner finden wir in einem besonderen Kapitel einige Angaben über den Heufieberbund und seine Aufgaben. Unter der Rubrik „Beziehungen des Heufiebers zur Allgemeinheit“ werden die Stellung der Heufieberkranken zu den Aerzten, Militärtauglichkeit und Berufswahl der Patienten sowie die Beziehungen zwischen Heufieber und Ehe behandelt.

Alles in allem dürfen wir ruhig zugeben, daß die Monographie überaus reichhaltig ist und den Herren Kollegen für das Studium des Heufiebers warm empfohlen werden kann.

Bachem-Bonn.

Vergleichende Volksmedizin. Von O. v. Hovorka und A. Kronfeld. Verlag von Strecker & Schröder. Preis 22,40 M.

Von dem interessanten Werke liegt jetzt die dritte Lieferung vor, die den Schluß des ersten (nach Schlagwörtern geordneten) Bandes und einen Teil des zweiten enthält, der die Krankheiten in der herkömmlichen Einteilung abhandelt. Wie die vorhergehenden Abteilungen ist sie mit zahlreichen Abbildungen und einigen vorzüglich ausgeführten Tafeln versehen.

Man blättert mit Vergnügen in dieser Zusammenstellung des Sinns und Unsinns der Jahrhunderte, und wer es noch nicht weiß, wird gewahr, welches ehrwürdige Alter viele abergläubige Prozeduren haben, die noch in Gebrauch sind und mit Nutzen angewandt werden. Denn auch bei Mitteln und Verfahren kommt es weniger darauf an, was sie leisten, als welchen Ruf sie haben — die Leistung findet sich dann schon ein.

Die wenigsten von den phantastischen, willkürlichen und närrischen Volksheilmitteln können natürlich, abgesehen von dem Einfluß dessen, der sie ordiniert und dem Glauben dessen, der sie über sich ergehen läßt, Nutzen stiften. Aber sie beruhigen das Gemüt des Kranken auf eine einfachere und zugänglichere Weise als die heute anerkannten Verfahren, die ja auch zum großen Teil auf nicht mehr hinauslaufen. F. von den Velden.

Antonii Panormitae Hermaphroditus. Lateinisch, nach der Ausgabe von C. Fr. Forberg (Koburg 1824), nebst einer deutschen metrischen Uebersetzung und der deutschen Uebersetzung der Apophoreta von C. Fr. Forberg. Besorgt und herausgegeben von Fr. Wolff-Untereichen. Mit einem sexualwissenschaftlichen Kommentar von Dr. Alfred Kind. Unverkäuflicher Sonderabdruck. Leipzig 1908. Adolf Weigel. Privatdruck. Gedruckt nur für wissenschaftliche Subskribenten.

Forbergs Apophoreta ist für das Studium der Sexualwissenschaft von großem Wert. Zu der Uebertragung von Fr. Wolff-Untereichen hat nun Kind den sexualwissenschaftlichen Kommentar geliefert, der dem Sexualforscher und überhaupt dem Arzte viel des Interessanten bietet, jedenfalls wird so manchem Leser die Lektüre Forbergs nicht nur erleichtert, sondern auch erläutert. Von der Vielseitigkeit kann der Leser sich einen Begriff machen, wenn er erfährt, daß bei Forberg Homosexualität, Bisexualität, Amor lesbicus, Masochismus, Pika, Herrenmoral der Alten, Masturbation, Sodomie, Koitus u. a. abgehandelt wird.

Kind entnimmt seine Anmerkungen den verschiedensten Autoren der Sexualwissenschaft, seine eigenen wertvollen Ansichten dabei mit einflechtend, wobei er in den einzelnen Abschnitten alphabetisch vorgegangen ist. Wenn auch dem Sexualforscher das meiste bekannt, so enthüllen doch viele Anmerkungen, besonders literarhistorische, auch hier manches Neue und Interessante (z. B. S. 367 unter Olisbos u. v. a.). Sehr interessant ist der Abschnitt „Herrenmoral der Alten“ (S. 395 bis 400), der Abschnitt Masturbation ist vielleicht doch ein wenig zu kurz weggekommen. Die Schilderungen der Uebertreibungen der Wirkungen der Onanie sind nicht nur vor über einem Jahrhundert (Hufeland), sondern bis jetzt, bis 1908 fortgesetzt. Ich erinnere nur an das Gemälde, was z. B. Dr. Kreß in seinem Buche „Die Geheimnisse der Zeugung“, Bd. 1, S. 173 ff. (1908), von den Wirkungen des Lasters entwirft, gegen welche Schauermär Hufelands Darstellung noch ein kleines Kind ist.

Jedenfalls ist der Kindsche Kommentar zu den Forbergschen Apophoreta ein sehr nützlicher und wertvoller, der sich vielleicht hier und da doch noch erweitern ließe.

Rohleder-Leipzig.

Obszönitäten. Kritische Glossen von Pierre Bayle. Bearbeitet und zeitgemäß erweitert von Dr. Alfred Kind. Beiträge zur Geschichte des menschlichen Sexuallebens. Band 2. Willy Schindler, Verlag, Wilmersdorf-Berlin, Motzstr. 51. Preis 2 M.

Das Buch ist eine freie Uebersetzung von Bayles Abhandlung: „Sur les obscénités“, eines Nachtrages des gelehrten „Dictionnaire historique critique“ dieses Verfassers aus dem Jahre 1697. Eine Uebersetzung, wohl aber unbrauchbar, ohne das Original nicht verständlich, erschien in der von Gottsched veranstalteten Uebersetzung des Bayleschen Wörterbuches, Band 4, 1744.

Kind, ein in der Literatur der Sexualwissenschaft wohlbewanderter Kollege, hat es unternommen, uns hier eine Uebersetzung oben genannter Bayleschen Abhandlung zu geben, für die wir ihm zu vollem Dank verpflichtet sind, denn sie gibt uns in freier, derber, bisweilen etwas sehr drastischer, darum aber um so packenderer Form ein Bild von der Schlagfertigkeit, mit der Bayle die Dunkelmänner und Denunzianten gegen die Sexualschriftsteller abfertigt. Die Lektüre ist ein geistiger Genuß, kann aber temporibus mutatis gleich als eine scharfe, aber gerechte Kritik gegen die „Sittlichkeitsmeier“ und literarischen Unzuchtschnüffler unserer Zeit gelten.

Am Ende der Arbeit gibt Kind (vide Heft 2 der „Blätter für Bibliophilen“) eine Definition von obszön. „Obszön ist alles, was geeignet ist, die eingeborene oder erworbene Reaktionsfähigkeit des Menschen physiologisch zu reizen“, eine Definition, die m. E. etwas zu weit gefaßt ist, da es ungemein schwierig halten dürfte, auf dem Gebiete der Erotik eine physiologische Grenze zu ziehen.

Daß Humor und beißende Sarkastik hierbei auf ihre Rechnung kommen, brauche ich wohl nicht erst zu erwähnen.

Rohleder-Leipzig.

ALLGEMEINES.

Für den kurzfristigen Zyklus unentgeltlicher Fortbildungskurse in Berlin (vom 19. bis 31. Oktober) gelangt soeben das Teilnehmerheft zur Ausgabe. Der erste Abschnitt umfaßt das Kursprogramm, den Arbeitsplan und die Ausweise. Der zweite Abschnitt ist ein Wegweiser für den in Berlin fremden Arzt, der hier alle für seinen Aufenthalt in der Reichshauptstadt erforderlichen Hinweise in übersichtlicher Anordnung findet (Wohnung, sämtliche medizinischen und hygienischen Institute, Verkehrswesen usw.). Der dritte Abschnitt ist eine Zusammenstellung der Vergünstigungen, welche den Teilnehmern in den Berliner Theatern während der ganzen Dauer des Zyklus gewährt werden. An der Veranstaltung kann jeder deutsche Arzt gegen Erlegung einer Einschreibegebühr von 15 M. teilnehmen. Meldungen sind zu richten an das Kaiserin Friedrich-Haus (z. Hd. des Kassierers Herrn O. Zürtz, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2/4.

Knappschaft und freie Arztwahl. Die vor kurzem im Reichsversicherungsamt abgehaltene Konferenz weckte die Erinnerung an ein Vorkommnis, aus dem hervorgeht, mit welch mangelndem Verständnis die für Kranke, Kassen und Aerzte gleich wichtige Frage der freien Arztwahl von Leuten beurteilt wird, die bei deren Entscheidung mitzuwirken haben:

In Nr. 501 des Aerztlichen Vereinsblattes wurde von einer Generalversammlung des Allgem. Deutschen Knappschaftsverbandes in Berlin berichtet, auf der der Knappschaftsälteste Bloch, ohne rektifiziert zu werden, folgenden blühenden Unsinn produzieren konnte:

„Die Einrichtung, daß wir Mitglieder uns einen innerhalb eines Umkreises von 4 km wohnenden Knappschaftsarzt frei wählen können, hat dahin geführt, — daß das Verlangen nach freier Arztwahl geschwunden ist, und ich muß sagen, daß ich Gegner der freien Arztwahl bin.“ — Er ist also gleichzeitig Freund und Gegner der freien Arztwahl. Was er sich unter ihr vorstellt, ist unerfindlich. Wer über diese Frage mitreden will, der sollte aber doch nachgerade darüber orientiert sein, daß man unter freier Arztwahl das Recht zu verstehen hat, sich unter den in dem betr. Bezirk ansässigen Aerzten, die sich mit den Kassenbedingungen einverstanden erklärt haben, einen auszusuchen. Esch.

Bad Harzburg. In den Bädern ist Hochsaison. — Die große Völkerwanderung aus den Großstädten in die Sommerfrischen etc.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

hat begonnen. Auch das idyllisch am Nordharz gelegene Bad Harzburg hat seine alte Anziehungskraft für Erholung Suchende behalten, ein Strom von Gästen ist eingekehrt, über 20000 nach der letzten amtlichen Kurliste, um sich zu erholen oder sich zu amüsieren. Trotz dieser hohen Frequenz ist an guten und preiswerten Wohnungen niemals Mangel; selbst jetzt in der Hochsaison ist immer reichlich Angebot in Wohnungen und infolgedessen sind die Preise so niedrig, daß es wohl jedem möglich ist, einige Wochen in Bad Harzburg zu wohnen. Ueber die Wohnungs- und Pensionspreise gibt das vom Herzoglichen Badekommissariat herausgegebene Wohnungsverzeichnis erschöpfende Auskunft. Dieses sowie einen reich illustrierten Prospekt können unsere Leser kosten- und portofrei vom Herzoglichen Badekommissariat beziehen.

Für **die diesjährige VIII. ärztliche Studienreise**, die unter der Führung des Geheimen Medizinalrates Professor Dr. A. von Strümpell-Breslau von Hamburg ausgehend Ostende, Isle of Wight, San Sebastian, Madeira, Teneriffa, Tanger und Lissabon besucht, haben Vorträge bereits zugesagt: Geheimrat Professor Dr. A. v. Strümpell-Breslau, Medizinalrat Professor Dr. Nocht-Hamburg, Professor Dr. Lenhartz-Hamburg, Professor Dr. Strauß-Berlin, Professor Dr. Hammer-Heidelberg, Professor Dr. Felix Francke-Braunschweig, Professor Dr. Pannwitz-Berlin, Oberstabsarzt Dr. Bassenge-Berlin, Dr. A. Laqueur-Berlin, Privatdozent Dr. Keller-Charlottenburg-Berlin.

Die Reise beginnt am 1. September in Hamburg und endet am 25. d. Mts. ebendaselbst.

Der gecharterte Dampfer „Ozeana“ ist bereits voll besetzt und können nur noch Vormerkungen auf event. frei werdende Plätze angenommen werden. Anfragen sind zu richten an das „Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen“, Berlin NW., Luisenplatz 2/4.

Aerztliches Fortbildungswesen in Berlin. An das „Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen“ sind in letzter Zeit mehrfach Anfragen gerichtet, ob neben dem kurzfristigen Kurszyklus vom 19. bis 31. Oktober auch die sonst veranstalteten Vorträge und Kurse stattfinden werden. Mit Bezug hierauf ersucht uns das Zentralkomitee um die Mitteilung, daß (unabhängig von dem genannten kurzfristigen Kurszyklus) im Herbst ein Zyklus von 12 Vorträgen über die Ernährungsbehandlung und ferner während des Wintersemesters wie bisher Semestralkurse über sämtliche klinische Disziplinen stattfinden werden. Obwohl bei dem kurzfristigen Zyklus im Oktober die Teilnahme den Berliner Aerzten nicht verwehrt ist, so nimmt doch das Zentralkomitee an, daß sich an diesen Kursen, die während 14 Tagen die Zeit des Hörers an sämtlichen Tagesstunden in Anspruch nehmen, vorwiegend auswärtige Kollegen beteiligen werden, die eigens zu diesem Zwecke nach Berlin kommen. Hingegen sind die Vorträge über Ernährungsbehandlung und die winterlichen Semestralkurse, bei denen jede Disziplin einmal wöchentlich vorgetragen wird, wie früher ausschließlich für die Aerzte von Berlin und Provinz Brandenburg bestimmt. Das definitive Programm letzterer Vorträge und Kurse gelangt Anfang September zur Veröffentlichung.

Berlin. Das Großherzoglich-hessische Polizeiamt Darmstadt erläßt vor den Geheimmitteln des Dr. med. Hey „Rad-Jo“ und „Lactor-Generator“ folgende Warnung:

Von einer Hamburger Firma werden in neuerer Zeit zwei Geheimmittel in Verkehr gebracht und durch Veröffentlichung von Heilberichten angepriesen, vor denen dringend gewarnt werden muß.

1. Dr. med. Heys „Rad-Jo“, angeblich dem Arzneischatz der Indianer entstammend, wird als Mittel zur Herbeiführung einer raschen und schmerzlosen Entbindung sowie zur Verhütung von Fehl- und Frühgeburten angepriesen. Es besteht nach dem Gutachten der Großh. Badischen Lebensmittelprüfungsstation zu Karlsruhe im wesentlichen aus dem Fruchtbrei der Tamarinde und ist nichts anderes als ein Abführmittel.

2. Dr. med. Heys „Lactor-Generator“, angeblich der ausgepreßte Saft einer seltenen westafrikanischen Pflanze, der bei den Negern mit „zauberhaftem“ Erfolg zur Beförderung der Milchabsonderung stillender Mütter angewendet wird, ist nach Feststellung des Botanischen Instituts zu Hamburg ein Kalksalze enthaltender, alkoholischer Auszug aus einer in Afrika verbreiteten Pflanze (Kalanchoe), der eine andere als eine hautreizende Wirkung nicht besitzt.

Wer sich eingehender unterrichten will, lese die in der kürzlich erschienenen Nr. 652 des „Aerztlichen Vereinsblattes für Deutschland“ voröffentlichten Abhandlungen von Dr. C. Reissig in Hamburg über: „Dr. med. Heys Mittel Lactor-Generator und Rad-Jo“. (Apoth.-Zeitg., 1908, Nr. 36.)

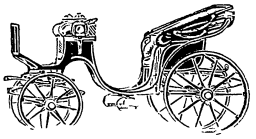
F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.

NATÜRLICHES **KARLSBADER** SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C. 2/28.

Rhachisan
Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.
Bestandteile:
Ol. Jecoris Aselli . . . . 30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . 1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) 15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)
Corrigentia und Wasser . . . . ad 100
Proben und Literatur gratis!
Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate



Hugo Scheidt Lemgo i. Lippe
Fabrik f. Luxus- u. Gebrauchswagen.
Spezialität:
Wagen für Ärzte.
Offerten bereitwilligst.

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!
◇ **Nettelbeck's** ◇
Braunschweiger MUMME
Den Herren Aerzten Prospekte und Proben gratis und franko.
man verlange stets
Marke **H. C. F.**
Braunschweiger Mumme-Brauerei
H. C. F. Nettelbeck G. m. b. H
Braunschweig, Beckenwerkerstr. 26.

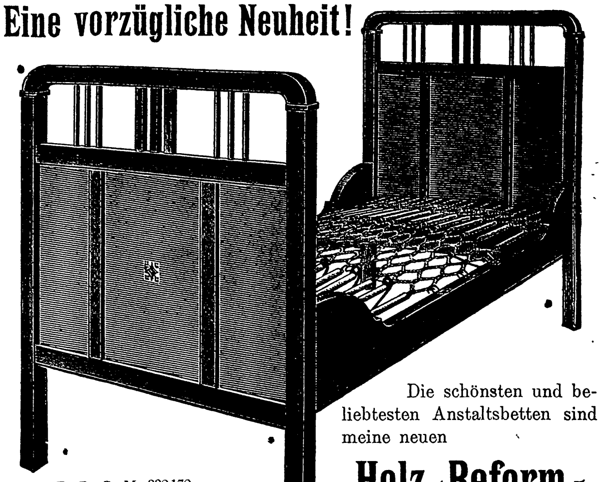
Prof. Dr's **Soxhlet's**
Nährpräparate:
Nährzucker u. verbess. **Liebigsuppe**
in Pulverform in Dosen von 1/2 kg Inh zu 1 50 M
Nährzucker-Kakao in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von 1/2 kg Inhalt 1,80 M.
Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von 1/2 kg Inhalt 2 — M.
Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial
Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"
Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St.
Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à 1,20 M für Erwachsene und 0,80 M. fur Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhaltlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Eine vorzügliche Neuheit!



D. R. G. M. 332172.
Prospekte mit Preisen und näherer Beschreibung auf Wunsch
Die schönsten und beliebtesten Anstaltsbetten sind meine neuen
Holz-Reformbettstellen
(Konstruktion patentamtl. geschützt)
in direkter Verbindung mit Stahlmatratzen. Dieselben werden in allen Farben **poliert** geliefert und sind trotzdem nicht teurer als gewöhnliche gestrichene Bettstellen. Durch Verwendung von Messingstäben und Messingpaletten erhalten dieselben ein elegantes Aussehen. Für bessere Institute sind die Bettstellen vorzüglich geeignet, da deren Insassen meistens nicht gewohnt sind, auf Eisenbetten zu schlafen und diese als etwas Minderwertiges ansehen.
Fritz Brune, Reformbetten- und Polsterwarenfabrik, **Hameln a. Weser.**

Spinnerei, Weberei und Strickerei
Zur Lust bei Hameln.
Wollene **Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen** liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen
Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.
Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.
Berlin, Greifswalderstraße 140.

Hartglasplatten zur Verglasung von
Unruhigen- und Tobzellen,
sowie für **Beobachtungsfenster**
infolge ihrer grossen Widerstandsfähigkeit
unbedingt zuverlässig,
bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche,
liefert **unter Garantie** billigst
Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin. P. Gerber, Königsberg.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
R. Kobert, Rostock. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 6. September 1908. Nr. 36.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Miszellen aus der französischen Geburtshilfe.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Schluß.)

B. Der écarteur utérin Tarnier.

Im Jahre 1888 konstruierte Tarnier ein Instrument, welches dazu dienen sollte, durch Reizung des unteren Uterussegments Wehen hervorzurufen behufs Einleitung einer Frühgeburt, sowie zur Neuerregung von Wehen bei zögernd verlaufenden Entbindungen. Obwohl andauernd eifrig nach wehenanregenden Mitteln gesucht wird, hat das Instrument bisher keinen Anklang gefunden. Ueberzeugt von dem Wert des in einer Art abgeänderten Instrumentes, will ich in nachfolgendem für dasselbe eine Lanze brechen.

Der Ecarteur, dessen Abbildung man in jedem größeren Instrumentenkatalog findet, ähnelt in seiner ursprünglichen und besten Form dem bekannten Handschuherweiterer, nur muß man sich die beiden Arme auseinandernehmbar denken und jeden am oberen Ende versehen mit einer kleinen Platte, die unter einem Winkel von ungefähr 120° nach außen abbiegt. Diese Plättchen haben eine Länge von 27 mm, eine Breite von 20 mm; sie sind an der oberen Seite konkav und nach außen abgerundet. Späterhin fügte Tarnier einen dritten, alsdann noch einen vierten Arm hinzu. Kaufen kann man bei uns nur ein dreiarmiges Instrument; gebraucht werden jedoch nur zwei von den Armen.

Die Anwendungsweise war folgende: Jeder der beiden Arme wurde für sich durch den Muttermund eingeführt. Die Blättchen legten sich dann wie die Löffel einer Zange an den Kindskopf, während die konvexe Seite auf dem unteren Uterinsegmente ruhte. Nachdem in einem Schloß die Arme in der Mitte vereinigt waren, legte man um die außen hervorragenden Stiele Kautschukringe in gespanntem Zustande, die durch ihr Bestreben, sich zusammenzuziehen, die äußeren Enden einander näherten und somit die inneren samt den Zervixwänden auseinanderdrängten, wodurch Wehenreize ausgelöst werden sollten.

Tarnier wollte also den physiologischen Reiz, sonst durch Fruchtblase oder vorliegenden Kindesteil hervorgerufen, durch sein Instrument hervorbringen. Und zwar wollte er es in unsere Gewalt geben, durch Verminderung oder Verstärkung des Druckes der elastischen Bänder die Reizwirkung zu beherrschen.

Der Gedanke ist offenbar genial, und doch wird das Instrument kaum noch benutzt. Woran liegt das? Hielt das Instrument nicht, was man sich von ihm versprach, oder welche Gründe lagen sonst vor? Der Verfasser will versuchen, diese Fragen zu beantworten.

Zunächst beging Tarnier den Fehler, das Instrument umständlicher zu gestalten durch Hinzufügung eines dritten und vierten Armes. Die Absicht dabei war, den Druck gleichmäßiger auf die Zervix zu verteilen. Die Handhabung aber wurde dadurch äußerst erschwert.

Ferner war die Spannkraft der Gummiringe nicht genügend regulierbar. Das war bis heute der ausschlaggebende Fehler. Nimmt man aber des Verfassers einfaches Verfahren an, so wird der Fehler ausgemerzt und das Instrument für den Unerfahrensten verwendbar.

Zum dritten wurde der eigentliche Zweck der Erfindung alsbald völlig verkannt. Sie sollte ein physiologisch wirkendes Reizmittel abgeben und wurde statt dessen benutzt, um mechanisch die Zervix zu dehnen. So ist auf diesem Irrwege vor Jahren, ehe es den Bossi gab, der Verfasser in den Besitz eines Ecarteur gekommen, um damit bei Eklampsie Zervixdehnungen vorzunehmen. Später ruhte dann — leider muß ich sagen — Jahre hindurch das Instrument friedlich in einer Schublade, bis ein Notfall es mir in die Hand zwang vor kurzer Zeit.

Also, welchen Wert hat das Instrument nun?

Nach Angaben der Franzosen kann man es wohl benutzen zur Einleitung einer Frühgeburt. Budin gibt unter neun Versuchen sieben Erfolge an. Die Sache ist aber für den Praktiker nicht empfehlenswert, weil man, um sicher Druckbrand zu verhüten, die Lage des Ecarteur zweistündlich ändern solle. Budin empfiehlt daher, erst Bougies einzulegen und nur bei zu langsam fortschreitender Entbindung mit dem Ecarteur nachzuhelfen.

Solch ein Fall zwang mich vor einigen Monaten, das Instrument anzuwenden. Es handelte sich um eine Erstgebärende mit Schwangerschaftsniere. Die Frau war ihrer Rechnung nach vier Wochen vor dem Termin in Behandlung gekommen. Anfangs nahmen Eiweißmenge und Oedem unter Milchdiät usw. ab; jedoch nach 14 Tagen stiegen beide wieder schnell an. Schließlich schwollen die Hände, und der Puls wurde stetig kleiner. Bei so unheimlichem Verlauf entschloß ich mich, zumal die objektive Untersuchung sagte, daß die Frau sich um einen Monat in ihrer Rechnung irre, die Entbindung einzuleiten.

Zu meiner Ueberraschung ergab sich bei der erneuten Untersuchung, daß das Fruchtwasser inzwischen langsam abgeflossen war, ohne daß die Frau es bemerkt hatte. Die Zervix war noch $^1/_2$ cm dick und mühsam für zwei Finger durchgängig. Kopfeinstellung war vorhanden. Trotzdem der Reizeffekt der Bougies unter solchen Umständen zu bezweifeln war, wurden notgedrungen zwei dicke Nummern eingelegt.*) Nur leichte Wehenschmerzen stellten sich ein, und dem entsprechend geringfügige Oeffnung, während in den nächsten 24 Stunden die Hände sichtbar weiter schwollen. Was also tun? Man konnte erstlich abwarten und „hoffen", daß keine Krämpfe kommen würden und die Entbindung „hoffentlich" in einigen Tagen von selbst sich erledigen würde. Sonst hätte man in Narkose einen Ballon Champetier einführen oder den Bossi anwenden müssen, wenn man den Krämpfen sicher zuvorkommen wollte. Da fiel mir der Ecarteur ein! Zwei Arme wurden eingelegt und durch Handdruck so weit auseinandergepreßt, als die Frau es ertragen konnte. Ich ließ die Hebamme den Ecarteur in dieser Stellung festhalten und schlang einen dünnen Gummischlauch in leichter Spannung zweimal um die Stiele herum, so daß die gewünschte Spannung erhalten blieb. Festklemmung durch Kornzange. Erfolg: im selben Augenblick setzten starke Wehen ein. Nach vier Stunden wurde mit leichter Zange ein tief betäubtes, nicht ausgetragenes Kind entwickelt, welches nach langen Bemühungen zum Leben gebracht wurde. Der hohe Grad der Gefahr wurde durch den Zustand des Kindes erhärtet. Mutter und Kind befinden sich wohl.

Die bekannte Duplizität der Fälle spielte mir zwei Tage nach dieser Entbindung einen Geburtsfall mit der zweiten Indikation für den Ecarteur in die Hände. Es war eine jener unangenehmen Entbindungen, wo wir, meist 24 Stunden nach Wehenbeginn, gerufen werden, weil es „nicht vorwärts gehe". Die Hebamme „hat schon alles gemacht". Die ganze Familie wachte die Nacht hindurch und ist erschöpft; die Kreißende „kann es nicht mehr aushalten". Dabei ergibt die Untersuchung, daß der Muttermund kaum sich zu öffnen beginnt. Sorgt man nicht für ein Schlafmittel, wird man unfehlbar in der nächsten Nacht unnütz geholt. Auch der nächste Tag und die folgende Nacht verstreichen, während die Wehen bald einsetzen, bald wieder erlahmen. Endlich kann der Arzt am dritten oder vierten Tag die Zange anlegen und damit den Hauptbeteiligten und sich selbst Ruhe schaffen.

Um einen derartigen Geburtsvorgang handelte es sich. Die Frau, eine Mehrgebärende, kreißte schon drei Tage, als ich zuerst gerufen wurde. Am vierten Tag war kaum eine Aenderung eingetreten. Das Wasser war längst abgeflossen. Der Muttermund, nicht scharfrandig, war für zwei Finger knapp durchgängig. Gern nahm die Frau den Vorschlag der Ecarteuranwendung an.

Zu meiner Enttäuschung traten nicht, wie im ersten Fall, sofort Wehen ein. Aber beim nächsten Besuch — fand ich die Entbindung längst beendet! Denn gerade beim Fortgehen hatten heftige Wehen eingesetzt, und $1^1/_2$ Stunden später wurde das Kind geboren.

Fall III kam zwei Monate später zur Behandlung. IX para, 31 Jahre alt, 8 Spontangeburten, verliert an einem Sonnabend das Fruchtwasser bei talergroßem Muttermund. Völliges Aufhören der Wehen. Am folgenden Dienstag wird der Arzt geholt. Befund: sehr schwächliche Frau; Kind in Schädellage; Muttermundrand sehr dick und völlig unnachgiebig. Nach Einlegung des Ecarteur treten im selben Augenblick Wehen ein und dauern zwei Stunden. Dann hörten sie wieder völlig auf. Dies war aber nicht etwa ein Mißerfolg, sondern die Spannkraft des Gummischlauches war völlig ausgenutzt! Dessen Reiz fehlte und die frühere Trägheit der Gebärmutter stellte sich wieder ein. Beim Befunde ergab sich nunmehr ein sehr weicher, weit dehnbarer Muttermund, so daß die Sache jetzt durch eine leichte Zange beendet werden konnte, während unter ungünstigeren Verhältnissen einfach die Spannung hätte erneut werden müssen.

Ueber weitere Erfahrungen kann ich leider noch nicht berichten. Vergleicht man aber die Angabe von Budin, wo unter neun Frühgeburtseinleitungen ohne jegliche Vorbereitung sieben Erfolge waren und zwar in so kurzer Frist, daß durchschnittlich der ganze Geburtsvorgang in 15 Stunden sich abspielte, so wird man zugeben müssen, daß an einen glücklichen Zufall bei den drei oben geschilderten Entbindungen nicht zu denken ist. Das Instrument wirkt ja auch theoretisch richtig durch Reizung des unteren Uterinsegments.

Nachdem die Unvollkommenheit und Nichtregulierbarkeit der ursprünglichen Gummiringspannung (man erhält beim Kauf des Instrumentes zwei beliebige Ringe) nunmehr beseitigt ist auf die einfachste Weise, kann man ohne Bedenken das Instrument einlegen, denn eine Ueberwachung ist nicht nötig, weil bei einer Erweiterung des Muttermundes über Handtellergröße der Ecarteur keinen Halt mehr findet und herausfällt. Ferner ist eine Verletzung undenkbar, weil in den Fällen, wo das Instrument vorläufig nur gebraucht werden soll, die Zervix schon eine gewisse Weite und Weichheit hat. „Vorläufig" sagte ich, denn nun könnte die Frage, ob nicht das Instrument überhaupt primär als Wehenerreger behufs Frühgeburtseinleitung benutzt werden darf, noch einmal geprüft werden. Wenn Druckbrand beobachtet ist bei einer nicht regulierbaren Spannung, so ist noch nicht bewiesen, daß er auftritt bei leichter Einwirkung. Je enger in der Zervix die Löffelchen aneinanderliegen, je weiter stehen die äußeren Stiele auseinander. Die herumgelegten Ringe befinden sich also zunächst in starker Spannung mit entsprechender Druckwirkung innen. Allmählich pressen sie die äußeren Stiele mehr zusammen und demgemäß läßt ihre Spannkraft nach. Wie unvollkommen ein solcher Vorgang wirken muß, ist klar. Können wir aber die Kraftwirkung beliebig regeln, so ergeben sich vor den Ballons doch große Vorteile. Der Sekretabfluß wird nicht gehindert, die Sterilisierbarkeit ist tadellos, ein plötzliches Entzweigehen ist nicht zu fürchten. Vor allem ist die Einführung stets leicht. Mag das Fruchtwasser abgeflossen sein, der Kopf vorliegen, eine empfindliche Frau pressen — stets ist das Einlegen schnell besorgt. Wer eine gleichmäßigere Druckverteilung wünscht, kann nach einiger Erweiterung auch noch den dritten Arm einführen.

Zunächst müssen wir uns allerdings fragen: dürfen wir überhaupt bei einfacher Wehenschwäche instrumentell eingreifen? Bei Frühgeburtseinleitung ist wegen dringender Notlage jedes ungefährliche Hilfsmittel erlaubt. Eine Gefahr durch Wehenschwäche aber ist mir allerdings unter vielen Dutzend Fällen nur einmal vorgekommen. Am siebenten Tag nach Fruchtwasserabfluß trat Fieber auf, welches zum Tode führte. Einige beunruhigende Nachblutungen durch Atonie wurden außerdem beobachtet. Es muß demnach nicht gerade sein, daß man derartig verlaufende Entbindungen beschleunigt. Wenn man es aber gefahrlos tun kann, wird zweifellos der Frau und allen sonst Beteiligten eine Wohltat erwiesen. Es dreht sich demnach noch um die Frage, ob absolute Asepsis beim Einführungsakt des Ecarteur gewahrt werden könne. Die erste Einführungsmöglichkeit, mit Hilfe der Specula aseptisch vorzugehen, ist nicht immer zu verwirklichen. Gleich im ersten Fall scheiterte mein Versuch, weil der Muttermund ganz nach hinten sah. Daher wurde einfache Einführung auf den Fingern vollzogen. Wem dies Verfahren nicht ausreichend erscheint, mag erst die Finger einlegen, darauf ein weites Irrigatorrohr und nun durch den rückfließenden starken Strom sterilisierten Wassers hindurch die Ecarteurarme hochbringen und in den Muttermund leiten. Damit wäre die Asepsis auf einfachste Art gewährleistet. Jedenfalls dürfte ein solcher Eingriff weniger gefährlich sein als die durch das qualvolle Hinziehen eintretende Erschöpfung der Frau in Verbindung mit den Infektionsgefahren durch die wiederholten Untersuchungen.

Praktisch liegt die Sache einfach. Derjenige Arzt, welcher eine schleppend verlaufende Entbindung mit der Zange abkürzt, nur um die Frau einige Stunden eher zu erlösen, wird auch den Ecarteur zum selben Zweck einlegen. Außerdem sieht man immer wieder, daß Wehenschwäche primär sehr selten ist. Meist tritt sie sekundär auf durch frühzeitigen

---

*) Anderes ließ sich bei der empfindlichen, ungebärdigen Frau ohne Narkose nicht tun.

Wasserabfluß, schlechte Kopfeinstellung, Kindesgröße. Mich wenigstens hat die Erfahrung sehr mißtrauisch gemacht gegen die Behauptung, „die Wehen sind zu schwach". Das Warum braucht man meistens nicht lange zu suchen. Haben wir also tatsächlich mit abnormalen Zuständen zu tun und können ihnen eine harmlose Abhilfe entgegensetzen, so sind wir dazu verpflichtet, nicht nur berechtigt. Der Einwand, schließlich gehe die Entbindung ja doch von selbst gut aus, ist ganz verkehrt. Es ist eine Grausamkeit, eine Kreißende unnütz sich viele Stunden quälen zu lassen.

Wenn normalerweise eine erste Entbindung 12 bis 24 Stunden dauert, eine folgende 6 bis 12. so ist jede Stunde weiterer Dauer abnormal. Mögen die Wehen primär oder sekundär ungenügend sein, ganz gleich, es liegt ein pathologischer Zustand vor. Wer das für eine Stunde Zeitdauer noch nicht gelten lassen will, muß es mindestens für 12 bis 24 Stunden zugeben. Mir kommt es nicht auf die genaue Stundenzahl an, sondern auf den Hinweis, daß dies Hinschleppen nicht natürlich ist! Dann ist aber auch ein Eingriff geboten, wenn er, ohne zu schaden, abkürzend wirkt.

C. Pinards Handgriff.

Möglicherweise wird in neuesten Auflagen unserer Lehrbücher dieser Kunstgriff erwähnt — als älterer Arzt kann man nicht alle Neuauflagen kennen —. da ich selbst aber diesen Griff aus französischen Büchern erst erlernte sowie alsdann Gelegenheit hatte zu sehen, daß vier Kollegen in mittleren Lebensjahren ihn nicht kannten, so möge diese Vorbemerkung zur Entschuldigung dienen bei denjenigen Lesern, die nur ihnen schon Bekanntes finden.

Was ist zu tun, wenn man aus irgendeinem Grunde bei Steißlage die Geburt beschleunigen will? Bisher ist es mir noch immer, wie auch Pinard es angibt, gelungen, entweder durch Einhaken der Zeigefinger oder Mittelfinger von vorn und hinten in die vorliegende Hüfte den Steiß herauszubefördern, oder ich vermochte noch einen Fuß herabzuholen. Ein durch die dira necessitas der Unmöglichkeit entscheidenden Handelns gebotenes Abwarten bei eröffnetem Muttermund ist mir dank Pinards Handgriff noch nicht vorgekommen.

Für den Allgemeinpraktiker ist diese Möglichkeit, einen jeden Fall, wenn die Geburtswege eröffnet sind, sofort erledigen zu können, äußerst wertvoll. Ich gebe zu, daß es im Interesse der Kinder in einer Anzahl Fälle vielleicht besser gewesen wäre, noch Stunden abzuwarten, ob nicht doch die Wehen den Kindeskörper tiefer herabpreßten und ein In-die-Höhe-schlagen der Arme vermieden würde. Eine Frau habe ich jedoch durch meine Eingriffe in weit über hundert Fällen nicht verloren. Einige Kindesarme sind gebrochen und wieder geheilt. Der Praktiker kann eben nicht beliebig warten. Zugegen muß er sein, wenn das Kind bis zum Nabel geboren ist. Er hat aber stets noch andere Kranke in Behandlung, die mit demselben Recht Anspruch auf seine Hilfe machen wie der neue Weltbürger. Er kann also nur ein Verfahren einschlagen, welches nach Möglichkeit allen gleichmäßig gerecht wird. Im Krankenhaus, wo wenigstens ein Assistenzarzt immer zugegen ist, kann man warten, draußen eben nicht, wenigstens nicht unberechenbare Stunden. Die Armbrüche sind natürlich nicht bei den weiten Becken vorgekommen, sondern in den schwereren Fällen, wo mechanische Hindernisse sie hervorriefen. Gerade in diesen Fällen wäre der Steiß beim Warten in einem Teil der Fälle nicht tiefer getreten und in anderen erst nach vielen Stunden. Immer wird bei der Empfehlung des Wartens nicht genügend berücksichtigt, daß bei günstigen Verhältnissen das Herabholen eines Beines selten schaden wird, die alsdann nötige Armlösung leicht sein wird; daß bei ungünstigen Gesamtverhältnissen hinwieder die Pflicht besteht, eine Möglichkeit zu schaffen, die Entbindung in absehbarer Zeit zu beenden. Für die Stadt- und Dorfpraxis gilt dies unbedingt. Das Abwarten bei unberechenbarem Verlauf wäre der größere Fehler. Einen anderen Standpunkt kann der vielbeschäftigte Allgemeinpraktiker meines Erachtens nach nicht einnehmen.

Ohne noch weiter auf einzelne Indikationen einzugehen, wollen wir uns zur Schilderung des Verfahrens wenden.

Vorbedingungen sind: 1. der Muttermund muß erweitert sein, 2. das Kind muß leben, 3. es darf kein Tetanus uteri bestehen.

Der Muttermund muß schon weit sein, weil stets die ganze Hand, nicht nur zwei Finger gebraucht werden. Totes Kind und Tetanus uteri bedingen Anwendung des stumpfen Hakens.

Wenn es nun einmal nicht gelingt, Hacke und Knöchel zu fassen, was besonders vorkommen kann, wenn der Bauch des Kindes nicht nach einer Seite, sondern gerade nach vorn oder hinten schaut, so kann man indirekt den Fuß herableiten durch das von Pinard angegebene Verfahren, die Beuger des Unterschenkels mittels Fingerdruckes zu verkürzen und damit den Unterschenkel herabzubeugen.

Man führt in Rückenlage der Frau eine Hand zunächst ganz in die Scheide. Nehmen wir einmal an, der Bauch des Kindes sehe halb nach hinten, halb nach der linken Seite der Frau. Dann liegt das rechte Bein des Kindes mehr nach vorn. Stets suche man das vordere Bein herabzuholen. In unserem Falle führe man die rechte Hand, die mit der Volarseite gegen den Bauch des Kindes gerichtet ist, langsam in den Uterus hinauf am rechten Oberschenkel entlang, bis die Spitzen des Mittel- und Zeigefingers in die Kniekehle gelangt sind. Der Daumen wird auf die Hinterseite des rechten Schenkels gebracht nahe dem Kreuzbein des Kindes. Die beiden letzten Finger liegen mehr an der Innenseite des rechten Oberschenkels. Uebt man nun in Wehenpause — unerläßlich diese zu benutzen — einen Druck mit Mittel- und Zeigefinger auf die Unterschenkelbeuger, besonders auf die Sehnen, aus, so weicht der Oberschenkel erstens nach außen hinten (im Verhältnis zum Kindeskörper) aus; dadurch wird Platz geschaffen zwischen Uteruswand und Kindesbauch und zugleich durch die Verkürzung der Beuger der Unterschenkel zum Herabsteigen gezwungen. Die Hacke des Kindes berührt die Außenseite der Finger des Geburtshelfers und kann alsdann mit Leichtigkeit ergriffen werden.

Sieht der Bauch des Kindes gerade nach vorn oder hinten, so bleibt es gleichgültig, welche Hand man einführt: jedes Bein kann beliebig durch leichten Druck zum vorderen gemacht werden.

Als Hilfsmittel des geschilderten Verfahrens kommt als wichtigstes in Betracht die Narkose.

Als zweites wird angegeben, man solle noch etwas höher hinaufgehen, den Zeigefinger auf die Vorderseite des Unterschenkels hinaufbringen, um mit dessen Hilfe den Unterschenkel herunterzudrücken. Offen gestanden halte ich dieses Vorgehen mehr für Spielerei. Gelingt dieses, konnte man wohl auch an den Fuß kommen.

Wichtiger ist jedoch das letzte Unterstützungsmittel, welches aber nur verwendet werden kann bei nach vorn gerichtetem Bauch des Kindes. Findet der Unterschenkel an der kontrahierten Gebärmutterwand ein Hindernis für sein Herabsteigen, so kann der Arzt mit der freien Hand durch direkten Druck auf denselben von der Bauchwand her nachhelfen. Allerdings ist tiefe Narkose besser.

Die Wichtigkeit des Pinardschen Handgriffes wird den Herren Kollegen wohl am einfachsten klar durch die Angabe, daß der Verfasser von dreien jener oben erwähnten vier erfahrenen Aerzte zur Hilfeleistung aufgefordert wurde, nachdem jene Herren langdauernde Versuche an der chloroformierten Kreißenden erst allein, dann noch in Gegenwart des Autors gemacht hatten, um einen Fuß herabzuholen. In Sekunden gelang dies dann mit Hilfe des oben geschilderten Griffes.

Anhangsweise möchte ich noch erwähnen, daß in Frankreich in neuester Zeit Propaganda gemacht wird für Anlegung der Zange bei hochstehendem Steiß, aber eigentlich nicht an den Steiß selbst, sondern über die Oberschenkel, wo die Zange einen Halt an den Trochanteren findet. Dies ist nur möglich, wenn der Rücken des Kindes nach hinten sieht. Im entgegengesetzten Fall — Rücken nach vorn — würde die Zange über das Becken selbst zu liegen kommen und mit ihren Enden die Unterleibsorgane des Kindes beschädigen.

Public

Grade umgekehrt liegt eine Schlinge nur gut, wenn der Rücken nach vorn sieht. Im entgegengesetzten Fall würde die Schlinge bei dem nach vorn gerichteten Zuge aus der Beuge auf den Schenkel gleiten. Legt man aber in letzterem Fall außer der Schlinge auch noch die Zange an, so kann die Schlinge nicht gleiten, und man vermag eine doppelte Zugwirkung auf diese Weise zur Geltung zu bringen. —

Auf keinem Gebiet der ärztlichen Tätigkeit liegen im allgemeinen tiefste Verzweiflung der Patienten und Freude über Erlösung von Schmerz und Gefahr so nahe beieinander wie in der Geburtshilfe. Jedes neu erlangte Wissen und jede neu erlernte Technik setzen sich alsbald in dankbare Erfolge um. Nichts ist zu gering auf diesem Gebiet: es kann über Tod oder Leben entscheiden. Darum hoffe ich, daß mein Versuch, wirklich wertvolle Errungenschaften unseres Nachbarlandes zur Kenntnis weiterer Kreise deutscher Praktiker zu bringen, einigen Nutzen bringen werde, ihnen selbst zu freudiger Genugtuung, ihren Klientinnen zum Heil.

REFERATE.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Tödliche Montaninvergiftung.** Von Rosner. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 21.

2. **Eine Salizylmundwasservergiftung.** Von Henneberg. Therapeut. Monatsh., 1908, Nr. 6.

3. **Vergiftung durch Bismutum subnitricum und sein Ersatz durch Bismutum carbonicum.** Von E. Meyer. Ibidem, Nr. 8.

1. Durch die Fortschritte der Industrie und der Technik werden auch Stoffe, die hygienisch mehr oder weniger bedenklich sind, in Anwendung gezogen. Eine genaue Kenntnisnahme der toxikologischen Eigenschaften solcher Körper ist für den Mediziner, besonders für den Fabrikarzt unerläßlich.

R. beschreibt zwei Fälle einer Montaninvergiftung, die in Wien zur Beobachtung gelangten. Montanin wird als Nebenprodukt in der keramischen Industrie gewonnen, ist eine fast farb- und geruchlose Flüssigkeit, die hauptsächlich die antiseptisch wirkende Kieselfluorwasserstoffsäure enthält; der Gehalt des Präparates an genannter Säure beträgt etwa 20%. Auf Mikroorganismen wirkt das Mittel stark wachstumshemmend. Die Anwendung des Montanins liegt in der porenverschließenden Wirkung, welche auf der Bildung von unlöslichen Stoffen beruht. Es wird benutzt als Anstrichmittel zur dauernden Trockenlegung feuchter Wände, als Imprägnierungs- und Konservierungsmittel zur Verhutung der Schimmelbildung und wird besonders in Brauereien angewandt.

In dem beschriebenen Falle handelte es sich um eine Verwechselung, wodurch der eine Patient, ein 37jähriger Mann, nach Trinken von ca. 125 ccm Montanin innerhalb einiger Minuten starb. Eine 57jährige Frau hatte nur einen Eßlöffel voll getrunken und kam nach schwerer Erkrankung mit dem Leben davon. Der Verlauf der Krankheit und die Sektion des Verstorbenen ergaben, daß das Montanin in die Gruppe der ätzenden Sauren gehört und alle klinischen Erscheinungen hervorruft, die der Säurevergiftung eigen sind, und zwar sowohl lokale als auch allgemeine. Daher ist die Therapie auch die gleiche wie bei Saurevergiftung.

Verf. schlägt mit Recht vor, Brauereien und Gewerbeinspektionen von der Giftigkeit des Montanins in Kenntnis zu setzen und entsprechende Vorkehrungen zu treffen (Gefäße mit Aufschrift „Gift“ versehen, Transport kleinerer Mengen nur in farblosen Flaschen gestatten usw.).

Auch in Fällen verbrecherischer Vergiftung kann das Montanin eine Rolle spielen; sein Nachweis wäre alsdann ein wichtiges Hilfsmittel zur Ergreifung des Täters.

2. Eine 25jährige Kellnerin trank in selbstmörderischer Absicht eine Flasche Salizylmundwasser, deren Inhalt auf 8 g Salizylsäure und 90 g absoluten Alkohol geschätzt wurde. Eine halbe Stunde später lag sie bewußtlos in Krämpfen, reagierte nicht auf äußere Insulte, Haut mit kaltem Schweiß bedeckt, Gesicht zyanotisch, Pupillen auf Licht kaum reagierend, Kornealreflexe erloschen, die stertoröse Atmung wurde durch schwere dyspnoische Anfälle unterbrochen, Puls frequent und klein. Nach Kampferinjektion und Magenspülung mit warmem Wasser kam Pat. allmählich wieder zum Bewußtsein; der immer noch schwachen Herztätigkeit wurde durch einen Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion, Digalen und Koffein entgegengearbeitet. Der Harn, der reichlich Salizylsäure aufwies, enthielt keine pathologischen Bestandteile. Außer vorübergehender Diarrhöe gelangten andere Vergiftungserscheinungen nicht zur Beobachtung und die Kranke konnte am siebenten Tage geheilt entlassen werden.

Als Ursache der Vergiftung kommt in erster Linie der Gehalt an freier Salizylsäure, dann aber auch der absolute Alkohol in Betracht. Welches Gift in diesem Falle das eine, welches das andere Symptom hervorgerufen hat, ist schwer zu sagen, doch scheinen die Krämpfe und die Zyanose durch die Salizylsäure veranlaßt worden zu sein. Die genannten zwei Gifte, die in den hier in Betracht kommenden Mengen leicht tödlich wirken können, waren in diesem Falle weniger gefährlich, weil das Mittel auf vollen Magen genommen wurde und die Patientin an den überreichlichen Genuß von Alkohol gewöhnt war; zudem handelte es sich um eine junge, kräftige, nierengesunde Person.

3. Während die Toxikologie der Wismutvergiftung sich mit der einer Metallvergiftung deckt, sind die von Boehme sowie von Benneke und Hofmann mitgeteilten Fälle von Wismutvergiftungen nach großen Dosen, wie sie zu röntgenologischen Zwecken gebraucht werden, als Nitritintoxikationen aufzufassen, da sich salpetrige Säure erwiesenermaßen im Körper aus dem offizinellen Wismutsubnitrat abspalten kann. Nicht nur, daß das Blut deutlich methämoglobinhaltig war, es gelang auch darzutun, daß im Darm durch reduzierende Bakterien aus dem genannten Salz salpetrige Säure abgespalten und resorbiert wird.

In dem Meyerschen Falle handelt es sich um einen 20jähr., schwächlichen, mit Darmtuberkulose behafteten Menschen, dem zwecks Durchleuchtung 50 g Bismutum subnitricum und 60 g Bolus alba gereicht wurde. Drei Stunden nach der Durchleuchtung erfolgte plötzlicher Kollaps mit ausgesprochener Blässe und hochgradiger Zyanose, weite reaktionslose Pupillen, Herzaktion beschleunigt, Atmung erst schnell, dann verlangsamt. Die Therapie bestand in Sauerstoffinhalation, Aderlaß, Kochsalzinfusion, Analeptika. Trotzdem trat einige Stunden später der Tod ein. Das entnommene Blut war braun und zeigte deutlich (spektroskopisch) den Methämoglobinstreifen. Der Inhalt des Darms innerhalb der vorhandenen Strikturen enthielt viel Nitrit, auch im Harn und Blut ließen sich Spuren davon nachweisen.

Der zweite mitgeteilte Fall, der allerdings in Genesung ausging, betraf einen Herrn, dem zu gleichem Zwecke 30 g Bism. subnitr. gereicht worden waren und der ungefähr das gleiche klinische Bild der Vergiftung darbot.

Mit Rücksicht auf das höchst Bedenkliche dieser Art der Zufuhr von Bismut. subnitr. rät Verf., statt dessen das Bismut. carbonicum zu verwenden, welches sich als Hilfsmittel bei der Röntgendurchleuchtung bereits gut bewährt haben soll.

Röntgentherapie.

Referent: Dr. **Karl Försterling**, dirig. Arzt des Krankenhauses Bethanien, Mörs.

1. **Ueber ein neues Fulgurations-Instrumentarium nach Heinz Bauer.** Von Dr. Abel. Deutsche med. Wochenschr., 1908, S. 745.

2. **Ueber den Wert kurzzeitiger Röntgenaufnahmen.** Von Prof. R. Klapp. Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, S. 233 und 266.

3. **Was haben wir von der Röntgentherapie zu erwarten?** Von Prof. Dr. Schiff-Wien. Ibidem, S. 233.

4. **Zur therapeutischen Verwertbarkeit der Röntgenstrahlen.** Von Privatdoz. R. Ziegler. Ibidem, S. 235 u. 269.

5. **Das Röntgenverfahren in der Orthopädie.** Von Prof. Vulpius. Ibidem, S. 237.

6. **Indikationen und Kontraindikationen der Röntgentherapie und der Fulguration bei der Behandlung des Krebses.** Von Dr. de Keating-Hart. Ibidem, S. 271.

7. **Ueber ein neues Universalblendenstativ mit Schutzkasten.** Von Dr. Försterling. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, XII, S. 238.

8. **Die Luxatio cubiti posterior und ihr Verhältnis zur sog. Myositis ossificans traumatica.** Von Privatdozent Dr. Alfred Macholl. Bruns Beiträge, Bd. 56, S. 775.

1. Nach Beschreibung eines mit Fulguration und Auskratzung behandelten inoperablen Portiokarzinoms, wobei die starke Erweichung und Blutleere der Tumormassen nach der ersten Fulguration auffiel, wird das neue Instrumentarium geschildert. Es ist besonders für den Gebrauch am Operationstisch gebaut worden.

2. Klapp hebt den Wert der Röntgenmomentbilder hervor unter Demonstration einer Reihe von Bildern, die in einer Sekunde aufgenommen waren.

3. Eine berechtigte Kritik der übertriebenen Hoffnungen auf die heilende Wirkung der Röntgenstrahlen und eine Mahnung, bei der Beurteilung der Erfolge ja objektiv zu bleiben.

4. Ein Versuch, die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen aus Experimenten zu begründen. Im raschen Wachstum begriffene Zellen werden am ehesten geschädigt; nach diesem Satze haben wir unser Handeln zu richten, um möglichst Erfolge zu erzielen. — Ich glaube, daß Verf. sie etwas zu günstig beurteilt.

5. Vulpius zeigt uns in kurzen Umrissen den Wert der Röntgenstrahlen für die Orthopädie. Neben der Förderung der wissenschaftlichen Erklärungen bringen sie uns besonderen Nutzen bei Diagnose und Art der Therapie. Jedoch soll das Röntgenverfahren nur zur Vervollständigung, Nachprüfung und Richtigstellung dienen, nachdem wir uns vorher durch andersartige Untersuchung ein Urteil verschafft hatten.

6. Verf. vergleicht die Wirkung seiner Fulgurationsmethode mit der der Röntgenstrahlen. Er hat mehrere Erfolge erzielt, die jedoch erst Monate alt sind, also für eine leidlich sichere Beurteilung nicht ausreichen. Zu bedauern ist es, daß bei dem abgebildeten Falle die Aufnahme nach der Heilung so unscharf ist, daß man von Narbe etc. nichts erkennen kann.

7. Verf. beschreibt das nach seinen Angaben modifizierte Universalstativ von Reiniger, Gebbert & Schall. Der für Röntgenstrahlen undurchlässige, allseitig geschlossene Röhrenkasten ist an einer Stativstange befestigt, an der er infolge Gegengewichts leicht in jeder beliebigen Höhe eingestellt werden kann. Jede Röhre wird in einem besonderen, billigen Röhrenhalter einmal zentriert und kann dann leicht in den Kasten eingeschoben werden, wo sie sofort über der Mitte der Blendenöffnung genau eingestellt ist. Vor der Blendenöffnung ist leicht eine Doppelwinkelblende (für Durchleuchtung und Uebersichtsaufnahmen), ein Kompressionszylinder (rund und rechteckig) und Bestrahlungszylinder aus Bleiglas anzubringen. Infolge einer hier angebrachten Lotvorrichtung ist spielend leicht und sicher stets der Zentralstrahl genau über jedem beliebigen Punkte einzustellen. — Vorzüge des Universalblendenstativs sind: 1. Absoluter Schutz der Umgebung gegen unbeabsichtigte Bestrahlungen; 2. Vielseitigkeit der Verwendung sowohl bei Aufnahme, Durchleuchtung wie Therapie; 3. leichteste Handhabung; 4. große Billigkeit. Fabrikant ist die Firma Reiniger, Gebbert & Schall, Erlangen.

8. Auf Grund von 16 in den letzten vier Jahren beobachteten Fällen kommt Verf. zu dem Schluß, daß sich durchschnittlich an jede Luxat. cubiti poster. eine Myosit. ossificans anschließt. Er hat eine gewisse Regelmäßigkeit in der Entstehung gefunden. Besonders auffallend ist, daß der Beginn der Myositis ossific. nicht vom Trauma, sondern von der Reposition abhängig zu sein scheint. Veraltete, später reponierte Luxationen beweisen das: sie wiesen vor der Reposition nie Verknöcherungen auf. Die Therapie sei konservativ: feuchte Umschläge, heiße Luft, vorsichtige (nie forzierte Massage). Operativer Eingriff nur nach längerer Zeit und bei schweren Funktionsstörungen.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle,** Berlin.

1. **Immunisierung gegen Heufieber durch Antitoxin und die beim Gebrauch des letzteren beobachteten Fälle von Anaphylaxie.** Von Dr. Albrecht. Med. Klinik, 1908, Nr. 18.

2. **Ueber den chronischen Rachenkatarrh, insbesondere in seinen Beziehungen zur Nase und deren Nebenhöhlen.** Von Dr. Matte. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1908, Nr. 9.

3. **Zur Behandlung des akuten Schnupfens.** Von Dr. Hugo Löwy. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 29.

4. **Indikationen und Kontraindikationen für balneotherapeutische Maßnahmen bei Erkrankungen des Gehörorgans.** Von Prof. Brieger. Med. Klinik, 1908, Nr. 29

5. **Zur konservativen Behandlung chronischer Eiterungen des Epitympanum.** Von Dr. L. Mekler. Wien. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 30.

6. **Einführung in die perorale Intubation.** Von Dr. Franz Kuhn. Med. Klinik, 1908, Nr. 29.

1. Albrecht polemisiert gegen die Anschauung Weichardts und Wolff-Eisners, daß das in den Pollen enthaltene Gift kein Toxin im Ehrlichschen Sinne sei, sondern ein Endotoxin. Dieses bewirke im Tierkörper die Bildung von zytolytischen Stoffen, nicht von Antitoxinen. Albrecht beschreibt dem gegenüber einen Tierversuch, der beweise, daß im Immunserum kein Zytolysin enthalten sein könne. Andererseits stehe eine spezifische Wirkung des Serums ganz außer Zweifel. Auch müsse sich im Tierkörper ein spezifisches Antitoxin bilden, da sowohl aktive wie passive Immunisierung nachgewiesen ist.

Pollantin wirkt in vielen Fällen prophylaktisch, so daß Patienten, die regelmaßig sehr schwere Attacken des Heufiebers durchgemacht hatten, nach mehrjährigem Pollantingebrauch völlig davon verschont blieben.

Nun gibt es Heufieberkranke, die allmählich eine Ueberempfindlichkeit gegen Pollantin zeigen (Anaphylaxie). Zur Erklärung dieser Fälle, bei denen Pollantin anfangs nützte, später reizte, stellten Weichardt und Wolff-Eisner die Hypothese auf, daß sich bei dauernder Zufuhr der von ihnen angenommenen lytischen Immunkörper im Körper der Heufieberkranken die passenden Komplemente bildeten. Albrecht weist diese Erklärung zurück und begründet diese Fälle mit der Anaphylaxie gegen artfremdes Serum. Schon die Anwendung von reinem Pferdeblutserum rief dieselben starken Reizerscheinungen hervor wie Pollantin. Doch erreichte A. in solchen Fällen noch günstige Erfolge durch Anwendung stark verdünnten Serums.

2. Der chronische Rachenkatarrh gehört zu den Affektionen, die am häufigsten in die Behandlung des Arztes kommen. Gewöhnlich wird der Rachen mit mehr oder minder großer Ausdauer und mehr oder minder starken Lösungen gepinselt, ohne daß meist ein mehr als vorübergehender Erfolg zu verzeichnen ist.

Matte legt in großen Zügen die Ursachen dieser Mißerfolge dar. Rachenkatarrhe haben als Ursache entweder ein konstitutionelles Leiden, wie Anämie, Chlorose, Skrofulose, Lues, Gicht u. a., oder ein lokales, das den Nasenrachenraum betrifft oder die Nase. Es kommt daher neben der örtlichen Behandlung vor allem darauf an, das Grundleiden zu beseitigen. Konstitutionelle Krankheiten bedürfen entsprechender Therapie, Alkohol- und Tabakgenuß muß in entsprechenden Grenzen gehalten, Mißbrauch scharfer Gewürze, zu heißes oder zu kaltes Trinken und Essen vermieden werden.

Von örtlichen Affektionen sind besonders zu beachten die Rachendrüse (insbesondere die stark zerklüfteten, weichen Gebilde. Referent.), die Schwellungen der Muschelschleimhaut, Polypenbildungen, Nebenhöhleneiterungen, chronische Mittelohreiterungen. Besonders diese lokalen Affektionen sind sehr häufig die Ursache der „chronischen" Rachenkatarrhe, und erst nach ihrer Beseitigung können diese zur Heilung gebracht werden.

3. Mit vollem Recht weist Löwy darauf hin, daß die Versuche, den akuten Schnupfen tunlichst schnell zu beseitigen, keineswegs das etwas mitleidige Lächeln verdienen, welches man oft dafür zur Schau trägt. Abgesehen von den augenblicklichen Störungen für den Patienten, die oft außerordentlich unangenehm sind, verdienen besonders die häufigen Komplikationen, Entzündungen der Nebenhöhlen, des Mittelohrs (vorzugsweise durch falsches Schneuzen! Ref.) die allergrößte Beachtung. Deswegen ist es sehr dankenswert, wenn immer von neuem Versuche gemacht werden, den akuten Schnupfen zu kupieren.

L. hat sehr zufriedenstellende Erfolge von der Anwendung 10%igen Protargols oder zu Anfang schwächerer Lösung gesehen, die er auf einem kleinen Wattebausch gegen die mittlere Muschel legt und für kurze Zeit liegen läßt. Berliner rühmt der Protargolsalbe ähnliche gute Erfolge nach. Spray und Instillation haben sich Löwy weniger bewährt.

Zur Unterstützung dieser Behandlung hat L. Menthol-Kampfer benutzt, die er im Verhältnis von 2 : 1 tropfenweise in ein Reagenzglas mit wenig Wasser träufelt und während vorsichtigen Erwärmens über einer kleinen Flamme durch die Nase inhalieren läßt. Mit Nachdruck betont Verf. auch die Wichtigkeit der Nasenatmung während des Schnupfens.

4. Die Ohrenheilkunde basiert heute vorzugsweise auf lokaler Therapie, die ja auch unbedingt den Vorzug verdient, so lange man den Krankheitsprozessen direkt beikommen kann. Dennoch gibt es eine Reihe von Affektionen, bei denen die Allgemeinbehandlung sehr wichtig, wenn nicht unentbehrlich ist. In erster Linie sind balneotherapeutische Maßnahmen von Bedeutung zur Nachbehandlung nach unvollkommenen chirurgischen Eingriffen, zur Beseitigung von Disposition zu chronisch katarrhalischen Prozessen im Bereich des Mittelohrs. Wichtig ist allerdings, daß vorher die eventuelle Eingangspforte sich wiederholender Infektionen beseitigt wird, als die in erster Linie adenoide Wucherung zu nennen ist. Brieger, der besonders wertvolle Untersuchungen über die Bedeutung des lymphatischen Ringes als Schutzorgan angestellt hat, wendet sich nachdrücklich gegen die Anschauung, daß durch Adenotomie das Kind „schützender Einrichtungen im Bereich der oberen Luftwege beraubt" würde. „Die Erfahrung lehrt, daß bei Kindern mit hyperplastischen Rachenmandeln klimatische oder andere Kuren keinen oder nur sehr geringen Nutzen zeigen, so lange die Störungen im Nasenrachenraum fortbestehen, daß aber bei demselben Kinde eine günstige Wirkung sofort eintritt, wenn das Kind später, von seiner hyperplastischen Rachenmandel befreit, ... die Kur wiederholt."

Unter dem Bilde chronischer Mittelohreiterungen kann sich auch eine latente Tuberkulose verbergen. Für solche Fälle ist natürlich die See, besonders die Nordsee von größtem Nutzen.

Ebenso können balneologische Maßnahmen von großem Werte sein bei den Fällen von chronischem Mittelohrkatarrh, die auf einem chronischen Nasenrachenkatarrh basieren. Trink- und Inhalationskuren in Verbindung mit lokaler Behandlung sind hierbei sehr wertvoll. Größeren Nutzen als von der See verspricht sich Brieger vom Hochgebirge für ihre dauernde Beeinflussung.

Ebenso hält Brieger das Hochgebirge bei Otosklerose für einen besseren Heilfaktor als die See, vor der besonders Schwartze geradezu warnt. Natürlich kann man sich bei diesem Leiden höchstens eine Beeinflussung der subjektiven Geräusche versprechen. Für „plethorische" Patienten, die sich, wohl infolge der Vermehrung der roten Blutkörperchen, im Hochgebirge schlecht befinden, ist dieses natürlich bei vorhandenen Gehörleiden direkt kontraindiziert.

5. Chronische Eiterungen des Mittelohres stellen an die Geduld des Arztes und der Patienten immer große Anforderungen. Doch gelingt es in einer nicht geringen Zahl der Fälle, die drohende Radikaloperation zu vermeiden, so daß die konservierende Behandlung alle Aufmerksamkeit des Arztes fordert. Die üblichen Mittel sind Spülungen und Einblasen von Pulvern, vorzugsweise von Borsäure, Einführung trockener Verbandgaze. Die Spülungen und Einblasungen können auch mittels des Paukenröhrchens, erstere auch durch die Tube gemacht werden.

Auch die Saugbehandlung leistet nicht selten gute Dienste.

Mekler hat in zwei Fällen gute Erfolge bei profuser Eiterung von „Borsäuretampons" gesehen. Er blies bei nach unten hängendem Kopf nach Reinigung und Austrocknung des Ohrs Borsäure hinein, so daß das Pulver in den Attikus eindringen konnte, füllte den Gehörgang mit Borsäure und legte Watte davor. Die Borsäure wurde anfangs nach 24 Stunden gelöst, blieb aber später trocken.

6. Die perorale Intubation nach Kuhn hat sich im Laufe der Jahre einen großen Anhängerkreis verschafft. Sie ist dazu bestimmt, den Larynxeingang offen zu halten und bei Operationen vor Eintritt von Blut zu schützen. Sie wird von Kuhn angelegentlichst empfohlen bei Asphyxien infolge von Inspiration schädlicher Gase, bei Opium- oder Morphiumintoxikation, bei Ertrunkenen, bei schlechter Narkose und zur Erleichterung schwerer Operationen im Bereich des Halses und Kopfes.

Sie besteht bekanntlich in der Einführung eines mit Mandrin versehenen, besonders konstruierten Rohres in den Larynx, wo es, durch Schutzringe vor tiefem Hineingleiten bewahrt, während der benötigten Zeitdauer liegen bleibt.

Kuhn faßt in dieser Arbeit noch einmal kurz alle seine Empfehlungen der Methode zusammen, deren Brauchbarkeit wohl besonders dadurch gekennzeichnet ist, daß Bier sie in die Neuauflage des bekannten Handbüchleins von Bergmann-Rochs aufgenommen hat.

Er rät dringend an, das nicht schwere Verfahren an der Leiche und gelegentlich beim Patienten einzuüben (nach Kokainisierung des Kehlkopfes), um es bei Gelegenheit anwenden zu können.

Die Lektüre der kurzen Arbeit dürfte sehr empfehlenswert sein.

Herzkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **E. Rehfisch,** Berlin.

1. **Die Herzleiden, ihre Ursachen und Bekämpfung.** Gemeinverständliche Darstellung von Dr. O. Burwinkel-Bad-Nauheim. 10. bis 12. verm. und verb. Aufl. München 1908. Verlag der „Aerztlichen Rundschau". 8⁰. 60 S. („Der Arzt als Erzieher", Heft 1.)

2. **Die Herzkrankheiten, ihre Ursachen und kurörtliche Behandlung.** Von Dr. med. L. Nenadovics, Badearzt in Franzensbad. Franzensbad 1908. Verlag von E. A. Götz. 144 S.

3. **Eine neue Kreislauftheorie und ihre Beziehung zur Pathologie und Therapie.** Von Dr. Ernst Homberger-Frankfurt a. M. Halle a. S. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 60 S.

1. Wenn man schon den Standpunkt vertritt, dem Laienpublikum in Form allgemeinverständlicher Darstellung einen Ueberblick über ein bestimmtes Leiden zu bieten, so erfüllt der Verf. mit seiner Schrift diesen Zweck in musterhafter Weise. Ohne sich in wissenschaftliche Details zu verlieren, für die der Nichtarzt kein Interesse haben kann, schildert er in kurzer übersichtlicher Weise die einzelnen Arten der Herzaffektionen und betont vor allem ihre Aetiologie. Infolgedessen legt er auch auf die Prophylaxe der Herzleiden, die in einer vernünftigen Lebensweise besteht, den Hauptwert und versteht es auch, die allzu pessimistischen Anschauungen über Herzkrankheiten zu zerstreuen. Ob es angezeigt war, dem Natr. salizyl. in der Behandlung von Gelenkrheumatismus einen so schädlichen Einfluß zuzusprechen, will mir aus vielen Gründen nicht einwandsfrei erscheinen.

2. Verf. wünscht in seiner Arbeit sowohl eine Verbindung zwischen Arzt und Publikum herzustellen, als auch den Herzkranken einen wissenschaftlichen Führer an die Hand zu geben. Speziell aus letzterem Grunde wird die Anatomie und Physiologie der Zirkulationsorgane in mehr als nötig erscheinender, eingehender Weise besprochen. Ist es erforderlich, daß ein Laie darüber orientiert wird, daß der N. vagus ein diastolischer und die N. akzelerantes systolische Nerven genannt werden, oder daß ein Nichtmediziner darüber informiert wird, daß jede Systole des Herzens eine Refraktärphase hervorruft? Ebenso ausführlich wird dann die Frage der Ernährung, der Trink- und Badekur erörtert. Hinsichtlich der Diätvorschriften, die nicht nur Herzkranke allein interessieren dürften, hält sich Verf. im wesentlichen an die Ver-

ordnungen von Oertel und von v. Noorden. Wann eine Trinkkur angezeigt ist und wie eine Badekur am besten zum Nutzen des Patienten ausgeführt wird, schildert Verf. gleichfalls sehr ausführlich. In diesem Abschnitte findet auch der Praktiker manchen befolgenswerten Rat. Schließlich resümiert Verf. dahin, daß Franzensbad eigentlich das Herzbad par excellence sei und zitiert hierbei die Worte v. Jackschs, nach denen sowohl in der Richtung der Bäder als des Terrains Franzensbad als das idealste Bad Europas bezeichnet werden müßte.

3. H., der durch eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten bekannt ist, konstruiert seine neue Kreislauftheorie auf zwei Thesen. Da sich bei den niederen Tieren und in der ersten Zeit des Fötallebens bei den Säugetieren der Kreislauf in der Weise abspielt, daß das Herz sowohl als Druck- als auch als Saugpumpe fungiert, so glaubt H. dieselben Eigenschaften auch für das entwickelte Herz im besonderen des Menschen in Anspruch nehmen zu müssen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, nimmt H. eine aktive Diastole sowohl der Arterien als auch der Ventrikel an. Für die Richtigkeit seiner Theorie führt H. auch die Arbeiten mehrerer Physiologen, so die von Goltz und Gaule, de Jager und Luciani, an. Allein die moderne Physiologie hat die Resultate der Untersuchungen dieser Autoren nicht als beweisend ansehen können und lehnt auch gegenwärtig die Annahme einer aktiven Diastole ab.

Hingegen kann man die zweite Hypothese H.s, daß die Blutgefäße, vor allem die Arterien, mit als Triebkräfte für die Fortbewegung des Blutes anzusehen sind, im besonderen seit den Mitteilungen Grützners, voll und ganz annehmen.

Im Anschluß an diese Auffassung entwickelt H. auch neue Gesichtspunkte hinsichtlich der Therapie von Kreislaufstörungen und empfiehlt von neuem den Aderlaß, ganz besonders bei Lähmungen der Vorhöfe infolge Ueberdehnung.

Die ernste Arbeit bietet auch dem Praktiker viel Anregung.

Oeffentliches Sanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Zur Bekämpfung der Granulose.** Von Medizinalrat Dr. Cohn, Kreisarzt a. D. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen, 1908, Juli, S. 139.

2. **Gehäuftes Vorkommen von Krebs im Dorfe Nordleda, Kr. Hadeln.** Von Kreisassistenzarzt Dr. Guttmann in Otterndorf. Ibidem, S. 153.

3. **Kritische Untersuchung der üblichen Sputumgläser.** Von Dr. med. Busch-Ratzeburg in Lauenburg. Ibidem, S. 162.

1. Während einer neunjährigen Tätigkeit als Kreis- und Kontrollarzt im Kreise Heydekrug hat C. vorwiegend zwei Formen des Trachoms beobachtet, von denen er die eine als die gewöhnliche, genuine, die andere als die akute bezeichnet. Bei ersterer befinden sich die Körnerbildungen an verschiedenen Stellen und in mannigfacher Ausdehnung und Gruppierung auf einer im übrigen reaktionslosen Bindehaut, bei der akuten Form ist letztere meist an beiden Augenlidern in einem inflammatorischen Zustande. Versucht man sie zu quetschen oder zu reiben, so kommen im Gegensatz zur genuinen Form keine Körner hervor, es tritt vielmehr flächenhaft Blut aus. Der Knorpel ist verändert: er ist verbreitert, verdickt und in seinem Volumen vergrößert. Die Oberfläche ist stark gerötet, rauh und uneben, der Rand nicht mehr scharf, sondern dick und abgerundet. Das Gewebe ist weich und der Knorpel schneidet sich wie Wachs. Die Sekretion ist gering, jedenfalls nicht eitrig, die Lider sind leicht geschwollen, die Lidspalten etwas verengt, so daß die Diagnose leicht zu stellen ist. Der Hauptsitz der Krankheit, der eigentliche Infektionsherd ist in diesen Fällen der Knorpel, in dem die Körner tief eingebettet liegen, und ehe dieser nicht operativ entfernt ist, rührt sich der Prozeß nicht von der Stelle, ob man Höllensteinlösungen oder andere Adstringentia oder Antiseptika einträufelt oder nicht. Leider stehen dieser einzigen erfolgreichen Behandlung, die am besten in einer Klinik ausgeführt wird, infolge der Indolenz und des Widerstandes der littauischen Bevölkerung große Schwierigkeiten entgegen.

2. Zu dem in der deutschen medizinischen Literatur bereits mehrfach mitgeteilten gehäuften Vorkommen von Krebs liefert G. einen weiteren Beitrag, indem er eine kurze Schilderung von 47 Fällen gibt, die alle in dem einen Dorfe Nordleda, Kreis Hadeln, in dem schon seit längerer Zeit häufige Krebserkrankungen auffielen, vorgekommen sind. Noch auffallender wird diese Tatsache dadurch, daß in der 2 bis 3 km entfernten Gemeinde Wanna der Krebs seit längerer Zeit fast unbekannt ist, während hier Tuberkulose gehäuft vorkommt. G. scheint geneigt, diese Erscheinungen mit der fundamentalen Verschiedenheit des Bodens, auf dem Nordleda und Wanna liegt, und der sich daraus ergebenden Wasserversorgung in Zusammenhang zu bringen, obgleich er eine bestimmte Schlußfolgerung nicht zieht. Wanna liegt nämlich in der Geest auf Sandboden, dem in einer Tiefe von 6 bis 15 m bei jedem Hause einwandfreies Trinkwasser entnommen werden kann, Nordleda dagegen in der Marsch auf Moorboden. Nachdem hier seit zwei Jahren ungefähr 120 bis 150 Tiefröhrenbrunnen angelegt sind, welche gutes Wasser liefern, und so die Zahl derer, welche lediglich auf Grabenwasser angewiesen sind, sich, wenn noch mehr angelegt werden, alljährlich verringert und schließlich ganz schwindet, wird sich nach Verlauf von etwa 10 bis 20 Jahren zeigen, ob tatsächlich ein Zusammenhang zwischen Krebserkrankung und Trinkwasserversorgung besteht oder nicht.

3. Die Entstehung der heutzutage üblichen Sputumgläser knüpft an die Entdeckung des Tuberkelbazillus im Jahre 1882 an. Abgesehen vom Kostenpunkt und der Frage, ob — vom klinischen Standpunkte aus — das Glas die Prüfung und Kontrolle des Sputums ermöglicht, ist der Kernpunkt für die Beurteilung der Zweckmäßigkeit der: ermöglicht das Glas auch die absolute Unschädlichmachung des tuberkulösen Sputums? Eine von Abbildungen begleitete kritische Untersuchung dieser Frage durch B. führt zu dem Ergebnis, daß sie ebenso einfach wie radikal nur durch die verbrennbaren Sputumgefäße gelöst wird und zu lösen ist, wie sie auf Anregung Flügges von der Firma Fingerhut & Co. in Breslau in Form von Wandnäpfen, Taschenspeigefäßen und Handnäpfen hergestellt werden. Sie sind teils in einfacher, brauner Pappe, teils mit Emaille- bezw. Lackanstrich versehen. Die Taschengefäße haben die Form von Zigarrentaschen und sind etwa bis zur Hälfte mit saugender Zellulose-einlage bezw. mit Holzwolle gefüllt.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Somagen und Caropan.

Von Dr. phil. **A. Wolff,** Bielefeld.

Nachdem mein Hämoglobin-Malzpräparat, das Hämatopan, in den Aerztekreisen eine schnelle Verbreitung gefunden hat, speziell in der Verordnung gegen Anämie und Chlorose, so möge es mir gestattet sein, über zwei weitere Präparate, Somagen und Caropan, eine kurze Charakteristik zu geben.

Bekanntlich wird der Fleischextrakt als Anregungsmittel sehr geschätzt, jedoch ist ihm wegen seines Mangels an Eiweiß jeder Nährwert abzusprechen.

Justus von Liebig (The Lancet vom 1. November 1868) äußert sich hierzu wie folgt:

> „Wäre es möglich, zu einem annehmbar billigen Preise ein Präparat aus Fleisch herzustellen, welches die Proteïnstoffe zusammen mit den Extraktivstoffen in sich vereinigen würde, so wäre ein solches Präparat einem Fleischextrakt vorzuziehen, denn ein solches Präparat würde alle nährende Bestandteile des Fleisches enthalten. Ich habe wiederholt konstatiert, daß bei der Herstellung des Fleischextraktes die proteïnhaltigen Bestandteile des Fleisches im Abfall zurückbleiben, daher für die Ernährung verloren gehen, was jedenfalls eine Mangelhaftigkeit des Fleischextraktes genannt werden muß."

In ähnlicher Weise äußert sich C. Voit 1869.

Dieses von Liebig vor 40 Jahren aufgestellte Problem ist nunmehr gelöst, denn das in gebrauchsfertiger Form vorliegende Präparat „Somagen“ enthält nicht nur anregende Fleischsalze und Fleischbasen, sondern hauptsächlich besteht es aus den Proteïnstoffen, den nährenden Bestandteilen des Fleisches, die es in leicht löslicher, aufgeschlossener und vor allen Dingen vollkommen verdaulicher Form enthält, wie aus nachstehender Analyse der landwirtschaftlichen Versuchsstation in Münster i. W., Vorstand Geheimer Regierungsrat Professor Dr. J. König, ersichtlich ist:

Wasser	8,73 %
Organische Substanz . .	85,73 %
Stickstoffsubstanz	79,11 %*)
Asche	5,54 %
darin	
Phosphorsäure	0,84 %
Kalk	1,93 %
Natron	0,75 %
Kali	0,5 %

Nach der Analyse enthält somit Somagen 80% aufgeschlossene Eiweißstoffe, 5,54 % Asche, die vorwiegend aus den Muskel- und Nervensubstanz bildenden organischen Natrium- und Kalziumphosphatverbindungen besteht.

Das Präparat wurde Somagen getauft, abgeleitet von den griechischen Worten *σῶμα γεννᾶν* = Körper bilden. Der Name soll die Eigenschaften des Präparates andeuten, denn das Präparat bewirkt schnellste Gewichtszunahme, energische Gehirn- und Nervenstärkung und regt in hohem Maße den Appetit an; kurz gesagt, es belebt den Gesamtorganismus und erhöht sämtliche Gehirn- und Körperfunktionen in sichtbarer Weise.

Somagen ist somit ein angenehmes und nahrhaftes Fleischpräparat, das ungemein leicht verdaulich ist und selbst in größeren Mengen vertragen wird. Ganz besonders hervorzuheben ist noch seine fast Geschmack- und Geruchlosigkeit, die es ermöglicht, daß es dem empfindlichsten Patienten unbemerkt mit den Speisen gereicht werden kann. Somagen dient als Kräftigungsmittel für zurückgebliebene Kinder, für geistig überanstrengte, nervöse und erschöpfte Erwachsene, sowie in allen Fällen, in denen es sich darum handelt, durch Zufuhr leicht verdaulicher Eiweißstoffe das daniederliegende Allgemeinbefinden rasch und energisch zu heben.

Sehr gut wirkt das Somagen bei Magenverstimmungen, Seekrankheit, Kater usw. Somagen eignet sich als nährender Zusatz zum ersten Frühstücksgetränk und vermag uns das englische Beefsteak zu ersetzen. Auf das erste Frühstück sollte viel mehr Wert gelegt werden, denn bei der heutigen aufreibenden, schnellebigen Zeit gilt es mehr denn je, den Körper nach der langen Nachtpause fur die bevorstehenden Strapazen des Tages kräftig zu rüsten. Diese einfache Weisheit machten sich schon unsere Vorfahren zunutze, indem sie die Frühkost mit einer kräftigen Milch- oder Hafersuppe einleiteten, während es heute als allgemeine Mode gilt, den nervenaufreizenden Kaffee zu trinken und dazu die an Nährwert so armen, aus ausgebeuteltem Mehl hergestellten Weißbrötchen zu verspeisen. Ein derartiges Frühstück ist vom physiologischen Standpunkte aus direkt ärmlich zu nennen. Preis des Somagen: 50 g = 2 M., 100 g = 3,75 M.

Caropan.

So erwünscht nun auch für viele Fälle der Ernährung diese reinen Fleischeiweißpräparate sind, so ist es doch notwendig, daß unsere tägliche Nahrung stets eine gemischte ist, d. h. sowohl Eiweiß als auch Kohlehydrate enthält, denn diese beiden wichtigen Nährgruppen müssen dem Körper im richtigen Verhältnis gereicht werden, um deren Verbrauch im Gleichgewicht zu halten.

Prof. R. Kobert schreibt darüber in seiner Pharmakotherapie*):

„Fast alle Kohlehydrate haben außer ihrer nährenden Funktion im Darm auch noch eine antiseptische; sie vermindern nämlich die Eiweißfäulnis im Darmkanal, indem sie zum Teil in Milchsäure, Essigsäure, Buttersäure und andere organische Säuren, welche den eiweißspaltenden Darmbakterien entgegenwirken, übergehen. Schon dieses Umstandes wegen ist es äußerst wünschenswert, daß unsere Nahrung immer eine aus Eiweißsubstanzen und relativ viel Kohlehydraten bestehende ist. Sobald wir die letzteren zugunsten der ersteren sehr vermindern, bekommen wir, wie der Laie sich ausdrückt, „einen verdorbenen Magen“ und „riechen aus dem Halse“, d. h. wir bilden im Darm stinkende Fäulnisprodukte der Eiweißstoffe, welche die Exspirationsluft übelriechend machen. Bei der Behandlung der Zuckerkranken hat man dieser äußerst wichtigen Tatsache häufig nicht genügend Rechnung getragen.“

Unter Berücksichtigung dieser Forderung der gemischten Nahrung habe ich ein Präparat zusammengesetzt, das aus 50% Somagen und 50% Kohlehydraten besteht. Als lösliche, leicht und vollkommen verdauliche Kohlehydratnahrung wurde der Malzextrakt gewählt. Diesen Kohlehydraten, den Zuckerarten, haben die Physiologen ein hohes Interesse zugewandt. Denn in der eiweiß- und fettsparenden Kraft des Zuckers liegt eine hohe nationalökonomische und therapeutische Bedeutung. Prof. E. Stadelmann schreibt*): „Ein Eßlöffel voll Malzextrakt entspricht dem Nährwerte eines Eies!“ Die Maltose, der Hauptbestandteil des Malzextraktes, wird besonders leicht und schnell resorbiert.

Die verschiedenen Zuckerarten werden mit verschiedener Schnelle und in verschiedenen Mengen resorbiert. Bei Versuchen an Hunden fand Albertoni, daß im Laufe der ersten Stunde von 100 g eingeführtem Zucker resorbiert wurden: von Glukose 60%, von Maltose und Rohrzucker 70 bis 80% und von Milchzucker nur 20 bis 40%.

Früher nahm man nun an, daß die Kohlehydrate nur in der Weise wirksam seien, daß sie das Eiweiß und das aus ihm entstandene Glykogen sparten. (Ersparnistheorie von Weiß, Wolfenberg u. a.) Dieser Ansicht gegenüber haben indessen C. und E. Voit gezeigt, daß die Kohlehydrate „echte Glykogenbildner“ sind. Solche echte Glykogenbildner sind die drei gewöhnlichen Mono- und Disaccharide. Der Milchzucker und der Rohrzucker gehen nach subkutaner Einverleibung fast vollständig in den Harn über, und sie müssen behufs Glykogenbildung vorerst im Darmkanal einer Inversion unterliegen. Von der Maltose, die auch im Blute gespalten wird, geht dagegen nur wenig in den Harn über, und sie kann, wie die Monosaccharide, selbst nach subkutaner Injektion für die Glykogenbildung verwertet werden. (Fr. Voit.) Gegenwärtig dürfte man wohl allgemein der Ansicht sein, daß das Glykogen sowohl aus Eiweiß wie aus Kohlehydraten entstehen kann.

Das Präparat wurde „Caropan“ (caro und panis) benannt; der Name soll die Zusammensetzung des Präparates andeuten. Das Caropan ist pulverförmig, löst sich leicht und vollständig in Wasser, besitzt einen würzigen, kräftigen Geschmack, der an Malz und Zwieback erinnert, und wird infolgedessen gern genommen. Ganz besonders ist Caropan als Kindernahrung zu empfehlen, da der Malzextrakt mit seinem Diastasegehalt von jedem Säugling vertragen und vollständig assimiliert, d. h. schlackenfrei verbrannt wird. Wie aus den oben angeführten Untersuchungen von Albertoni hervorgeht, ist der Malzzucker dem Milchzucker vorzuziehen, weil er vollständiger assimiliert wird.

Dem Arzt wird mit dem Caropan ein Mittel in die Hand gegeben für alle diejenigen Fälle, in denen er sich gezwungen sieht, durch Zufuhr leicht verdaulicher, nahrhafter Stoffe das Allgemeinbefinden zu heben, ohne dem Körper unnötigen Ballast zuzuführen.

Caropan stellt sich billiger wie Somagen, es kosten die Originaldosen Inhalt 100 g = 2,20 M., Inhalt 200 g = 4 M.

---

*) Anm. d. Verf.: Die obigen 79,11 % Stickstoffsubstanz bestehen aus aufgeschlossenem, vollkommen verdaulichem Fleischeiweiß.

**) R. Kobert, Pharmakotherapie, 1897, Seite 145.

*) E. Stadelmann, Deutsche Aerzte-Zeitung, 1901, Nr. 25.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Beitrag zur Arsen-, Phosphor-Eisentherapie mit besonderer Berücksichtigung des Nukleogens.** Von S.-R. Dr. Dorn. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 20 u. 21.

2. **Hydropyrin.** Von Dr. Zernik. Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 59.

3. **Ueber Monotal.** Von Privatdoz. Dr. Goebel. Die Heilkunde, 1908, Nr. 4.

4. **Ueber Veronalnatrium.** Von Prof. Winternitz. Med. Klinik, 1908, Nr. 31.

5. **Die Behandlung septischer Erkrankungen mit Kollargolklismen.** Von Dr. Seidel. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 31.

6. **Antiformin, ein bakterienauflösendes Desinfektionsmittel.** Von Prof. Uhlenhuth und Dr. Xylander. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 29.

7. **Lysoform als Desinfiziens.** Von Privatdoz. Zlatogorow. Allg. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 31.

1. Sanitätsrat Dorn hat einige Monate hindurch poliklinisch und in der Privatpraxis Nukleogen (Rosenberg) verwendet. Dieses Präparat ist eine Verbindung der Nukleinsäure — diese ist phosphorhaltig — mit Eisen und Arsen. Nach D.s Bericht führte das Mittel schon nach vier Wochen (durchschnittlich) in der Mehrzahl der Fälle zu vollen Erfolgen. Die Therapie erstreckte sich bei D.s Fällen auf Chlorotische, Neurastheniker und Erschöpfungszustände bei chronischen Leiden. D. fiel auf, daß die gestörten Funktionen des Magens unter der Einwirkung des Nukleogens sich bald kräftigten und der Appetit in kurzer Zeit sich steigerte. Unerwünschte Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

2. Unter dem Namen Hydropyrin hat die chemische Fabrik Gedeon Richter in Budapest im Jahre 1907 ein Präparat in den Handel gebracht, das als das Natriumsalz der Azetylsalizylsäure beschrieben wird und vor dem Aspirin den Vorzug der Wasserlöslichkeit haben soll. Dieses von österreichischen Aerzten mit Erfolg angewendete Mittel hat Z. untersucht, sowohl das pulverförmige Präparat als auch die Tabletten. Beide rochen stark nach Essigsäure und schmeckten sehr sauer. Auch lösten weder das Pulver noch die Tabletten sich in Wasser völlig auf. Der hohe Gehalt an freier Essigsäure bedingt die leichte Zersetzlichkeit des Hydropyrins, die übrigens auch von anderer Seite beobachtet wurde.

3. Als dankenswertes Mittel bei Rheumatismus muskulorum und artikulorum, besonders in chronischen Fällen, empfiehlt G. das Monotal als externes Antiphlogistikum und Analgetikum. Es ist dies ein Methylglykolsäureester des Guajakols, das G. allerdings nur an einem kleinen Material erproben konnte. Es wird in der Weise angewendet, daß täglich zweimal 5 g des Mittels mit der Hand auf dem betreffenden Körperteil verrieben werden. G. hat keine ungünstigen Nebenwirkungen beobachtet.

4. In voriger Nummer hatte ich über die Versuche von Steinitz mit dem Natriumsalz der Diaethylbarbitursäure gesprochen. In der zitierten Arbeit wurde dem Veronalnatrium der Vorzug gegeben vor dem einfachen Veronal (resp. der Diaethylbarbitursäure), einerseits wegen leichterer Löslichkeit, andererseits wegen sicherer Wirkung und Mangels an Neben- oder Nacherscheinungen. Der günstige Eindruck wird verwischt durch einen Artikel von Prof. Winternitz, der das erste Argument, die leichte Löslichkeit, anerkennt, die anderen Gründe aber zu entkräften sucht. Denn er glaubt, daß Veronalnatrium im großen und ganzen ebenso wirkt wie Veronal. Der chemische Vorgang ist nach Winternitz der: Veronalnatrium wird im sauren Magensaft in Veronal überführt, im Darm wieder zu Veronalnatrium umgesetzt und als solches resorbiert. Veronalnatrium — gleichgültig, ob reines Veronal oder sein Natriumsalz gegeben wird — zirkuliert im Blute und in den Geweben; am Orte der Wirkung, in den nervösen Zentralorganen, greift Veronalnatrium an. Danach müßte es allerdings bezüglich der Neben- oder Nachwirkungen gleichgültig sein, ob man Veronal oder sein Natriumsalz anwendet, und nur wegen der leichten Löslichkeit verdient das letztere den Vorzug. Nach W. kann man übrigens auch Veronal rektal geben; nur muß die Flüssigkeitsmenge viel größer sein (100 bis 150 ccm). Seine Ansicht über beide Mittel faßt W. dahin zusammen: 1. Die Wirkung des Veronalnatriums ist die des Veronals, wobei die wirksame Dosis, auf Veronal bezogen, die gleiche ist. 2. Bei leerem Magen wirkt Veronalnatrium rascher. 3. Das Veronalnatrium ermöglicht eine bequemere rektale Anwendung. 4. Der Geschmack des Veronalnatriums ist weit schlechter. In wässriger Lösung gleicht sich der Unterschied aus; wo aber aus äußeren Gründen die Anwendung in Pulvern oder Tabletten erfolgt, ist Veronal des zweifellos besseren Geschmacks wegen vorzuziehen. 5. Die leichte Löslichkeit des Veronalnatriums ermöglicht die Herstellung haltbarer Lösungen und die Dispensierung mit anderen löslichen und wirksamen Arzneimitteln. 6. Die Neben- und Nachwirkungen beider Präparate sind die gleichen.

5. Die Darreichung des Kollargol Credé erfolgte bisher meist in Form des einzureibenden Unguentum Credé oder vermittels intravenöser Injektionen. Letztere sind, besonders bei sehr fetten oder sehr mageren Personen, nicht so ganz leicht. Infolgedessen wurden Kollargolklistiere vorgeschlagen, deren Brauchbarkeit S. nachprüfte. Er gab bei über 100 Fällen von Sepsis, nachdem ein Reinigungsklistier gegeben und der Darm eine Viertelstunde nach Entleerung des Klistiers durch 0,5 bis 1 l erwärmter 1%iger Kochsalz- oder Sodalösung von Schleim befreit worden war, bei schweren akuten Fällen 50 bis 100 g einer 5%igen Kollargollösung, die langsam eingespritzt wurde, bei leichten akuten Fällen auch als Anfangsdosis 50 bis 100 g einer 2%igen Lösung. Falls die Klistiere schwer gehalten wurden, wurden 8 bis 12 Tr. Tinkt. Opii spl. hinzugesetzt. Unangenehme Nebenwirkungen im Alter wurden dabei nicht beobachtet. Doch trat bei gonorrhoischen oder septischen Erkrankungen der Gelenke jedesmal zunächst eine Zunahme der Schmerzen auf, meist mit Frost verbunden, dem ein größeres Wohlbefinden mit Schlafneigung und Abnahme von Schwellung und Schmerzen folgte. Bei leichten chronischen Fällen gab S. nur zweimal täglich 1,0 im Klistier. Die rasche Aufsaugung des Kollargols wurde von S. auch auf der Röntgenplatte beobachtet. Nach großen Dosen Kollargols sah er Schwankungen im Leukozytengehalt. Die von S. zitierten Fälle dürften um so mehr die Güte des Mittels erweisen, als sie insofern unzweideutig sind, als nur Kollargol verabreicht wurde. Mit Recht weist S. darauf hin, daß eine einmalige oder mehrmalige kleine Dosis meistens gar nichts nützt und daher das Kollargol in Mißkredit gebracht hat. Nach Eintritt der Wirkung geht man mit der Dosis zurück, verabreicht die schwächeren Dosen aber noch 14 Tage lang.

6. Aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte ist ein Bericht von Prof. Uhlenhuth und Dr. Xylander erschienen über ein bakterienauflösendes Desinfektionsmittel, namens Antiformin. Dieses ist eine Mischung von Alkalihypochlorit und Alkalihydrat in bestimmtem Verhältnis, also das bekannte Eau de Javelle mit einem Zusatz von freiem Alkali. Antiformin stellt in konzentrierten Lösungen eine gelblich klare Flüssigkeit dar, welche einen kräftigen, nicht unangenehmen Geruch nach frischer Lauge und Chlor erkennen läßt. Wegen seiner reinigenden und schleimlösenden Wirkung hat das Mittel bisher fast ausschließlich im Brauereibetriebe zur Reinigung und Desinfektion von Bierleitungen und Gärbottichen Verwendung gefunden. Das Antiformin wird von der Firma Hans Knorr (Charlottenburg) in den Handel gebracht (1 l = 50 Pf.). Die Wirkung des Präparates beruht infolge seines Gehaltes an unterchloriger Säure wohl in erster Linie auf einer intensiven Oxydation. Es zeigte sich, daß eine 2- bis 5%ige Lösung sehr schnell die meisten Bakterien, spätestens in $2^1/_2$ bis 5 Minuten abtötete. Nur Milzbrandsporen wurden erst nach 12 Stunden abgetötet. Frisches Eau de Javelle war drei- bis siebenmal weniger wirksam, älteres zeigte überhaupt keine nennenswerte Desinfektionswirkung. Der Zusatz von Alkalihydrat hat also den Vorteil, die Haltbarkeit und desinfizierende Eigenschaft des Präparates wesentlich zu erhöhen. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, daß ein Desinfektionsmittel wenig wert ist, wenn es nur in wässriger Lösung Bakterien abtötet, in eiweißhaltiger aber versagt — diese sind bekanntlich sehr schwer zu desinfizieren —, prüften die Verf. das Antiformin im Vergleich mit Sublimat. Denn gerade die Desinfektion eiweißhaltiger Flüssigkeiten kommt für die Verhältnisse in der Praxis sehr in Betracht. Die Verf.

fanden, daß im Gegensatz zum Sublimat (und Karbol) das Antiformin keine Ausfällung des Eiweißes hervorruft. Ueber Vergleiche bezüglich der Desinfektionskraft sind Untersuchungen im Gange. Bei der Prüfung der desinfizierenden Eigenschaft des Antiformins in wässrigen Medien zeigte es sich, daß Bakterien in wässrigen Aufschwemmungen schon durch verhältnismäßig schwache Lösungen von Antiformin in ganz kurzer Zeit wie Zucker in Wasser restlos aufgelöst werden, so daß eine wasserklare Flüssigkeit resultiert (2%ige Lösung Antiformin: 7 bis 10 bis 15 Min.). Nur junge Kulturen von Milzbrandbazillen wurden erst nach 30 bis 45 Min. aufgelöst, alte werden selbst nach 24 Stunden nicht vollkommen gelöst. Diese Auflösung ist der Effekt einer glücklichen Kombination von Chlor und Alkali. Biologisch interessant und für die Praxis wichtig ist die Tatsache, daß Tuberkelbazillen und andere säurefeste Stäbchen sich selbst gegen konzentrierte Lösungen von Antiformin vollkommen refraktär verhielten, während sämtliche Bakterienarten aufgelöst wurden. Die Verf. erklären dies dadurch, daß die Bakterien von einer Fettwachshülle wie durch einen resisten Panzer umhüllt werden. Dieses Ergebnis ihrer Forschung ist insofern unangenehm, als tuberkulöses Material, z. B. Sputum, nicht mit Antiformin desinfiziert werden kann. Sonst wäre es ein Sputumdesinfektionsmittel κατ ἐξοχὴν, weil selbst dicke Sputumballen sich in 15- bis 20%igen Lösungen zu einer fast homogenen Masse verflüssigen. Immerhin hat dieser Umstand dazu geführt, daß man nunmehr imstande ist, für die Meerschweinchenimpfung ein von anderen Bakterien freies Material zu erhalten, wodurch Sekundärinfektionen vermieden werden. Auch die direkte Züchtung der Tuberkelbazillen aus dem Sputum gelingt nunmehr. Die ausgezeichnet lösende und desinfizierende Wirkung legt den Gedanken nahe, das Antiformin auch für die Desinfektion von Trinkwasser, Abwässern und Fäzes zu verwenden. Im festen Kot waren nach 24 Stunden künstlich beigefügte Typhusbazillen abgetötet. Selbst härtester Kot löste sich in kurzer Zeit auf. Pestilenzialisch stinkende Fäkalien wurden durch Antiforminzusatz in kurzer Zeit aromatisch riechend. In der Praxis dürfte die Desinfektion von Abortgruben, Pissoirs, Ställen in Frage kommen. Doch verbietet sich die Anwendung stärkerer Lösungen, weil Farben, Lacke, Linoleum vollkommen aufgelöst werden. Zur Desinfektion von Händen, Wunden, parasitären Hautkrankheiten, zur lokalen Behandlung der Diphtherie, zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten könnte es Anwendung finden. — Nach diesen Versuchen öffnet sich allerdings eine günstige Perspektive für ein gutes, billiges Desinfektionsmittel.

7. Nach Vorversuchen mit Lösungen von geringem Lysoformgehalt (0,5 bis 2,0%), die nur geringe bakterizide Kraft des Mittels ergaben, hat Z. Untersuchungen mit 3- bis 5%igen Lösungen an Staphylo- und Streptokokken, an Baz. pyozyaneus, diphther., typhi, dysent., choler. asiat., anthrac. u. a. angestellt und ist zu dem Ergebnis gelangt, daß Lysoform bei Temperaturen von 37° zu den Desinfizientien mittlerer Stärke gehört, während es bei 15° und darunter nur geringe bakterizide Eigenschaften entwickelt. Gewissen Bakterien gegenüber (Cholera, Typhus, Dysenterie, Fränkelsche Diplokokken) ist Lysoform bei 37° ein energisches Desinfiziens, ja auch bei 15° ist es gegen Choleravibrionen und Typhusbazillen eine stark bakterizide Substanz. Wegen seiner geringen Giftigkeit, seiner relativen Billigkeit und seines angenehmen Geruches verdient es zweifellos Beachtung.

Technische Neuerscheinungen.

Ueber „Einnehmegläser" und „Tropfgläser",

Vorschläge zur Sicherstellung einer richtigen Dosierung flüssiger Medikamente, von Edlefsen in Hamburg.

Verf. hat durch eingehende Untersuchungen mit den im Handel vorkommenden und empfohlenen Einnehmegläsern nachgewiesen, daß der Inhalt solcher Gläser ein so verschiedener ist, daß man keines der verschiedenen Arten als richtiges empfehlen kann. Es fanden sich so große Unterschiede in dem Maß eines Eß- oder Teelöffels, daß in Fällen stark wirkender Arzneien Unglücksfälle und Vergiftungen zu befürchten sind, und daß der Arzt bei Verordnung der Medizin nie weiß, welche Menge der Kranke wirklich erhält, da es vom Zufall abhängt, welches Einnehmeglas der Kranke besitzt. Es fehlt also an der Einheitlichkeit des Maßes, und da keine Kontrolle vorhanden ist, so haben die Fabrikanten derartiger Einnehmegläser je nach dem gerade obwaltenden Zufall den Eßlöffel groß oder klein gewählt und das Einnehmeglas danach hergestellt. Verf. gibt den Rat, daß man ein Gesetz schaffen solle, nach welchem nur geeichte Einnehmegläser, welche genau kontrolliert worden sind, ob sie auch die richtigen Mengen an den bezeichneten Marken fassen, in den Handel gebracht werden dürfen. Dadurch allein kann der Arzt eine Sicherheit erlangen, daß der Kranke die verordnete Medizin auch in den vorgeschriebenen Mengen wirklich nimmt, und daß er, wenn er stark wirkende und schwer giftige Medikamente verordnet, nicht in Sorge zu sein braucht, daß durch Gebrauch eines zu großen Maßes der Kranke in die Gefahr einer Vergiftung geraten kann. Es ist entschieden von Wert, daß dieser Uebelstand in unserer Dosierung der Arzneimittel endlich einmal aufgedeckt worden ist, und man kann wohl hoffen, daß die Behörden in diesem Punkte bald Abhilfe durch ein Gesetz schaffen werden oder durch Bestimmungen für die Apotheker und Drogisten, daß sie nur geeichte Einnehmegläser abgeben dürfen. Ein anderer Weg als der des Gesetzes wird kaum mit Erfolg betreten werden können, denn selbst wenn alle Aerzte nach Anraten des Verf. den Kranken die Gefahr vor Augen führen und vor Einnehmegläsern warnen würden, was zur Folge haben müßte, daß die Gläser weniger gekauft und die Fabrikanten auf den Uebelstand aufmerksam gemacht würden, so daß sie nolens volens bessere Gläser herstellen müßten, so würde das immer noch kein einheitliches Resultat haben, denn immer noch würde die rechte Kontrolle fehlen und vor allem würde der ganzen Sache der nötige Ernst mangeln. Es würden dann immer noch viele unrichtige Gläser im Gebrauch bleiben, weil die vielen auf Vorrat hergestellten Exemplare erst verkauft werden müßten, ehe die Fabriken an eine neue Herstellung gingen. Bei einem so wichtigen Umstande, von welchem viele Menschenleben eventuell abhängen, sollte man nicht zögern, strenge Gesetze zu schaffen.

W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die neueren Arzneimittel in der ärztlichen Praxis. Von A. Skutetzky. Berlin 1908. Verlag J. Springer. Preis geb. 8 M. 380 S.

Seit einigen Jahren beginnt die Literatur über „Neuere Arzneimittel" ins Unendliche zu wachsen; um so weniger ist es dem praktischen Arzt zu verargen, wenn er in diesem Embarras de richesse sich nicht zurechtfindet. Die Aufgabe, dieses weitverzweigte Material in gedrängter Form zusammengebracht zu haben, hat Verfasser in dankenswerter Weise gelöst. Die Zahl der behandelten Mittel ist eine recht große, dabei ist bei jedem derselben auf die chemische etc. Herkunft, Wirkung, Nebenwirkungen, Indikationen und Dosierung genauere Rücksicht genommen. Was das Werk besonders wertvoll macht, ist die übersichtlich angeordnete reichhaltige Literatur, die bei den meisten Mitteln bis Mitte 1907 berücksichtigt ist. Der Nutzen des Buches würde noch erhöht werden durch die Angabe von Fabrikanten und Preisen der einzelnen Präparate. Trotzdem wird es sich meines Erachtens viele Freunde erobern.

Bachem-Bonn.

Fettleibigkeit und Fettsucht. Von Prof. Dr. E. H. Kisch in Prag-Marienbad. Würzburger Abhandlungen, Bd. VIII, Heft 6. Würzburg 1908. A. Stubes Verlag. Preis 0,85 M. 25 S. Groß 8°.

K. teilt auf Grund seiner Erfahrungen und biologischer Ueberlegung die Fälle von Lipomatosis universalis in zwei Gruppen: Die alimentäre und konstitutionelle Lipomatosis. Beider Genese, Symptome, Folgen und Therapie werden eingehend und gründlich besprochen. Es sei die Therapie besonders angegeben: 1. Alimentäre Lipomatosis. Diät: Ausreichende individuell entsprechende Eiweißzufuhr (160 g), mäßige Mengen Kohlehydrate (80 g), Reduktion der Fettzuführung auf ein Minimum (11 g), im ganzen zirka 1100 Kalorien. 2. Konstitutionelle Lipomatosis. Diät: 200 g Eiweiß, 100 g Kohlehydrate, 12 g Fett, rund 1300 Kalorien. Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr. Diätschemata sind angegeben. Daneben die bekannten Faktoren der physikalischen Heilmethoden. Um während einer Brunnenkur (Glaubersalz-, alkalisch-salinische Wässer) den Kräftezustand zu kontrollieren, wendet K. seine Dynamometrie an. Gegen die medikamentöse Therapie ist ein gewisses Mißtrauen wegen des zugleich eiweißstörenden Effektes wirksamer Medikamente am Platze.

Die Abhandlung, die durchaus persönlich gehalten ist, verdient das allgemeinste Interesse. Lungwitz-Berlin.

Röntgen-Photographie. Von A. Parzer-Mühlbacher. Mit 8 Tafeln und 29 Figuren im Text. Zweite Auflage. Photogr. Bibliothek, Bd. 6. Berlin. Verlag von Gustav Schmidt. Preis 2,50 M.

Das Büchlein ist in erster Linie für Amateure, die sich mit Röntgenphotographie beschäftigen wollen, bestimmt und gibt in klarer, leicht verständlicher Darstellung die nötige praktische Anleitung. Besonderes Gewicht wird auf den Betrieb der Röntgenröhren mittels Influenzmaschinen, wie er ja auch wohl gelegentlich für den Landarzt in Frage kommt, gelegt, und das nötige Instrumentarium und seine Instandhaltung in anschaulicher Weise geschildert.

Die Auswahl und Behandlung der Platten, die stereoskopischen Röntgenaufnahmen, die plastischen Röntgenbilder, das Blendenverfahren werden ausführlich besprochen.

Eine Anzahl recht hübscher Tafeln erläutert die vielfache Anwendungsmöglichkeit der Röntgenstrahlen im Tier- und Pflanzenreiche. Nicht besonders gelungen, weil ohne Strukturzeichnung, sind die ebenfalls mit der Influenzmaschine hergestellten Aufnahmen menschlicher Extremitäten.

Die anregende Lektüre des Büchleins kann jedem, auch dem praktischen Arzte, auf das angelegentlichste empfohlen werden.

H. E. Schmidt-Berlin.

Der abscheuliche Lebertran! Sollte man nicht endlich den alten Zopf abschneiden dürfen und statt Lebertran und Tranpräparate für die Folge Fucol und Fucol-Präparate verordnen? Fucol wirkt doch bei sonst gleichen Eigenschaften energischer und schneller und schmeckt angenehmer. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten M. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

ALLGEMEINES.

Versammlung der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte zu Wiesbaden, am 17. Oktober 1908, nachmittags 4 Uhr. Tagesordnung: 1. „Die neuro chemischen Korrelationen im Organismus und ihre Bedeutung fur Physiologie und Pathologie.“ Vortrag von Herrn Dr. med. Karl Bernold Martin aus Freiburg i. Br. Auch von den Herren Drs. Kauffmann aus Wildungen (Winter in Wiesbaden), Faßbender aus Ibbenbüren i. Wfl., Spohr aus Frankfurt a. M. und anderen Kollegen sind Referate über die Beziehungen der Biologie zur Medizin in Aussicht gestellt worden, so daß eine bedeutende Debatte über den Gegenstand zu erwarten sein dürfte. Im Behinderungsfalle von Dr. Martin haben sich die genannten Herren als Ersatzmänner angeboten. 2. „Ueber mein Lebensgesetz.“ Von Dr. med. Kleinschrodt vom Sanatorium Erdsegen in Oberbayern. 3. „Der Wert der Biologie für die Volkswohlfahrt.“ Vom Unterfertigten. 4. Beratung über Programm, zukünftige Gestaltung und Arbeitsplan der Freien Vereinigung. — Es wird beabsichtigt, die wissenschaftlichen Ergebnisse der Sitzung in einem besonderen Berichte herauszugeben, wozu sich der Verlag der „Therapeutischen Rundschau“, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., vorläufig bereit erklärt hat. Als Anhang könnten noch weitere Arbeiten von Mitgliedern der Fr. V. Aufnahme finden. Auch Nicht-Mitglieder des ärztlichen Standes sind als Gäste willkommen.

Harburg a. E., im August 1908. Dr. med. Bachmann.

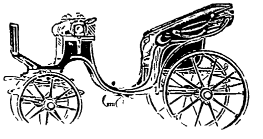
Hoffenden und stillenden Frauen reicht man mit größtem Nutzen für sich und das kommende Geschlecht einen Ersatz für den Verbrauch an Kalk und Phosphor in
Geh. Rat Dr. med. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Abhandlungen und Prospekte durch
Dr Hoffmann & Köhler, Harburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES **KARLSBADER** SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader **SALZ**
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, **schmerzhafte Stuhlentleerung.**
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C 2/28.

Rhachisan
Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.
Bestandteile:
Ol. Jecoris Aselli . . . . 30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . 1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)
Ferrum manno-viteliat. (D. R. P. angem.) 15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)
Corrigentia und Wasser . . . . ad 100
Proben und Literatur gratis!
Dr Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate



Hugo Scheidt Lemgo i. Lippe
Fabrik f. Luxus- u. Gebrauchswagen.
Spezialitat:
Wagen für Ärzte.
Offerten bereitwilligst.

LEUKROL
(Extr. Aristolochiae Jubahar.)

Indikationen: **Chlorose, Anämie, Nervenschwäche, Fluor albus non gonorrhoicus,** bei welchem „Leukrol" auch in den hartnäckigsten Fällen, wo jede andere Therapie versagte, schnell und sicher Heilung brachte.

„Was Eisen und Arsen nur mühsam vermochten, erzielte „Leukrol" schnell."

Dieses Urteil eines vielbeschaftigten praktischen Arztes uber „Leukrol" wird von den meisten Herren Aerzten, welche „Leukrol" versucht haben, in den verschiedensten Variationen wiederholt Die Wirkung wird in vielen Fällen als „geradezu uberraschend" bezeichnet

Dosierung: 5—6 Tabletten oder viermal 1 Teeloffel Fluid-Extrakt taglich.

Preis: Pro Schachtel à 30 Tabletten 3,— M., Kassenpackung (12 Tabl.) **1.— M.,** Fluid-Extrakt pro Flasche à 100,0 3,— M., Leukrol-Malzextrakt pro Glas 3,— M.

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Chemische Fabrik Erfurt, G. m. b. H.
in Erfurt-Ilversgehofen.

Chologen
Nucleogen
Phagocytin
Eusemin
Aseptisches (nach Prof. Dr. Karewski)
Nähmaterial

Ausführliche Literatur und Muster stets gern zu Diensten.
Physiologisch-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg
Berlin-Charlottenburg 4, Wilmersdorferstrasse 52.

Dr. Walter Koch's „Prävalidin"
Salbenkombination zur perkutanen Einverleibung von Kampher u. Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. und II. St. der **Lungentuberkulose,** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. St. Spezifikum bei **Emphysem, Bronchitis chronic. Influenza, Anaemie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung. Tuben à 1,20 M für Erwachsene und 0,80 M. für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhaltlich. Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Literatur und Proben durch die
Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.

Eine vorzügliche Neuheit!

D. R. G. M. 332172.

Prospekte mit Preisen und näherer Beschreibung auf :: :: :: :: Wunsch :: :: :: :: ::

Die schönsten und beliebtesten Anstaltsbetten sind meine neuen
Holz-Reformbettstellen
(Konstruktion patentamtl. geschützt)
in direkter Verbindung mit Stahlmatratzen. Dieselben werden in allen Farben **poliert** geliefert und sind trotzdem nicht teurer als gewöhnliche gestrichene Bettstellen. Durch Verwendung von Messingstäben und Messingpaletten erhalten dieselben ein elegantes Aussehen. Für bessere Institute sind die Bettstellen vorzüglich geeignet, da deren Insassen meistens nicht gewohnt sind, auf Eisenbetten zu schlafen und diese als etwas Minderwertiges ansehen.

Fritz Brune, Reformbetten- und Polsterwarenfabrik, **Hameln a. Weser.**

Nur die Marke O. Z. bietet Gewähr für unseren hocheleganten, durch viele Ausland-Patente und D. R. G. M. geschützten **Original-Kneifer.** Prospekte und Literatur gratis und franko. — **Alleinverkauf nur:**

Keine Filialen in Berlin
Orthozentrische Gesellschaft
nur echt mit O. Z. Stempel
Potsdamer Strasse 132
Vorsicht! Nicht Ecke Eichhornstr.
O. Z. Kneifer von 5 Mk. an

Prof. Dr. Soxhlet's Nährpräparate:
Nährzucker u. verbess. **Liebigsuppe**
in Pulverform in Dosen von 1/2 kg Inh. zu 1.50 M.
Nährzucker-Kakao in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von 1/2 kg Inhalt 1,80 M.
Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat saccharat sol. Ph. IV. die Dose von 1/2 kg Inhalt 2.— M.
Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
Den H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
P. Gerber, Königsberg. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 13. September 1908. Nr. 37.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
1. G. Reimer, Lage i. L.: Elektizismus in der Medizin 545

II. Referate:
1. H. Landau, Berlin: Chirurgie 548
2. M. Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden 550
3. W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie 551

III. Mitteilungen über Arzneimittel:
1. W. Krüger, Magdeburg: Referate 553

IV. Technische Neuerscheinungen:
M. Pliem, Berlin: Hörtelephon für Schwerhörige 554

V. Bücherbesprechung:
F. Meudel, Essen: Die Fibrolysinbehandlung (Ref.: W. Krüger, Magdeburg) 555

VI. Allgemeines 555

ORIGINALIEN.

Eklektizismus in der Medizin.

Eine historisch-therapeutische Studie.

Von Dr. **G. Reimer**, Lage i. L.

Es hat von jeher dem Menschen das Bedürfnis innegewohnt, in Fällen von Krankheit und Leid Hilfe und Mitleid unserer Mitmenschen zu suchen und in Anspruch zu nehmen, wie andererseits dem Erkrankten, Hilflosen in seinem Leide Trost und Hilfe zuteil werden zu lassen und die bestgemeinten Ratschläge für seine Genesung zu erteilen.

Diese gute Absicht ist sicherlich auch bei der Menschheit des Uralters vorhanden und Ursache gewesen, daß sie in primitiver Form Mittel suchten, um die Schmerzen zu lindern oder erlittene Wunden zur Heilung zu bringen, z. B. daß sie den fieberglühenden Körper mit Wasser labten oder mit kühlenden Blättern oder Gras bedeckten usw.

Die Medizin bei den heutigen von der Kultur noch unbeleckten Naturvölkern, von der wir mancherlei Interessantes durch die Forschungsreisenden erfahren, hat ohne Zweifel große Aehnlichkeit mit der Höhe der Entwicklung, auf der die Völker der Erdteile im grauen Altertume standen. Der Medizinmann ist meistens zugleich Priester oder aus diesem Stande hervorgegangen, der sich durch größere Intelligenz vor seinen Stammesgenossen ausgezeichnet, dem man das Vertrauen entgegenbringt, daß er mit der Gottheit in Verkehr stehe und der Gottheit Hilfe vermitteln könne.

Nicht selten wählt sich dieser Medizinpriester auch den einen oder anderen aus, den er in seine Geheimnisse einweiht und zu seinem Nachfolger erzieht. Der Neuling kann nur langsam stufenweise den höheren Grad erreichen und muß dazu häufig förmlich einen Befähigungsnachweis erbringen. Gelingt es einem dieser Anwärter, sich auf diese Weise das Vertrauen des Stammes zu erringen, dann allerdings ist sein Einfluß ein ganz unbegrenzter, unglaublicher auf die Einbildung der blind glaubenden und gehorchenden Massen.

Der Medizinmann pflegt nicht einfach darauf los zu behandeln, sondern sucht erst die Ursache der Krankheit zu erforschen, und nach der Aetiologie der Krankheit richtet sich die Behandlung.

Hat ein Dämon von dem Kranken Besitz genommen, so versucht er es, ihn durch Bitten und Schmeicheln oder durch Fasten und Beten oder durch Drohen und Schelten, je nach der Gottheit, zum Verlassen seines Opfers zu veranlassen; glaubt er in der Krankheit eine Strafe zu erkennen, die ein Gott geschickt, so hilft natürlich nur Beten und Opfern, hat ein Gott einen Teil des Körpers, die Seele oder das Nierenfett geraubt, so muß er versuchen, ihm dieses wieder abzujagen oder durch Ueberlistung zurückzugewinnen, hat ein Feind die Verhexung fertig gebracht, dann gilt es, einen kräftigen Gegenzauber anzuwenden. Zauberformeln, die kein anderer, zuweilen er selbst nicht versteht, murmelnd oder singend, muht er sich um den Kranken, bis derselbe, förmlich hypnotisiert, Zeichen der Besserung zu erkennen gibt. Seine sonstigen Mittel bestehen z. B. in mehr oder weniger kräftiger Massage, die bis zum Klopfen, Schlagen, Geißeln, Treten des Kranken sich steigert, in Anwendung von Wasser, meist in der Form, daß der Medizinmann mit seinem Munde, den er voll Wasser nahm, den Körper des Kranken oder das erkrankte Glied bespritzt, so daß die rasche Verdunstung eine Abkühlung erfolgen läßt. Auch Arzneien wenden sie an in Form frischer Säfte aus Pflanzen oder als Infuse und Dekokte, sogar Salben, Pulver und Pillen stellen sie her aus Pflanzen, deren abführende oder brechreizende, blasenziehende oder lindernde Wirkung sie kennen gelernt haben.

Daß sie über die Ansteckungsgefahr z. B. Lepröser oder Darmkranker nicht im Unklaren sind, beweist der Umstand, daß bei manchen Völkern abgesonderte Orte und Hütten bestehen, in denen diese Kranken zwangsweise untergebracht und bewacht werden.

Wie heute noch bei den Naturvölkern, so stand im Altertume die Heilkunst in innigem Zusammenhang mit dem religiösen Kultus. Bei den verschiedenen Seuchen, die schon damals nachweislich grassierten und den dagegen Wehrlosen gewaltigen Schrecken einjagten, wandten sie sich angstvoll und hilfesuchend an ihre Götter durch Vermittelung der Priester. Die Antworten und Ratschläge dieser klugen Priester nahmen sie hin als eine Offenbarung der Götter. Erst mit erwachender Intelligenz trennte sich eine besondere Priesterkaste ab, die sich nur mit Krankenbehandlung befaßte, jedoch immer noch auf theurgisch-mystischer Grundlage. Die ältesten Dokumente medizinischer Lehre stammen von den alten Indern, etwa aus dem Jahre 1000 v. Chr.; es ist dies der von Susrutas in Sanskritschrift verfaßte Ayur-Veda. Dies Werk gibt uns Kunde von einem Hochstande medizinischen Könnens, das dem unseres Mittelalters kaum nachstand. Außerordentlich groß ist darin die Fülle der diätetischen Vorschriften und der Inhalt der Arzneimittellehre, die sowohl die Pflanzenstoffe, giftige und ungiftige, als auch mineralische Mittel reichlich enthielten. So kannten sie gegen den giftigen Schlangenbiß nicht bloß wirksame Gegengifte, sondern legten den größten Wert auf die chirurgische Behandlung, Abbinden der Extremität, Ausbrennen der Wunde usw. „Nur die Vereinigung der Medizin und Chirurgie“, sagt Susrutas, „bildet den vollkommenen Arzt. Der Arzt, dem die Kenntnisse des einen dieser Zweige abgehen, gleicht einem Vogel mit nur einem Flügel.“ So kannten sie nicht nur und besaßen viele Instrumente, die auch wir jetzt noch anwenden, z. B. die Messer zur Abszeßöffnung, Spekula zu innerer Untersuchung, Nadeln, Knochensäge, Schröpfköpfe, Lanzetten, mit denen sie in genau beschriebener Art Aderlässe vornahmen, sondern sie operierten auch gutartige und bösartige Geschwülste, die sie genau diagnostizierten, eröffneten Abszesse der Brustdrüse mit Schonung der Milchgänge, heilten Teleangiektasien durch Unterbindung, heilten Frakturen, die sie durch Krepitation von Luxationen unterscheiden konnten, ja sogar die Lithotomie, bei Frauen mit dem Blasenscheidenschnitt, Fisteloperationen des Darmes führten sie aus und wagten mit Erfolg Parazentese des Leibes, Laparotomie und Darmnaht.

Der ärztliche Stand war in allerhöchstem Ansehen, es durfte sich demselben nur einer aus der allerersten Kaste widmen, den man bezüglich seiner körperlichen, geistigen und moralischen Eigenschaften für würdig dazu erachtet hatte. Es herrschte ein starrer Dogmatismus, die Fortschritte, die einer vernünftigen Empirie entsprangen, wurden als Geschenk der Götter, als deren Offenbarung angesehen, und doch mag es unter diesen klugen Männern manch einen gegeben haben, der es verstand, aus dem reichen Wissensschatze seiner Vorgänger zu schöpfen und in geeigneter Form für seine Kranken zu verwenden.

Die Griechen führten die Ursprünge der Heilkunde zurück auf Asklepios (Aesculap), der gegen 1200 v. Chr. gelebt haben soll, und den sie wegen seines hervorragenden Wirkens als einen Gott verehrten, dem zu Ehren in den folgenden Jahrhunderten zahlreiche Tempel gegründet wurden, in denen Kranke durch Vermittlung der Priester Heilungen erwarteten.

Für die tiefere Entwickelung der Heilkunde war das Lehren und Wirken des Hippokrates (400 v. Chr.) von nachhaltigem Einfluß. Er unterschied als Ursachen der Krankheiten äußere, von dem Willen des Menschen unabhängig eintretende (Klima, Jahreszeiten, Lebensalter und epidemische Einflüsse), und von dem Willen des Menschen abhängige Schädlichkeiten, hauptsächlich diätetische Einflüsse, die geeignet seien, die „Krasis“ der Kardinalsäfte zu verändern und durch Ueberfluß oder Mangel an Blut, Schleim, gelber oder schwarzer Galle, zuweilen auch des „πνεῦμα“ sich äußerten. Aus seinen Lehren entwickelte sich die dogmatische Schule, der nach kurzer Zeit die empirische Schule gegenübertrat. Während die dogmatische Schule in Spitzfindigkeiten über Naturphilosophie und leeren Hypothesen sich verlor, lief die empirische Schule die Gefahr trostloser Handwerksmäßigkeit, da sie die Erfahrung nicht als Quelle, sondern Zweck ihres Wissens betrachtete und jede Theorie verachtete. Doch hat sie durch genaue Symptomatologie und durch die Lehre von den Indikationen und Wirkungsweise der Arzneien sowie durch die Ausbildung der Chirurgie sich nicht geringe Verdienste erworben. Ein Eklektiker feinster Art war Asklepiades (128 bis 56 v. Chr.), dem es gelang, in Rom, wohin er nach Studien in Athen mittellos einwanderte, der bis dahin durch Sklaven und Freigelassene in Verruf gebrachten Medizin durch sein feines Auftreten und vertrauten Verkehr mit den Gebildeten, z. B. Cicero, Achtung zu verschaffen und den Ruf eines ausgezeichneten Arztes zu gewinnen. Von ihm stammt das bekannte „Cito, tuto, jucunde“. Aus der in Rom blühenden demokritisch-epikureischen Lehre und seinen griechischen Erfahrungen kombinierte er sein Lehrsystem, wonach der Körper aus unzähligen Poren bestehe, die durch die Atome in Verbindung ständen, in denen sich die Säfte des Körpers bewegten. Stockung der Atome in den Kanälen, sowie Erweiterung und Verengerung derselben und Vermischung der flüssigen und geistigen Stoffe bildeten die Ursache der Krankheiten.

In seiner konsequenten Therapie spielten die bis dahin üblichen Arzneimittel eine nebensächliche, diätetische Maßregeln dagegen die Hauptrolle, er bediente sich in fieberhaften Krankheiten, wie er sagte, des Fiebers selbst als Heilmittel, dem er mit Hungern und Fasten, Wassertrinken, Bädern und Massage zu Leibe ging. Durch die Reibungen sollte ja die Beweglichkeit der stockenden Atome wieder hergestellt werden, auch kannte er die einschläfernde Wirkung des gelindesten Streichens mit den Fingern (Hypnose), die Hydrotherapie soll nicht selten drastisch von ihm in Form von kalten Sturz- und Regenbädern angewandt sein. Von den Schriftstellern werden auch seine hohen Kenntnisse des in Rom epidemischen Wechselfiebers, der verschiedenen Formen der Wassersucht, die Anwendung der Tracheotomie und Parazentese gerühmt. Seinem Beispiel und seiner Lehre folgte die Schule der Methodiker.

Von den Enzyklopädisten der römischen Kaiserzeit hat sich Celsus (30 v. Chr. bis 40 n. Chr) vorzüglich als Eklektiker bewährt und einen Namen gemacht. Er schrieb sein großes Werk „de artibus“, in dem er über Medizin, Landwirtschaft, Rhetorik und Kriegskünste in glänzender Sprache Altes und Neues behandelt, nicht nur für Aerzte, sondern auch für Gebildete anderer Berufe. Ausgestattet mit gründlichen medizinischen Kenntnissen und philosophischer Bildung verstand es Celsus, sich über die Parteien zu stellen, und von diesem höheren Standpunkte aus erkannte er die Vorzüge des Hippokratischen Dogmatismus und der den Lehren des Asklepiades folgenden methodischen Schule an, beleuchtete aber treffend ihre Fehler und Schwächen. Auch Athenaeus (60 n. Chr.) versuchte die Theorien der Dogmatiker, Methodiker und Naturphilosophen von höherer Warte aus eklektisch zu sichten und in der Lehre von dem Pneuma zu vereinen: das Pneuma ist die allgemeine Weltseele, durch deren Ausflüsse die Seelen der Menschen, Tiere und Pflanzen gebildet wurden. Seine Schüler und Nachfolger bezeichnet man daher allgemein mit dem Namen Eklektiker, ihre Richtung als eklektische Schule, die die letzte der Schulen des Altertums gewesen ist.

Alle diese Schulen, die Dogmatiker, Empiriker, Methodiker und Eklektiker, hatten ihre Anhänger unter den Jüngern, die die Heilkunde ausübten und die sich, jeder von der Richtigkeit und Berechtigung nur seiner Lehre überzeugt, voll Gift und Galle anfeindeten und bekämpften, als Galen (131 bis 201 n. Chr.) auftrat. Er sah mit offenem Auge die Schäden, die ein solches fruchtloses Zanken für die Wissenschaft und eine segensreiche Therapie haben mußte, und faßte den Plan, die Wissenschaft zu reformieren, indem er sich gegen alle diese Systeme zusammen wandte.

Er entnahm der Methode des Hippokrates die Beobachtung, stellte sie aber auf wissenschaftliche Basis einer genauen Anatomie und Physiologie, die beide seit den Zeiten der Alexandrinischen Schule wohl Fortschritte gemacht hatten, deren Fortschritte aber der praktischen Heilkunde nicht zugute gekommen waren, da sowohl die empirische wie methodische Schule sich mit aller Kraft gegen deren Einfluß gewehrt hatten und lediglich auf theoretischen Voraussetzungen bauten. Es war sein großer Gedanke, Theorie und Praxis durch sein philosophisches System zu verbinden, wodurch es ihm gelang, für jede Frage eine passende Antwort zu finden, indem er die

Einzelbeobachtungen so oft und so lange drehte, bis sie eben in sein System paßten.

Dieses formvollendete System hatte die Gefahr freilich und hat sie anderthalb Jahrtausend bewiesen, daß von nun an jede selbständige fortschrittliche Forschung unterdrückt wurde.

Man kann Galen den größten Anatom und Physiologen des Altertums nennen. Durch Zergliederung von Tieren, gefallenen Kriegern und Verbrechern, die den wilden Tieren vorgeworfen waren, fügte er der Kenntnis der Knochen noch diejenige von der ernährenden Knochenhaut, den Knorpeln und Bändern, den Muskeln und Verzweigungen der Blutgefäße mit ihren drei Häuten hinzu. Vor allem imponiert seine Nervenlehre über den Ursprung der sieben Gehirnnerven und deren Verlauf, die Häute des Gehirns und Rückenmarks, sowie die Anatomie des Herzens und der Blutgefäße.

Das bekannte „Contraria contrariis", d. h. es müsse dem Kranken ein direkt entgegenstehender Zustand herbeigeführt werden, stammt von Galen. Er lehrte auch, daß die Unterlassung des Aderlasses im allgemeinen weniger schade als dessen Mißbrauch, wie er von manchen Aerzten im Beginn jeder Krankheit gebräuchlich sei. Neben Bädern, Salbungen, aktiver und passiver Massage wandte er eine ganze Anzahl von Arzneimitteln an, sowohl einzeln wie in den verschiedensten Zusammensetzungen.

Von der Entwickelung der Medizin bei den Arabern im Mittelalter ist wenig an dieser Stelle zu sagen, noch weniger von der des Abendlandes, die fast gänzlich in den Händen von Mönchen sich befand, die den Aberglauben der Kranken nicht unterdrückten, sondern ausnützten. Erst als die Reformation im 16. Jahrhundert neues Leben und helleres Licht verbreitete, gelang es, durch Wiederentdeckung der verbotenen und inzwischen verlernten Anatomie die Medizin von den Fesseln der Scholastik zu befreien, in denen sie Jahrhunderte lang gelegen. Welchen Tiefstand die Heilkunde noch am Ende des 16. Jahrhunderts zeigte, davon zeugt ein schweinsledernes, gedrucktes, dickes Handbuch eines Dr. Wittichius, das 1601 von diesem Stadtmedikus zu Arnstadt herausgegeben wurde, dessen tolle und ekelhafte Verordnungen wahrhaft Mitleid einflößen können, wenn man bedenkt — wie Ausrufungszeichen und Fragezeichen an dem Rande des Druckes beweisen —, daß diese Verordnungen nicht bloß mit Andacht gelesen, sondern auch gewissenhaft befolgt wurden.

Dieser edle Menschenfreund empfiehlt — das Buch, dick wie eine Bibel, ist seinem Kurfürsten gewidmet — gegen Pleuritis 2 handvoll Pferdemist mit Ingwer gestoßen, in ein leinen Tuch gewickelt und zugeschlagen, in einem neuen Topf mit 1½ Maß Wein begossen, zum Drittel einzukochen. Davon soll der Kranke „einen guten Trunk" alle Morgen trinken und warm zugedeckt zum Schwitzen gebracht werden. „Ein gut Experiment" freilich, da muß einem der Angstschweiß ausbrechen. Gegen Unsinnigkeit hilft Gehirn eines Widders, gegen Milzschwellung Hirschzungen, gegen Nierensteine gebrannter Hase, gepulvert und mit den verschiedenen Kräutern vermischt. Ein gut Experiment wider das Podagra: Nimm den Harn von einem unbefleckten jungen Knaben, destilliere ihn, darnach leg zerstoßen Knoblauch hinein, vermach das Geschirr oben wohl zu, putrificiers 4 Tage nacheinander, alsdann destilliers zum andern mal, dies Wasser lindert den Schmerzen des Podagra wunderlich mit einer Feder darauf gestrichen. Die Pilulae imperiales Arnoldi — man kann sie Allheilpillen nennen — bestehen aus nicht weniger als 35 verschiedenen Mitteln der Apotheke, die alle genau abgewogen und vermengt gegen ungefähr alle möglichen Krankheiten von unzweifelhafter Wirkung sind. Nasenbluten wird gestillt, indem Schweinsdreck, so warm er von den Schweinen kommt, für die Nase gehalten wird.

Und doch hatte schon länger als 50 Jahre vor Erscheinen dieses Buches eine Reformation auch der Heilkunde eingesetzt, veranlaßt teilweise durch das Wiedererblühen des geistigen, politischen und sozialen Lebens nach der Entdeckung von Amerika, teilweise durch das Auftreten von Seuchen und Krankheiten, von denen die Syphilis als neue Erscheinung durch ihren schreckenerregenden Umfang und ihre unbekannten Ursachen Aerzten und Gelehrten gleicherweise ein schwer lösbares Rätsel aufgab.

Den Anfang hatten die Neuforschungen des Vesalius (1514 bis 1565) auf dem Gebiete der Anatomie gemacht, der sich im Gegensatz zu anderen Anatomen, von denen es schon mehrere gab, nicht damit begnügte, seine Funde der Lehre Galens anzupassen und einzugliedern, sondern den echten Mannesmut besaß, der ihn auch nach dreijähriger Tätigkeit in Padua seinen Lehrstuhl kostete, offen heraus zu sagen, was seiner Ansicht nach falsch war an den Befunden Galens; er war nahe daran, den Blutkreislauf zu entdecken, es gelang ihm jedoch nicht, sich frei zu machen von der alten Galenschen Weisheit, daß das Blut in der Leber gebildet wurde. Auf den Grundmauern dieser neuen Anatomie konnte jetzt die Chirurgie weiter bauen, die infolge der durch die Schußwaffen geschaffenen Wunden sich auch vor Fragen gestellt sah, auf die sie von dem alten Galen keine Beantwortung erwarten konnte. Da half der Eklektiker Paracelsus (1493 bis 1541) oder auf gut deutsch von Hohenheim die Bresche vollenden. Er hatte offenen Auges während seiner Lehr- und Wanderjahre fleißig gearbeitet, auf den Universitäten, in den scholastischen Wissenschaften, der Naturwissenschaft und Philosophie, er hatte nicht bloß in den Fuggerschen Hüttenwerken die Alchemie, als Wundarzt verschiedener Heere Chirurgie gelernt, sondern er schöpfte, wo er konnte, auch „bei den Scheerern, Badern, Weibern, Schwarzkünstlern, bei den Alchymisten, Klöstern, bei Edlen und Unedlen, bei Gescheidten und Einfeltigen". Er trug zuerst in deutscher Sprache vor und verbrannte öffentlich die Bücher Galens zum Zeichen seines Widerspruches. Seine Verdienste sind, daß er die Chemie dem Arzneischatze dienstbar machte und daß er den Gedanken aussprach, der erst viel später Wirklichkeit wurde, die Therapie durch die „Arcana" nicht gegen die Krankheitssymptome, sondern gegen die Krankheitsursachen wirken zu lassen.

Das Zeitalter Galileis im 17. Jahrhundert brachte dann mit einem phänomenalen Aufschwung der mathematischen und Naturwissenschaften statt mystischer Auffassung einen gesunden Realismus.

Die Erfindung des Mikroskops und des Thermometers, die neu gefundenen Gesetze von Wärme, Schall, Polarisation u. a. ermöglichten jetzt erst einwandfreie exakte Untersuchungen, die hohe wissenschaftliche Erfahrung und Beobachtung zeitigten. Aber für die Therapie der Krankheiten kam bei allen den geistreichen Forschungen und rastlosen Arbeiten hervorragender Köpfe wenig heraus; eine Irrlehre folgte der anderen, man drehte sich wie im Kreise auch im 18. Jahrhundert, trotz Gründung von Kliniken. Es gab wohl Männer, wie Frank und Hufeland, die ihre Stimme erschallen ließen: zurück zur Natur! aber nur ein leises Echo fanden sie an dem Wall ihrer Kollegen, deren gewaltige Mehrzahl noch von philosophischen Anschauungen umfangen war und sich in komplizierter Rezeptschreiberei hinwegtäuschte über Ursachen und Zusammenhang der Krankheiten.

So war der Grund und Boden beschaffen und vorbereitet, in dem ein neugepflanztes Bäumchen seine Wurzeln entwickeln lassen und allmählich sich auswachsen konnte zu einem stattlichen Baume, der sich nun nicht mehr in seinem Wachstum aufhalten und unterdrücken ließ. Samuel Hahnemann, geboren in Meißen 1755, gründete gegen Ende des 18. Jahrhunderts ein neues Heilverfahren, die Homöopathie. Er glaubte durch Versuche mit der Chinarinde, deren Entdeckung schon einige Jahrhunderte vorher zu Paracelsus Zeiten mächtig an dem morschen Gebäude des Galen gerüttelt hatte, an seinem eigenen Körper gefunden zu haben, daß sie bei dem gesunden Organismus Symptome hervorrufen, ähnlich denjenigen bei Wechselfieber, und trat im Gegensatz zu Galens „Contraria Contrariis" mit der Theorie auf „Similia Similibus", d. h. nach den Symptomen, den äußeren Anzeichen der Krankheit, solle dasjenige Mittel gewählt werden, das an dem gesunden Körper dieselben oder ähnliche Veränderungen hervorriefe.

Er wollte also nicht, wie Hufeland, daß die Natur selbst die Krankheit überwinde und der Arzt nur der Diener oder Handlanger der Natur sein solle, sondern er hatte die Absicht im erkrankten Körper eine ähnliche Krankheit zu schaffen, seine Heilmittel sollten eine krankheitserregende Potenz darstellen, diese so geschaffene Gegenkrankheit sollte die Krankheit aufheben. Seine Mittel entnahm er dem Arzneischatze der damaligen Medizin, er verwandte Essenzen, hergestellt durch Auspressen des Saftes frischer Arzneipflanzen und Vermischung mit gleichen Teilen Weingeist, Tinkturen aus getrockneten Drogen, durch Ausziehen mittels der fünffachen Gewichtsmenge Weingeist oder durch Lösung chemischer Substanzen, die im Wasser oder Weingeist löslich sind, während unlösliche Präparate zu Verreibungen bereitet wurden mit Milchzuckerzusatz in gleichem Verhältnis. Nach anfänglich üblicher Zentesimalskala gingen seine Anhänger, da sie keine Erfolge bei diesen übertriebenen Verdünnungen mehr sahen, später zu der Dezimalskala bei der Potenzierung und Verreibung über, d. h. die 1. Potenz enthält $^1/_{10}$ der Arznei = 0,1, die 2. Potenz = 0,01, die 3. Potenz = 0,001 usw. Seine Lehre bedeutete gegenüber den ungemein komplizierten Rezepten seiner allopathischen Kollegen, wie er sie benannte, eine deutlich erkennbare Vereinfachung, die jedem Kranken auffallen mußte, denn er vermied es von vornherein, Arzneigemische anzuwenden, sondern riet, möglichst mit einem Mittel auszukommen, wenn man dessen Wirkung vorher sich klar gemacht hätte. Vor allem sicherte seinem System einen Erfolg der Umstand, daß er, wenn auch gänzlich unbewußt, Rückkehr hielt zur Naturheilung durch genaue Vorschrift einer einfachen blanden Diät, da er bei ungeeigneter scharfer Kost für die Wirksamkeit seiner schwachen Gaben fürchten mußte.

Wenn Hahnemann auch den Anlaß zur Gründung seines Systems dem Studium der Schriften Paracelsus, und Cullens verdankt, aus denen er den Ausdruck Similia Similibus, der dort vorkommt, entnommen hat, so ist er doch mehr originell als Eklektiker; anders Rademacher, „der Alte von Goch“, der in der Absicht, die Medizin von den Auswüchsen des Brownianismus und der Naturphilosophie zu befreien, noch 1843 seine „verstandesrechte Erfahrungsheillehre“ schrieb, in der er wesentlich aus Paracelsus und Sydenham schöpfte, um schließlich zu dem schlimmen Fehler des Herumprobierens zurückzukehren. Nach ihm begegnen wir noch einmal einer Gruppe von Eklektikern, die aber auf steuerlosem Schiffe hilflos therapeutischem Nihilismus entgegentrieben, so daß einer der besten von ihnen, Stieglitz, 1840 trostlos sprach: „Die deutsche Medizin ist so gesunken und erschlafft, daß ihr jede Aufrüttelung heilsam sein muß, alles, was sie in neue Bahnen versetzt, selbst wenn diese reich an Irrtümern und Verkehrtheiten sein sollten.“

Schon ließ die Morgenröte des nahenden Tages ihre ersten Strahlen hervordringen, ohne daß dieselben gleich überall beachtet wären. Wieder war es die Anatomie, diesmal die pathologische Anatomie, die unter Rokitansky in der Wiener Schule durch mikroskopische Forschungen bahnbrechend hervortrat. Seinem Beispiel folgte in Deutschland Virchow, der Begründer der Zellularpathologie. Er legte in klarster Weise, durch seine peinlich exakten mikroskopischen Untersuchungen für jedermann verständlich fest, daß wie von Schwann die Pflanzenzelle als Grundbestandteil jeder Pflanzenbildung, so die Zelle auch für die tierischen und menschlichen Wesen die Urform sei, auf deren Lebensbetätigung alles zurückzuführen sei.

Mit einem Schlage nahm die Anatomie durch Schaffung der Histologie ein ganz neues verändertes Aussehen an, die mikroskopische Pathologie gewährte einen Einblick in die Krankheitsursachen und -zusammenhänge, der bis dahin neu gewesen.

Auch die Physiologie, die schon durch innige Verbindung mit der Naturwissenschaft und der gut ausgebildeten Chemie im Aufblühen begriffen, bemächtigte sich dieser Forschungen und baute auf dieser Basis unter Hoppe-Seyler und Dubois-Reymond unumstößliche biologische Lehren. War es Virchow gelungen, den Tuberkel als den Träger der Tuberkulose zu erkennen, so wies der Bakteriologe Koch durch seine Färbungsmethode nach, daß der Tuberkelbazillus solche Tuberkel hervorriefe, und es gelang ihm, nicht bloß diesen Bazillus, sondern auch den Cholerabazillus durch seine Reinkulturen zu züchten und zu isolieren. Dann ging er weiter und stellte aus den Ausscheidungsgiften solcher Tuberkelkulturen Serumstoffe her, um mittels derselben die Krankheit zu heilen. Zwar mißlang ihm der erste und zweite Versuch, aber daß seine Theorie gegenüber der Tuberkulose richtig, das zeigte Behring, dem es gelang, in analoger Weise ein Heilmittel gegen die Diphtherie zu gewinnen, indem er das Blutserum von Tieren verwandte, die er gegen das Diphtheriegift immun gemacht hatte. (Fortsetzung folgt.)

REFERATE.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Operative Behandlung des Lungenemphysems.** Von L. Müller. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1908, Nr. 9.
2. **Das Gebiet der ambulatorischen Operationen.** Von Jul. Sternberg. Med. Klinik, 1908, Nr. 24.
3. **Ueber Gelenktransplantation.** Von Erich Lexer. Ibidem, Nr. 22.
4. **Ueber Ellbogenresektionen mit Erhaltung der Beweglichkeit.** Von V. Schmieden. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 33.
5. **Zur Frage der Hirnpunktion.** Von Fedor Krause. Ibidem, Nr. 29.
6. **Der plastische Ersatz von traumatischen Defekten der Ohrmuschel.** Von Schmieden. Ibidem, Nr. 31.
7. **Operation von tiefliegenden Zungenabszessen.** Von A. Brunk. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 23.
8. **Ueber die Behandlung von Fingerfrakturen.** Von P. Ewald. Ibidem.
9. **Zur Technik der Nadelextraktion.** Von Carl Haeberlin. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 32.
10. **Bemerkungen zur Behandlung der Hydrozele.** Von Heinrich Mohr. Ibidem.
11. **Zur Radikaloperation der Leistenbrüche. Faszienknopfnähte.** Von Hackenbruch. Ibidem.
12. **Die Operation von Leisten- und Schenkelhernien in lokaler Anästhesie.** Von A. Nast-Kolb. Ibidem, Nr. 33.
13. **Die Technik der Geh-Gipsverbände.** Von James Fränkel. Ibidem.

1. Die von Freund vorgeschlagene Operation (Durchschneidung der oberen Rippenknorpel, um die obere Brustkorböffnung beweglicher zu machen) ist bereits mehrmals bei Emphysem mit starrer Brustkorberweiterung erfolgreich ausgeführt worden. Es lassen sich nach Müllers Sammelreferat folgende Ergebnisse feststellen: Die Operation ist von unverkennbarem Nutzen, auch wenn sie nur auf einer Seite ausgeführt wird; sie ist weder technisch schwierig noch — unter örtlicher Schmerzbetäubung — für den Kranken allzu eingreifend. Zeitpunkt der Wahl ist das Auftreten von Atemnot bei mittleren, spätestens bei ganz leichten Anstrengungen. Auch sekundäre Herzinsuffizienz schließt Möglichkeit und Erfolg des Eingriffs nicht aus.

2. Ob ein Eingriff ambulatorisch vorgenommen werden kann, hängt in erster Linie natürlich von der Möglichkeit ab, den Kranken nachher nach Hause zu schicken, dann aber noch von anderen Erwägungen z. T. rein ärztlicher Art. So wird man Leute, die zu Hause ohne Pflege sind, auch wegen verhältnismäßig geringer Eingriffe lieber im Krankenhaus aufnehmen, wenn strenge Bettruhe erforderlich ist; man wird keine ambulante Plastik machen, wenn irgendein Familienglied ein Erysipel hat, und ebensowenig bei dem Kinde einer Hochschwangeren ein Empyem operieren. Sonst aber ist mit Hilfe sorgfältiger Asepsis und unter Anwendung der örtlichen Betäubung, des Aetherrausches u. dgl., sowie großer, möglichst fixierender Verbände — die bei ambulanten Kranken viel größere Bedeutung haben, als auf der Station — der Kreis der ambulatorischen Operationen sehr weit zu

ziehen: es gehören dazu die meisten Operationen an Kindern, die meisten Eingriffe der Ohren-, Nasen-, Hals-, z. T. auch der Augenärzte; selbst Strumaoperationen, Halslymphome, Mamma-Amputationen mit Achseldrüsenausräumung sind, wie Ref. bestätigen kann, bei entsprechender Auswahl der Fälle unbedenklich ambulant zu operieren.

3. Lexer ist es Schritt für Schritt gelungen, erst Gelenkknorpelscheiben, dann Gelenk-Enden von Knochen („halbe Gelenke") und schließlich ganze Gelenke (Kniegelenke), in einem Falle sogar samt Kapsel, zu transplantieren und an ihrer neuen Stelle zur dauernden Einheilung zu bringen. Diese schönen Erfolge widerlegen die Erfahrungen des Tierversuchs, in dem derart überpflanzter Knochen regelmäßig nach längerer Zeit schwindet. Lexers Fälle sind u. a. tuberkulös versteifte Knie, die durch die Transplantation passiv beweglich geworden sind; zur aktiven Beweglichkeit fehlte natürlich die Tätigkeit der kontrakt gewordenen Muskeln. Bei einem Sarkom der oberen Tibia-Epihyse ersetzte Lexer das samt seiner Gelenkfläche entfernte Tibiadrittel durch das entsprechende Knochenstück eines wegen Altersbrand amputierten fremden Beins. Das Knochenstück heilte, wie man auf Röntgenbildern verfolgen konnte, unter starker Kallusbildung ein; der Mann stand nach sieben Wochen im Schienenapparate auf und hatte nach acht Monaten ein festes, belastungsfähiges Kniegelenk, das aktiv und passiv bis 90° gebeugt werden konnte. — Der Weg ist damit gegeben, durch Krankheit oder Operation zerstörte oder entfernte Gelenke brauchbar und beweglich wieder herzustellen, wenn das Verfahren auch heute noch „weder einfach noch leicht ist, noch in kurzer Zeit zum Ziele führt".

4. In der Bierschen Klinik werden versteifte Ellbogengelenke nach Helferichs Vorschlag mit sparsamer bogenförmiger Resektion der Knochen-Enden und Zwischenklappen eines Muskel-Sehnenlappens aus dem Trizeps operiert. Von allergrößter Wichtigkeit ist früh — acht Tage p. op. — einsetzende und lange durchgeführte Nachbehandlung. Von elf Fällen ergaben sechs gute, z. T. ideale Heilungen, zu schwerer Arbeit brauchbare Gelenke; vier wurden gebessert; einmal stieß sich der Muskellappen ab.

5. Fedor Krause, der bekannte Hirnchirurg, warnt in seiner Antwort auf Oppenheims „offenen Brief" (Ref. Ther. Rundschau, Nr. 32) vor kritikloser Anwendung der Neißer-Pollakschen Hirnpunktion, bei der stets, so wertvolle Aufschlüsse sie auch in manchen Fällen geben kann, zwei ernste Gefahren drohen: die Blutung aus einem unregelmäßig verlaufenden oder pathologisch verlagerten oder erweiterten Hirnhautgefäß und die Infektion bei Punktion eines Abszesses, verkästen Solitärtuberkels oder dergl. Zum mindesten sollte, auch nach wohlerwogener Anzeige zur Gehirnpunktion, dieser Eingriff nur vorgenommen werden, wenn alle Vorbereitungen zu einer sofort anzuschließenden Trepanation getroffen sind.

Ref. kann sich die Bemerkung nicht versagen, daß Krauses kurze Ausführungen trotz aller Sachlichkeit in demselben lebendigen und persönlichen Tone gehalten sind, wie Oppenheims „offener Brief"; ein Ton, dem man in den literaturbepackten und mit langen Krankengeschichten gespickten deutschen Arbeiten seltener begegnet als in den Fachzeitschriften des Auslandes.

6. Schmieden hat zum Ersatz einer abgerissenen Ohrmuschel eine Art Wanderlappenplastik mit gutem Erfolge benutzt. In mehreren Sitzungen wurde ein ohrmuschelförmiges Knorpelstück aus dem Rippenbogen nahe dem Brustbein herausgeschnitten und frei unter der Brusthaut eingepflanzt, diese als nach oben unter dem Schlüsselbein zungenförmig gestielter Lappen umschnitten und nach Verlängerung des Stiels an der Stelle des fehlenden Ohres befestigt. Der Knabe ertrug die vierwöchige Fixation des Armes über dem Kopf, die zur Entspannung des Lappenstiels notwendig war, sehr gut. Zum Schluß wurde die Form der neuen Ohrmuschel durch Lappenbildung aus der Kopfhaut noch verbessert. Sch. betont mit Recht, daß der Wegfall der Narben in der Umgebung des Operationsfeldes, wie sie bei der alten „indischen" Methode unvermeidlich sind, alle Unbequemlichkeiten der Fernlappenplastik (italienische Methode) reichlich aufwiegt.

7. Nach den für die topographische Anatomie der Zungeneiterungen grundlegenden Angaben von Killian eröffnete Brunke zwei tief in der Zungenwurzel sitzende Abszesse, die er mit den üblichen blinden Einschnitten vom Munde aus nicht hatte erreichen können, von außen her: der Schnitt entspricht genau dem Unterbindungsschnitt der Art. lingualis, die nebst dem Nerv. lingualis und der Submaxillardrüse bequem vermieden werden kann, indem man den Musk. hypoglossus stumpf durchtrennt und mit der Kornzange auf den Abszeß eingeht. In beiden Fällen erfolgte die Heilung rasch. Angesichts der Gefahren solcher nicht allzu seltener Zungenabszesse — Larynxödem, Wanderung des Abszesses ins Mediastinum oder in die Bindegewebsräume längs der großen Halsgefäße — ist die Kenntnis eines einfachen und sicheren Weges zur Eröffnung von außen her sehr wertvoll.

8. Brüche der Fingerglieder werden sehr häufig als Quetschungen und Verstauchungen — nicht behandelt, was sich um so bitterer rächt, als gerade bei ihnen (abgesehen von den Nagelgliedern) eine völlige funktionelle fast immer eine anatomische ideale Heilung erfolgt — Grund genug, gerade derartige Verletzungen nie ohne Röntgenkontrolle zu behandeln und, wenn eine Fraktur vorliegt, den Verband nie schematisch anzulegen. Ein einfacher Schienenverband ist nicht imstande, eine vorhandene Verstellung zu beseitigen, geschweige denn die richtige Lage der Bruch-Enden gegenüber dem starken Sehnenzuge zu sichern. (Besseres leistet der Extensionsverband; statt der umständlichen und teuren Bardenheuerschen Schiene kann man eine gewöhnliche Schusterspanschiene, die Fingerspitzen spannenweit überragend, in die gepolsterte Hohlhand legen, mit einer Gipsbinde festwickeln und an ihr die Heftpflasterzüge, event. mit Gummizwischenstücken, in beliebiger Richtung und Zahl befestigen. Ref.) Besonders ist auf die Brüche im Grundgliede zu achten: durch den Zug der Musk. interossei wird das proximale Bruchstück gebeugt, es entsteht eine Winkelstellung nach der Beugeseite zu. Diese für die spätere Funktion verhängnisvolle Dislokation wird auf ebenso einfache wie zweckmäßige Weise dadurch beseitigt, daß man in die Hohlhand einen großen festgewickelten Wattebausch legt und darüber den gebrochenen Finger samt den anderen zur Faust schließen läßt. In dieser Fauststellung, die das gebrochene Grundglied geradestreckt und durch die gesunden Finger seitlich schient, wird ein Bindenverband angelegt, um zunächst nach acht Tagen, später zweimal wöchentlich zur Vornahme von Bewegungsübungen gewechselt zu werden. Nach drei Wochen ist der Bruch geheilt.

9. Haeberlin empfiehlt statt der Röntgenaufnahme die Durchleuchtung; um Sitz und Lage eines Fremdkörpers genau zu bestimmen, wird Finger oder Hand, um die es sich meistens handelt, vor den Durchleuchtungsschirm gebracht und, sobald der Fremdkörper eingestellt ist, nach verschiedenen Richtungen gedreht. Die Verschiebungen, die der Fremdkörperschatten dabei gegen den Knochenschatten zeigt, geben die Möglichkeit, den Sitz des Fremdkörpers in der Hand nach Breite, Tiefe und Höhe genau festzustellen.

10. Adrenalininjektionen in den entleerten Hydrozelensack — 2 ccm einer Adrenalinlösung 1:5000 — sichern eine dauernde Heilung ebensowenig wie die früheren Einspritzungen von Jod, Kokain u. dgl. Doch scheint nach zwei Fällen Mohrs die Wiederansammlung der Flüssigkeit langsamer einzutreten; auch waren Schmerz und Reaktion geringer. (Dem Praktiker darf man wohl bei dieser Anwendung eines so starken Mittels, wie es das Adrenalin ist, Vorsicht raten; gerade eine Hydrozelenpunktion — damals mit Kokaineinspritzung — mit tödlichem Ausgang hat vor kurzem zu einem Haftpflichtprozeß gegen einen französischen Arzt geführt. Ref.)

11. Hackenbruch fügt bei Bruchoperationen zum Kocherschen Verlagerungsverfahren eine Faszienplastik nach Art der Bassinischen bei; er spaltet die Aponeurose des Obl. abdom. extern. vom Leistenring aus nach oben, näht den medialen Schnittrand samt der Muskelplatte des Internus und Transversus durch eine Reihe von Knopfnähten an die Innenseite des Leistenbandes und legt den Samenstrang darüber. Der vorher lappenförmig zurückgeklappte laterale Schnittrand der Aponeurose wird dann über den Samenstrang hinüber genäht. Diese Verdoppelung des Sehnenblattes sichert den Nähten (Jodkatgut) feste Angriffspunkte und verschließt die Bruchpforte sehr sicher. H. hat unter 68 Fällen nur ein Rezidiv, durch eine Eiterung verschuldet. Er drainiert

gar nicht; operiert — da prima intentio Vorbedingung des Erfolges ist — mit Gesichtsschutz und Handschuhen.

12. An der Heidelberger Klinik sind in letzter Zeit gegen 80 Brüche, darunter auch eingeklemmte Leisten- und Schenkelbrüche, sowie Nabel- und epigastrische Brüche, unter örtlicher Schmerzbetäubung mit gutem Erfolge operiert worden. Nach Braunscher Technik — subkutane, dann für die tieferen Schichten parenchymatöse Infiltration — wurde eine 1%ige Novokain-Suprareninlösung verwendet, von der bis zu 50 ccm eingespritzt werden können. Von allen Hernien verlangen unbedingt nur die mit breit verwachsenem Bruchsack die allgemeine Narkose; umschriebene Netzverwachsungen, sehr große Brüche, Einklemmung sind keine Gegenanzeigen gegen die lokale Anästhesie; selbst Darmgangrän nicht, wie zwei Resektionsfälle von Nast-Kolb beweisen. Freilich stellt der wache Kranke, wie bei jeder Operation ohne Narkose, erhöhte Ansprüche an den Takt und die Technik des Chirurgen; besonders ist jede Zerrung am Bruchsack zu vermeiden.

13. Fränkel hat den Geh-Gipsverband mit Tretbügel nach Lorenz, der bei Knöchelbruch, Fußgelenkstuberkulose, schwerem Plattfuß häufiger angewendet werden sollte, durch ein seitliches Scharnier im Bügel abnehmbar gemacht. Dieser Bügel-Gipsverband ist billig, dauerhaft, und leicht ohne Bandagisten herzustellen; er ist also für den Praktiker von Bedeutung. Der Unterschenkel wird mit Wiener Watte gepolstert, darüber kommt vorn und hinten ein Zinkstreifen, und nun wird der Gipsverband unter genauem Anmodellieren, namentlich des „Sitzringes“, unter dem Schienbeinknauf lege artis angelegt. Mit der letzten Binde wird der Tretbügel eingegipst, das Scharnier an der Außenseite des Fußes, das Sohlenstück 4 bis 8 cm von der Fußsohle entfernt. Jetzt wird der Gipsverband auf dem Zinkstreifen aufgeschnitten, im Scharnier aufgeklappt, abgenommen und getrocknet. Er kann dann mit Flanell, der als Schnürlasche über die Ränder vorsteht, ausgeklebt werden. — F. läßt bei Fußgelenkstuberkulose nach Bierschen Grundsätzen den Fuß frei; wird er mit in den Verband genommen, so muß die vordere Schnittlinie bis zur großen Zehe verlängert werden, die hintere oberhalb der Ferse spiralig abbiegen und längs dem Kleinzehenrande nach vorn verlaufen. Die Bügel liefert H. Windler-Berlin.

Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Zur diätetischen und physikalischen Behandlung der Gicht.** Von Dr. Max Hirsch Med. Klinik, 1908, Nr. 32.
2. **Ueber Proctitis sphinkterika** Von Prof. H. Strauß. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 31.
3. **Zur Therapie der Gallensteinkrankheit.** Von R. von Renvers. Therapie d. Gegenwart, 1908, S. 97 ff.
4. **Zur Behandlung des Ulkus ventrikuli.** Von Dr. Elsner. Therap. d. Gegenwart, 1908, Nr. 2. (Ref.: W. Krüger, Magdeburg.)

1. Es ist durch reichliche Flussigkeitszufuhr dafür Sorge zu tragen, daß die gebildete oder eingefuhrte Harnsäure ausgeschwemmt wird; Versuche haben gezeigt, daß in dieser Beziehung die mineralsalzhaltigen Wässer nicht mehr leisten als gewöhnliches Quell- oder destilliertes Wasser. Zur Anregung des Stoffwechsels empfehlen sich, besonders wo körperliche Muskelleistungen nicht vertragen werden, heiße Vollbäder — 30° R, 30 bis 40 Minuten —, Packungen, Sand-, Moor-, Schlammbäder. Wärmestauende und wärmezufuhrende Maßnahmen haben aber leicht den Nachteil, daß sie die Schmerzen steigern; so sind andererseits auch Kälteprozeduren — Schwimm-, See- und kalte und Sturzbäder — nur mit Vorsicht anzuwenden, weil Gichtiker gegen extreme Temperaturen überhaupt sehr empfindlich sind.

Die Behandlung des akuten Gichtanfalls besteht in Ruhigstellung und Hochlagerung des erkrankten Körperteils, der, ganz nach der individuellen Toleranz des Patienten, mit Kälte oder Wärme behandelt wird. Alkoholverbände haben sich — der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin, deren Erfahrungen hier wiedergegeben werden — nicht bewährt. Bewährt haben sich dagegen Longuettenverbände, die 1 ½ bis zwei Stunden liegen bleiben und ein- bis zweimal täglich verabreicht werden, in der Art, daß aus einem mit Eiswasser gefüllten Eimer durch einen engen Schlauch Flüssigkeit auftropft. Während des Anfalls ist Massage — die nach demselben anzuwenden ist — zu unterlassen; blande Diät zu verabfolgen. Gegen eventuelle Veränderungen an den Gelenken nach akuten Anfällen in Form von der chronischen Arthritis ähnlichen Versteifungen und Verkrümmungen ist das ganze Armamentarium der orthopädischen Apparatotherapie, auch die Massage in allen ihren modernen Abstufungen, ferner die heißen Prozeduren — zur Aufsaugung der Exsudate — heranzuziehen.

2. Verf. beschreibt einen Krankheitszustand, dessen Symptome folgende sind: Jucken und tenesmenartige Erscheinungen ad anum, Proktospasmus, besonders bei Untersuchung mit dem Finger oder dem Rektoskop; bei einem Teil der Kranken fanden, zum Teil nicht unbeträchtliche, Darmblutungen statt, die gelegentlich Verdacht auf Karzinom erweckt hatten; ferner Analekzeme. Objektiv finden sich in solchen Fällen alle bekannten Zeichen einer Proktitis: Rötung, sammtartige Schwellung, Schleim, kleine Exulzerationen: aber alles das beschränkt auf die Partie der Sphinkteren bis zur Ampulle hinauf. Die Hälfte dieser Patienten waren Hämorrhoidarier.

Für diesen Zustand, den Verf. für ein selbständiges Krankheitsbild (? Ref.) hält, eignet sich folgende Therapie: Zellulosearme, antoibstipative Diät, Einführung von Oel oder Kakaobutter vor der Defäkation. Die Lokalbehandlung besteht außer Verabreichung von Adrenalin-, Anusol- und Heidelbeerextraktsuppositorien in Applikation von Argentum — 2- bis 5%ig — oder Ichthyol 1 : 5- bis 1 : 3-Lösung mit Eukain- etc. Zusatz, auf Wattebäuschchen, im Rektoskop oder mit einer Oidtmannschen Spritze mit perforiertem Gummiüberzug. Zuweilen brachte auch die Pulverbehandlung mit dem Hartmannschen Pulverbläser Nutzen.

Jedenfalls begnüge man sich nie bei solchen Symptomen mit der Diagnose einer „nervösen“ Beschwerde, sondern überzeuge sich durch Okularinspektion von dem Zustand der Schleimhaut.

4. Es sind zwei große Kategorien von Gallensteinleidenden zu unterscheiden: solche mit bakteriell infizierten Gallenwegen und solche ohne Infektion. Letztere kommt nach R. — entgegen der herrschenden Naunynschen Lehre — sicher vor, vielleicht durch toxische Fermente, welche das gebildete Cholestearin nicht in Lösung halten können; führen diese — meist Solitär — Steine zur Einklemmung oder zum Ikterus, so fehlt trotz heftiger Schmerzen stets Fieber. Ein fruchtloser Anfall kann zu Reizzuständen der Gallenwege und — bei vollkommen aseptischem Verlauf — zur Bildung von kalkhaltigen Steinen führen. Es kann allerdings — bei Einklemmungen im Choledochus — zu sekundärer Infektion mit eventuellen chronischen Schleimhautveränderungen kommen. In der Mehrzahl der Fälle jedoch ist der Ursprung der Affektion ein bakterieller; die einzelnen Anfälle verlaufen mit stürmischen Temperaturerhöhungen und deren Folgen; meist geht eine Cholezystitis vorher. Diese zeitigt alle Arten der Schleimhautveränderung, von der einfachsten Entzündung bis zur Gangrän. Sie verläuft meist ohne Ikterus.

Entsprechend der Verschiedenheit dieser beiden Krankheitsbilder ist auch das therapeutische Verhalten ihnen gegenüber ein verschiedenes. Dem durch eine Einklemmung eines Steines aus aseptischer Gallenblase entstehenden Kolikanfall steht R. anders gegenüber als zurzeit die Mehrzahl der Aerzte; es ist wohl allgemeiner Grundsatz geworden, eine „Latenz“ als das höchste Ziel anzustreben und aus diesem Grunde nicht nur Morphium überhaupt, sondern sogar reichlich zu geben. R. verwirft das, weil es die Austriebskraft des Organismus lähmt, wendet im Beginn nur Hitze in jeder Form — Getränke, Kataplasmen, Bäder — an und gibt Morphium erst dann, wenn Dauer und Heftigkeit des Schmerzes sowie ein beginnender Ikterus die Wanderung des Steines dokumentieren. Von Cholagogis hält R. gar nichts, ebensowenig von der „Oelkur“. Ist der Stein abgegangen, sorge man für Ruhe und rege durch häufige, kleine Mahlzeiten den Gallenfluß an, um Rückstauungsinfektionen zu verhindern. Im Intervall verordne man Gymnastik und Hydrotherapie. Die Diät sei eine gemischte; jede Darmstörung ist sorgfältigst zu behandeln; in diesem Sinn wirkt das Karlsbader Wasser.

Sind die Gallenwege — primär oder sekundär — infiziert, müssen wir auf jeden Versuch einer internen Infektion verzichten. In diesen Fällen gibt R. von vornherein Morphium, weil hier die Wanderung des Steins Komplikationen zeitigen kann. Als gallentreibende Medikamente sind anzusehen: Salizylsäure oder kleine Kalomeldosen. Im allgemeinen ist die Therapie der infizierten Gallenwege eine chirurgische: Eröffnung der Gallenwege, Entfernung der Steine, Ermöglichung des Abflusses der infizierten Galle.

4. Gegen die Ziemßen-Leubesche Ruhekur bei Ulkus ventrikuli und gegen das v. Leubesche Regime bei Hyperazidität hat schon vor mehreren Jahren Lenhartz Front gemacht, indem er eine völlig neue Methode zur Behandlung des Magengeschwürs vorschlug. Er wollte einerseits die disponierenden Momente dieser Krankheit, nämlich Anämie und Chlorose, bekämpfen, andrerseits auch der Hyperazidität abhelfen und suchte dies dadurch zu erreichen, daß er — auch bei erst vor kurzem voraufgegangenen Blutungen — von vornherein eine größere Menge Eiweiß in Form von Eiern und Schabefleisch gab, dagegen die Milchquanten, die die Leubesche Kur vorschreibt, erheblich herabsetzte. Diese Methode hat ihre Gegner und ihre Anhänger gefunden. Auf die beiderseitigen Ansichten hier näher einzugehen, würde zu weit führen; nur soviel steht fest, daß man gerade beim Ulkus ventrikuli nicht von allgemein gültigen „Ulkuskuren“ sprechen kann, vielmehr in jedem einzelnen Falle streng individualisieren muß. Dabei wird man von folgenden Gesichtspunkten bezüglich der Ernährung geleitet: Großer Kalorienwert, kleines Volumen, ausreichendes Salzsäurebindungsvermögen und Reizlosigkeit der Nahrung. Demnach hat man nahrhafte und gut ausnutzbare, konsistente, eiweißreiche und reizlose Nahrung zu geben. Diesen Forderungen gerecht werden viele Nahrungsmittel, wie Milch, Sahne, Butter, Oel, auch dünne Griesbreie mit Zusatz von Nährpräparaten. Welche von diesen Mitteln in jedem Einzelfalle am besten zu verwenden sind, muß man von Fall zu Fall unterscheiden. Aus der Behandlungsmethode, die nach E. in der Boasschen Klinik geübt wird, ist folgendes zu entnehmen: Die Grundlage der Ernährung bildet Milch, die in kleinen Mengen bis zu 1 l tägl. genommen wird. Ihr Nährwert wird zweckmäßig durch irgendein Nährpräparat erhöht, z. B. durch Hygiama. Dies ist ein angenehm schmeckendes, niemals Widerwillen erregendes Präparat, das in das Einerlei der Milch eine willkommene Abwechslung bringt. In allen Fällen, wo HCl-Ueberschuß besteht, gibt nun Verf. auch noch große Mengen von Alkalien. Demnach gestaltet sich die Behandlung so, daß Kranke vom ersten Tage ab, auch nach vorausgegangener Blutung, bei absoluter Bettruhe, eine auf Eis abgekühlte Abkochung von Milch in Hygiama mit etwas Zuckerzusatz bekommen, am ersten Tage 200 g Milch, 20 g Hygiama und 20 g Zucker. In den nächsten Tagen steigt die Milchmenge um je 200, die Hygiamamenge um je 20 g bis zum fünften Tage. Vom sechsten Tage erhalten die Kranken Zulagen von Butter oder Sahne, eingeweichtem Zwieback, rohen und weichgekochten Eiern. Aus den Stoffwechseluntersuchungen E.s geht übrigens hervor, daß 100 g Hygiama $^3/_4$ l Milch entsprechen. Außerdem erhalten die Kranken vom ersten Tage an größere Mengen von Natrium bicarbonicum oder Magnesia usta, drei- bis viermal täglich einen Teelöffel. So behandelte Patienten konnte E. nach vier bis sechs Wochen als geheilt entlassen. Die Methode — soweit man, wie gesagt, bei der Behandlung des Magengeschwürs von einer „Methode“ sprechen darf — empfiehlt sich zur Nachahmung. Sie bietet für viele Praktiker eine neue Richtschnur ihres Vorgehens in den oft so schwierigen Lagen bei der Ulkus ventrikuli-Therapie.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **Natürliche Darmdesinfektion.** Von Priv.-Doz. Dr. E. Moro-Graz. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 41.

2. **Saure Milch.** Von Dr. L. Haim-Ithaka, Neu-York. Moderne medicine, 1908, Nr. 1, und Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1908, Nr. 5.

3. **Ueber Säuglingsernährung mit Yoghurtmilch.** Von Dr. M. Klotz, Ass. a. d. Säugl.-Abteil. d. Krankenh. zu Magdeburg. Ztschr. f. ph. u. diät. Ther., 1908, Aug.

4. **Zur Eiweißernährungsfrage.** Von S.-R. Dr. Stille-Stade. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 32.

5. **Die Selbstvergiftung als Ursache der Myopie.** Von Dr. K. Schulin-Billings (Mont). Monatsschr. f. prakt. Wasserheilk., 1908, Nr. 1.

6. **Augenerkrankungen und gastrointestinale Atointuoxikation.** Von Dr. Fr. Groyer. Münch. med. Wochenschr., 1905, Nr. 39, und Fortschr. d. Med., 1905.

7. **Ueber Autointoxikationspsychosen.** Von Dr. E. Meyer-Königsberg. Münch. med. Wochenschr., 1904, Nr. 46, und Arch. f. phys.-diät. Therapie, 1905.

8. **Die Katatonie.** Von Dr. Stadelmann-Dresden. München 1905, Gmelin, und Fortschr. d. Med., 1906.

9. **Wert der absoluten vegetarischen Diät bei Psoriasis.** Von Dr. Bulkeit. Rev. prat. des malad. cut, 1907, und Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1908, Nr. 5.

10. **Die Akne und ihre Behandlung.** Von Dr. Jeanselme-Paris. La med. mod., 1904, Nr. 24, und Fortschr. d. Med., 1905.

11. **Der Basedow (Graves' Disease) und seine Behandlung.** Von W. H. Thompson. Americ. journ. of med. dis., 1908, und Zeitschr. f. phys.-diät. Therapie, 1908, Nr. 3.

12. **Appendizitis und Obstipation.** Von Dr. G. Hünerfauth-Homburg v. d. H. Monatsschr. f. pr. Wasserheilk., 1908, Nr. 3.

13. **Krankenernährung und Krankenküche.** Von Dr. W. Sternberg-Berlin. Stuttgart 1906. Enke. 3,60 M.

1. Unter den nachfolgenden Referaten aus dem Gebiete der Ernährungstherapie ist Moros Arbeit, weniger wegen des Verf.s praktisch wohl kaum durchführbaren therapeutischen Vorschlages, als wegen dessen theoretischer und experimenteller Begründung von Interesse. M. beschäftigt sich nämlich mit dem wichtigen Problem der Vernichtung der schädlichen Bakterien durch Förderung der nützlichen.

„Ein dem Patienten gereichtes Antiseptikum vernichtet wahllos alle Bakterien seines Wirkungskreises, sowohl die schädigenden als die nützlichen, und der natürlichen Reparation ist in der zeitweisen Schwächung der seßhaften Darmflora die mächtigste Waffe entzogen; denn in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle führt der Kampf offenbar in der Weise zum Siege, daß die autochthonen Darmbakterien die fremden Keime allmählich verdrängen und überwuchern.“

Den ersten Schritt in der Richtung einer Unterstützung der fürkämpfenden geschwächten Armee hat im Jahre 1900 Escherich getan, der durch seinen Schüler Brudzinsky an Säuglinge junge Kulturen von Bakt. lakt. aerog. verfüttern ließ in der Absicht, durch eine reichliche Zufuhr dieses Gärungserregers im gegebenen Falle den Proteus aus dem Darm zu verdrängen. In gleichem Sinne gab Tissier 1906 und später ähnlich Moro selbst Mischkulturen von B. azidi paralaktz. und B. bifidus darmkranken Säuglingen, mit z. T. recht gutem Resultat.

Allein das Ideal der natürlichen Darmdesinfektion liegt nicht in der Einfuhr von Bakterien, sondern vielmehr in der Veränderung des Darminhalts zugunsten der elektiven Entwicklung aktiver normaler Darmbakterien. Diesen klassischen und in seiner Art einzig dastehenden Versuch führt die Natur täglich am Brustkind aus:

Die Frauenmilch wirkt sowohl im Darm wie in der Kultur wie ein Ferment auf das Wachstum des B. bifidus, sie entfacht ihn zu einer dominierenden Entwicklung, die alle anderen Bakterien in den Hintergrund drängt.

Moro schlägt daher vor, Frauenmilch oder einen „aus ihr noch zu isolierenden Bestandteil“ als Darmdesinfiziens, „Bifiduswecker“, Kindern und Erwachsenen zu reichen.

2. In ähnlichem Sinne, aber praktisch leichter durchführbar, wirkt, wie Haim ausführt, die Sauermilch-Medikation.

Der Gebrauch der Sauermilch ist uralt. Besonders im Orient spielt sie eine große Rolle in der Laienmedizin, speziell in der Form von (saurer) Buttermilch, die ja nichts anderes ist, als ein Produkt des Milchsäurebazillus.

Dieser wurde von Freudenreich und Gonn als der mächtigste Feind der schädlichen Keime erkannt. Sterilisierte Milch sukzessive mit Milchsäurebazillus, Typhus-, Cholera- und Eiter-

Digitized by Google UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN
Generated on 2019-09-29 02:14 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015080296653 Public Domain

bazillus infiziert, läßt letztere sich nicht entwickeln. Der Milchsäurebazillus treibt alle anderen hinaus. Er wird im Verdauungstrakt nicht durch den Magendarmsaft getötet, sondern gelangt in den Dickdarm und entfaltet dort seine therapeutische Wirkung; besonders bei den Darmintoxikationen, bei der Cholera nostras etc., wo Fäulnisbazillen eine große Rolle spielen, hat er sich glänzend bewährt.

3. Klotz kommt auf Grund der einschlägigen Literatur und eigener Beobachtungen zu folgenden Schlüssen betreffs des neuerdings als Panazee angepriesenen bulgarischen Sauermilchpräparates Yoghurt:

Ein gesunder Säugling, der künstlich ernährt wird und gedeiht, hat Laktobazillin und Yoghurt nicht nötig. Es darf nicht vergessen werden, wie leicht bei der Bereitung des Y. schädliche Keime in die Milch geraten können. Die Behauptung, daß die orientalischen Sacharolyten die Vermehrung pathogener und nicht pathogener Keime hinderten, entspricht keineswegs den Tatsachen. Namentlich Hefe, Soor, Heubazillen entwickeln sich elektiv gut in Yoghurtmilch.

Mit gutem Gewissen darf man einem Säugling nur dann die Yoghurtmilchflasche geben, wenn man vorher täglich genau feststellt, wie Geruch, Geschmack, Gesamtazidität sich verhalten und — welche Resultate ein Ausstrichpräparat ergibt (!).

Rechnet man dazu noch die umständliche Zubereitung, die Anschaffungskosten für Wärmkiste etc., so erscheint der Schluß zwingend, daß die Yoghurt-Therapie ausschließlich Sache des Krankenhauses sein sollte.

Bei größeren Kindern von $1\,{}^{1}/_{2}$ bis 2 Jahren, die nicht befriedigend zunehmen, appetitlos, ekzematös etc. sind, kommt Yoghurtmilch neben gewöhnlicher Sauermilch, Kefir (und Kumys) event. in Betracht. Für Säuglinge mit den akuten Ernährungsstörungen der heißen Jahreszeit besitzt Y. keineswegs spezifischen Heilwert. Ueber die Wirkung von Laktobazillinmolke und Buttermilch in diesen Fallen müssen erst weitere Erfahrungen gesammelt werden.

Bei chronisch magendarmkranken Säuglingen ist nach Fehlschlagen aller anderen erprobten Ernährungsformen ein Versuch mit Y. gerechtfertigt.

Das Säuglingsekzem wird durch Y. günstig, die Rhachitis meist ungünstig beeinflußt.

4. Stille bedauert in einer Besprechung von Rubners Schrift „Volksernährungsfragen", daß der bekannte Autor immer noch an der Voitschen Eiweißzahl festhält, trotzdem er die Schädlichkeit zu reichlicher Fleischkost im Gegensatz zu seiner fruheren Anschauung jetzt selbst zugesteht. Wenn R. den Eiweißüberschuß „als einen Sicherheitsfaktor" betrachtet, „der notwendig ist, gerade wie man eine Brücke viel stärker baut, als jemals die maximalst (!) zugelassene Belastung ausmacht", so vergißt er, daß eine „zu starke" Brücke nie Unheil anrichten kann, wohl aber eine zu starke Eiweißzufuhr.

St. führt außer Chittendens Versuchen noch die von Hindhede an (vergl. diese Zeitschr., Nr. 24), aus denen hervorgeht, daß die Milchproduktion der Kühe sich nicht nach der Eiweißmenge des Futters richtet, dagegen richtet sich der Harnstickstoff ganz besonders, ja man kann wohl sagen allein, nach dem Eiweiß im Futter. „Sollte nicht auch beim Menschen die Hauptwirkung einer sehr eiweißhaltigen Nahrung eine vermehrte N-Ausscheidung im Harn sein?" Zu große Eiweißmengen vergrößern den Zerfall, verhindern den Aufbau, vergl. Bantingkur und Bachmanns Beobachtungen über vermindertes Stillvermögen der Frau und vorzeitige Impotenz des Mannes bei Eiweißüberernährung (Med. Klinik, 1907, Nr. 23).

5. Nach Schulin sind Asthenopie, Myopie und Presbyopie durch ein Band verknüpft, das von einer abnormen Verfassung des Organismus abhängt. Es gibt sehr komplizierte Beziehungen zwischen dem lokalen Stoffwechsel der verschiedenen Organe, wobei neben der Art der Lebensweise, speziell der Ernährung, auch diejenige der inneren Sekretion eine große Rolle spielt. Von diesen Faktoren hängt die Beschaffenheit des Zentralnervensystems ab, das seinerseits wieder den Tonus und die Koordination der Muskeln beherrscht. Sch. konstruiert folgende Kette von Vorgängen zur Herbeiführung von Augenstörungen: Anhäufung von Produkten unvollkommener Oxydation — Hypoleukozytose — Mangel an Spermin — Autointoxikation — Atonie und Schwäche der Muskeln, die rasch ermüden — Neurasthenie — Asthenopie — Störung der Koordination der Augenmuskeln — mangelhafter Schlaf mit katatonischer Kontraktion derselben — Myopie und andere Anomalien, auch Schielen. Besonders ist die Skrofulose ätiologisch für diese Vorgänge haftbar zu machen.

6. Groyer konnte bei einer Anzahl von Augenleiden, denen eine greifbare Ursache scheinbar fehlte (Keratitis, Iritis, Chorioiditis, retrobulbäre Neuritis, Glaskörpertrübung, Flimmerskotom etc.), allerlei schmerzhafte Sensationen in der Magen-, Lenden-, Milzgegend, Herzklopfen, Atemnot usw. anamnestisch ermitteln. Ferner fanden sich Druckpunkte an den Interkostalnerven, dem Plexus zervikalis, den Trigeminusästen; endlich in sämtlichen Fällen Indikan in wechselnder Menge im Harn. Nach diesem Befund glaubt Groyer annehmen zu dürfen, daß bei diesen Patienten Darmgifte infolge abnormer Fäulnisvorgänge entstehen, welche in den Kreislauf gelangen und die genannten Schädigungen hervorbringen. Aehnlich schreibt Elschnig, Wien. med. Wochenschr., 1905, Nr. 52.

7. Unter Autointoxikationspsychosen sind jene Fälle zu verstehen, in denen das somatische und psychische Krankheitsbild auf eine Vergiftung durch vom Organismus selbst bei seinem Lebensprozeß erzeugte Giftstoffe hinweist. M. berichtet über eine Reihe hierhergehöriger Fälle mit autoptischem Befund. Meist war die Ursache der Autointoxikation in gastrointestinalen Veränderungen zu suchen. Die dem Ausbruch der Psychose vorangehende körperliche Erschöpfung war bei dem Fehlen aller Zeichen einer Infektion oder exogenen Intoxikation auf die Selbstvergiftung zurückzuführen, da auch die Magendarmstörungen an sich den schweren körperlichen Verfall nicht erklären konnten. Die psychische Störung verlief unter den Erscheinungen einer „nicht agitierten, traumhaften Benommenheit, mit Inkohärenz, erschwerter Auffassung, Neigung zu Perseveration und Stereotypie, sowie vielfach mit eigentümlich wechselnden hysteriformen Zügen". Die psychischen Symptome allein lassen jedoch diese Fälle nicht scharf von den nach anderen toxischen und infektiösen Schädigungen auftretenden Psychosen unterscheiden, und auch den anatomischen Veränderungen im Gehirn (leichte, aber ausgebreitete Alterationen der Zellen, der Glia und der Markfasern) kommt keine spezifische Bedeutung zu. Sie bieten nur einen „anatomisch sichtbaren Ausdruck der durch die Autointoxikation bedingten Schädigung der nervösen Elemente". Die Diagnose muß sich vielmehr auf die körperlichen Erscheinungen stützen, auf das Fehlen einer greifbaren Krankheitsursache bei bestehender schwerer Kachexie, wobei auch verhältnismäßig leichte Störungen im Darmtraktus zu berücksichtigen sind.

8. Ausnahmslos sieht Stadelmann in einer dyskrasischen, d. h. den Bewegungen von außen her nicht völlig angepaßten chemischen Beschaffenheit des Gehirns bezw. der ihm zufließenden Stoffe und der Unmöglichkeit einer vollkommenen Verwertung der jenem von außen zufließenden Energien die unmittelbare Ursache für die hochgradige Ermüdungsanlage und die mittelbare für die auf der krankhaften „Fühlslage" sich aufbauende Psychose.

9. Bulkeit fand bei allen Psoriatikern das spezifische Gewicht und die Harnsäure des Urins erhöht, die Harnstoffmenge kann bis auf das Doppelte ansteigen. In 565 Fällen sah er Gutes von der streng vegetarischen Diät: Die Effloreszenzen wurden immer blasser, verloren ihre Schuppen und verschwanden schließlich in einigen Wochen, ohne Anwendung irgendeines lokalen Mittels. Jeder Diätfehler provoziert ein Rezidiv, das bei richtiger Diät wieder abklingt.

10. Die Akne ist das Resultat von Funktionsstörungen der Talgdrüsen und von den sie begleitenden Entzündungsvorgängen. Jeanselme betont aber sehr mit Recht, daß diese Erscheinungen durchaus nicht als ein rein lokales Leiden aufzufassen sind, was manche Aerzte immer noch zu glauben scheinen, sondern daß sie mit sexualen, gastrointestinalen und allgemeinen Stoffwechselstörungen im Zusammenhang stehen, während Parasiten bei ihnen nur eine sekundäre Rolle spielen.

Die durch kapilläre Ektasien charakterisierte Akne rosazea findet sich häufig bei Leuten mit Varizen, Hämorrhoiden, bei

Arteriosklerose und Gicht. Jod- und Bromakne entsteht mit Vorliebe bei lymphatischen nud seborrhoischen Individuen.

Demgemäß ist neben der lokalen Behandlung der Hauptwert auf allgemeine hygienische Vorschriften zu legen, eine mäßige reizlose Diät unter genügender Berücksichtigung der Vegetabilien innezuhalten, für Hautpflege und Körperbewegung Sorge zu tragen.

11. H. Thompson kommt auf Grund 20 jähriger Erfahrung zu dem Ergebnis, daß es sich bei Basedow nur mittelbar um eine Schilddrüsenerkrankung handele, in der Hauptsache sei es eine Stoffwechselanomalie, die besonders Einschränkung der Eiweißkost erfordere.

12. Hünerfauth betont in Uebereinstimmung mit den von ihm besprochenen Arbeiten von Champonière und Tyson, ähnlich wie die bereits hier besprochene Arbeit von Meyer-Bernstedt, daß die überwiegende Fleischkost in zweifacher Weise schadet:

a) sie bildet in höherem Grade wie die fleischlose Ernährung im Darm schädliche Agentien (Zerfallsprodukte des tierischen Eiweißes),

b) ihr hoher Fibringehalt führt zur Verstopfung, die ihrerseits wieder die Bildung der ersterwähnten Produkte und auf diesem Nährboden die Entstehung der infektiösen Darmerkrankung begünstigt, die wir infolge ihrer Lokalisation Appendizitis nennen.

Therapeutisch ist also vor allem die übermäßige Fleischkost einzudämmen und nach der vegetarischen Seite hin zu korrigieren, ohne jedoch in Extreme zu verfallen. Daneben sind die übrigen Heilfaktoren in Betracht zu ziehen, der mechanische Gebrauch von Klistieren oder Abführmitteln ist zu inhibieren.

13. Sternbergs Buch wird von Buttersack in den „Fortschr. d. Med." mit folgenden treffenden Worten besprochen:

„In unseren kalorienschwangeren Handbüchern der Ernährungslehre steht herzlich wenig davon drin, daß das Essen dem Pat. auch schmecken müsse. Wozu auch? Wenn der Mensch seine 2- bis 3000 Kalorien inkorporiert bekommt, ist ziemlich nebensächlich, ob ihm das Futter auch schmeckt oder nicht. Der Gedanke, daß die Reize des Geschmackssinnes ebenso künstlerisch zu kombinieren wären, wie jene für das Auge und Ohr, liegt den meisten Ernährungstherapeuten fern; so ist es gekommen, daß die Industrie floriert, welche brutale, geschmacklose, hochwertige Präparate auf den Markt bringt, daß aber die Kochkunst im weiteren Sinne keine Fortschritte gemacht hat.

Auf diese Verirrung weist Sternberg hin; er behandelt die Ernährungsfrage vom physiologisch-psychologischen Standpunkt des Geschmacks und der Schmackhaftigkeit, und nicht allein die Daten, die er bringt, als noch weit mehr die Lücken unseres Wissens von diesem Sinnesgebiete, die er aufzeigt, sind höchlich interessant. Ich glaube, daß jeder vielerlei Anregungen in dem Heftchen finden wird."

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Rhachisan, ein neues Antirhachitikum.** Von Dr. Weißmann. Zentralbl. f. innere Med., 1908, Nr. 21.

2. **Zur Therapie der Rhachitis.** Von Dr. Lungwitz. Therapie d. Gegenwart, 1908, Juni.

3. **Ueber Wirkung und Wert des Leukrols nach Maßgabe praktischer Erfahrungen.** Von Dr. Peters. Sep.-Abdr. a. d. Deutschen Aerzte-Zeitg., 1908, H. 14.

4. **Idiosynkrasie gegen Aspirin.** Von Dr. Melchior. Therapie d. Gegenwart, 1908, August.

5. **Das Spirosal.** Von S.-R. Dr. Lehmann. Ibidem.

6. **Eine neue Heilmethode rheumatischer Leiden.** Von Regimentsarzt Dr. Tausig. Oesterreich. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 15.

7. **Ueber Erfahrungen mit Gonosan bei der Behandlung der Gonorrhöe.** Von Dr. H. de Meric. Allgem. med. Zentral-Zeitg., 1908, Nr. 33.

1. W. veröffentlicht im Zentralblatt für innere Medizin einige seiner Fälle von Rhachitis, bei denen er mit Hilfe des von Dr. Lungwitz in die Therapie eingeführten Rhachisan einen durchaus günstigen Einfluß auf die Krankheit ausüben konnte. Das Rhachisan ist bekanntlich kein eigentlich neues Präparat, sondern stellt eine Verbesserung des Phosphorlebertrans dar, mit einem Phosphorgehalt von 0,05%. Das Ganze ist eine dauernd haltbare Emulsion. Fabrikant ist Dr. Degen & Kuth in Düren. Dadurch, daß das Eisen durch Mannit mit dem Ovovitellin verbunden ist, ist ein lösliches Reaktionsprodukt entstanden, das einerseits eben durch seine Löslichkeit einen Vorteil gegenüber dem unlöslichen Eisenvitellinat bietet und deshalb schneller resorbiert wird, das andrerseits aber durch eine schwach abführende Wirkung die Darmtätigkeit regelt, die bei Rhachitikern, zumal wenn Eisen gegeben wird, meist gestört ist. Wenn man die Fälle W.s durchgeht, muß man die Güte des Präparates zugestehen; denn allein durch frische Luft, Bäder, gemischte Kost kann man bekanntlich die Rhachitis nicht heilen. Erst der Phosphorlebertran beeinflußt das Krankheitsbild in augenfälliger Weise. Da aber der organische Phosphor eminent giftig ist, zudem sich bei warmer Temperatur verflüchtigt und allmählich in Oxyde übergeht, die wirkungslos sind, da ferner die Phosphorwirkung sich nur gegen die Knochenrhachitis richtet, so muß man Lungwitz recht geben, wenn er sagt, daß der Phosphorlebertran den lymphatischen Habitus und die Anämie unbeeinflußt läßt, daß es daher notwendig sei, durch Heranziehung vornehmlich des Eisens und Jods ein Präparat herzustellen, das die Vorzüge des Phosphorlebertrans besitzt, ohne seine Nachteile aufzuweisen. Die aufgeführten Krankengeschichten lassen sämtlich eine hervorragende Wirkung des Rhachisan erkennen. Daher glaubt W., daß das Mittel den Anforderungen genügt, welche man an ein brauchbares Antirhachitikum stellen muß, und hält eine Weiterprüfung desselben im großen Maßstabe für angezeigt.

2. In einem Artikel über Rhachitis hatte sich Geheimrat Wattenberg dahin ausgesprochen, daß man diese Krankheit kausal behandeln könne, indem man phosphorsauren Kalk und Eisen der an diesen armen Nahrung zufüge. Gegen diese Ansicht polemisiert Lungwitz, indem er auf die neueren Forschungen hinweist, die gezeigt haben, daß — wegen Mangel an Knochenstoff, an phosphorsaurem Kalk und Eisen — die Zuführung dieser, eventuell in „kolloidaler, gallertiger, nicht körniger Beschaffenheit", keine „kausale" Therapie der Rhachitis ist, sondern nur eine symptomatische. Denn die letzte Ursache der englischen Krankheit sei das Unvermögen, den Kalk, der das ostoide Gewebe umspült, festzuhalten und zu Knochensubstanz chemisch mit zu verarbeiten. Worauf diese Stoffwechselanomalie beruhe, wisse man nicht. Soviel stehe aber fest, daß eine erhöhte Kalkzufuhr eher eine schädigende als eine kurative Wirkung habe.

3. Seit zwei Jahren hat Dr. Peters bei Leukorrhöe (nicht gonorrhoischen Ursprunges) mit bestem Erfolge „Leukrol" angewendet, ein Präparat pflanzlichen Ursprunges, das aus dem reinen Extrakt einer in Ostasien heimischen Aristolochiacee hergestellt ist und innerlich verabreicht wird. Die Chemische Fabrik Erfurt G. m. b. H. in Erfurt-Ilversgehofen bringt das Mittel in Tablettenform à 1,0 (= 3 M.) in den Handel. Leider werden in dem Artikel Angaben über die Dosierung nicht gemacht. Die kurz skizzierten Fälle P.s beweisen aber, daß durch interne Verabreichung von Leukrol eine ganze Reihe von Krankheitserscheinungen unserer Frauenwelt zur Heilung gebracht werden kann, u. a. Metritis chron. katarrhal., Zervix- und Vaginalkatarrhe, Dysmenorrhöen, Menorrhagien. Oft werden dadurch nebenbei bestehende Krankheiten — gleichgültig ob sie Folge oder Ursachen der genannten Frauenleiden sind — gebessert oder beseitigt. Wenn die Leukorrhöe durch eine Schwäche der Sexualorgane bedingt ist, halte man sich sogleich an Leukrol; nach P.s Erfahrung wird man alsbald sicheren und schnellen Erfolg haben. Doch kann er nicht der Ansicht Tuszkais zustimmen, daß Fluor alb. gonorrhoikus durch Leukrol beseitigt werden kann. Diese Behauptung könnte nur das Mittel in Mißkredit bringen.

4. Wiederum wird über einen Fall von Idiosynkrasie nach Gebrauch von Azetylsalizylsäure berichtet. Das Krankheitsbild war ein sehr schweres: Mächtige Urtikaria, Lidödem, Rötung und Schwellung der Mundschleimhaut, die auch die tieferen Luftwege

ergriffen hatte, starke Zyanose, diffuse Bronchitis, Spuren von Eiweiß und Zylinder im Urin. Die Erscheinungen traten eine halbe Stunde nach dem Einnehmen auf; der Versuch wurde noch mehrere Male gemacht — stets mit gleichem Resultat. Auch Hydropyrin (Aspirin-Na) hatte die gleichen Wirkungen, während Salol, Salipyrin, Novaspirin, Antifebrin und Phenazetin sich negativ verhielten.

5. Sanitätsrat Lehmann empfiehlt Spirosal bei rheumatischen Affektionen und gibt der Verabreichung des zu gleichen Teilen mit Spiritus verdünnten Mittels vor dem unverdünnten den Vorzug — schon deshalb, weil dann der Gebrauch ökonomischer ist. Nächstens wird die Firma einen „Spiritus Spirosali“ in Originalpackung abgeben, und zwar je Dosen von 20 g für ca. 1,20 M. Dann würde der Tagesverbrauch des Mittels sich auf 50 bis 60 Pf. stellen.

6. Nach Beobachtungen des österreichischen Regimentsarztes Dr. Tausig soll „Robur“ nicht allein ein schmerzstillendes, sondern auch heilendes Präparat bei Rheumatosen verschiedener Art sein. Dasselbe ist ein einfaches Gemenge von Ammoniak und Alkohol, dem etwas Fichtennadelextrakt hinzugesetzt ist; es wird in drei Formen hergestellt: als Zusatz zu Bädern, als Roburessenz fur Einreibungen und als Robursalbe. Für die rheumatischen Erkrankungen Ischias, Lumbago und ähnliche zeigten die Roburbäder den besten Erfolg, der derart eklatant war, daß ohne jedwede andere Medikation völlige Heilung selbst veralteter Leiden eintrat. Die Anwendungsweise gestaltete sich so, daß den heißen Bädern etwa 300 g Robur zugesetzt, das Wasser tüchtig gemischt wurde, wobei es eine grünlichgelbe Farbe und einen angenehmen Geruch nach Fichtennadelextrakt erhielt. Das Bad wirkte erfrischend und anregend, nicht ermüdend. Die Roburessenz, von ungefähr gleicher Zusammensetzung wie der Bäderzusatz, kann als Adjuvans oder in leichteren Fällen von rheumatischen Krankheiten als alleiniges Heilmittel verwendet werden. Um Ekzem zu vermeiden, empfiehlt es sich, anfangs das Mittel mit Oel verdünnt zu nehmen. Nach der Einreibung muß ein Verband angelegt werden. Die Robursalbe hat als Salbengrundlage das Cerivin, ist aber im übrigen von gleicher Zusammensetzung wie die anderen Roburpräparate. Sie wird mit Vorteil bei Ekzemen angewendet, wo ihre desodorierende, austrocknende, dabei reizlose und schmerzstillende Wirkung auffällt. Auch sah T. günstige Erfolge bei Brandwunden und Erfrierungen. Leider fehlt in dem Artikel eine Notiz, wo das Mittel erhältlich ist.

7. Dr. de Meric hat im French-Hospital in London das Gonosan studiert. Er wandte es bei Gonorrhöe neben der Lokalbehandlung, bei Zystitis, Epididymitis etc. jedoch allein an; täglich 6 bis 8 Kapseln. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt er das Gonosan bei allen Fällen von akuter Gonorrhöe zur Linderung der Beschwerden, zur Erzielung eines rascheren Ablaufs der Krankheit und zur Vermeidung von Komplikationen; bei Urethritis post. und Zystitis zur raschen Beseitigung der krampfhaften Schmerzen und zur Klärung des Urins.

Technische Neuerscheinungen.

Hörtelephone für Schwerhörige.

Dr. Lebram-Berlin. (Berl. klin. W. Nr. 18.)

Verf. hat an einer Reihe von Patienten mit einer chronischen unheilbaren Schwerhörigkeit einen Apparat erprobt, der eine bedeutend verbesserte Type des seiner Zeit von Stille und Leiche empfohlenen Akustikapparates darstellt (konstruiert von der Deutschen Akustik-Gesellschaft Berlin). Derselbe besteht aus drei Teilen, einem Telephon, einem Mikrophon und einem Trockenelement, die zusammen ein Gewicht von nur 315 g haben. Telephon und Mikrophon wird durch ein gegabeltes Kabel, das durch Stechkontakt an das Trockenelement angeschlossen wird, verbunden. Alle Teile sind leicht gearbeitet, so daß das Ganze leicht transportabel und wenig auffällig ist. Das Telephon ist ein Dosentelephon, das in kleinem Raum zwei Magnete und einen kräftigen Anker enthält; über den Magneten ist in ¼ mm Entfernung eine Metallmembran befestigt; von beiden führt je eine Induktionsspule zu der Kabelleitung. Wird der Apparat unter Strom gesetzt, so werden die Magnete erregt und die Membran schwingt. Das Mikrophon ist ein Kohlenkörnermikrophon mit einer Membran aus Kohle; unter ihr befindet sich ein Resonanzboden, in dessen Mitte auf einer Stahlspirale ein Kohlenbecher eingebaut ist, der die Kohlenkörner enthält. Das Mikrophon ist von einem Metallring umgeben, der als Schallfänger dient und Seitenschlitze aufweist, die den Schall von der Seite eindringen lassen; in seinem Grunde ist eine siebförmig durchlöcherte Schutzscheibe angebracht.

Die Schallwirkung des Apparates ist am intensivsten, wenn möglichst viele Kohlenkörner die Membran berühren, wenn also das Mikrophon auf horizontaler Platte, z. B. auf dem Tisch, mit der Schallöffnung nach unten liegt. Nebengeräusche können auftreten durch zu große Stärke des Stromes oder ungeeignete Lage des Mikrophons.

Die Handhabung des Apparates ist einfach. Das Trockenelement kann in der Westentasche getragen werden; bei mittleren Graden von Schwerhörigkeit kann das Mikrophon mittels einer Metallöse an einem Westenknopf aufgehängt oder sonst an der Kleidung befestigt werden; bei hochgradiger Schwerhörigkeit spricht man direkt in das Mikrophon, wobei die Schallfläche desselben senkrecht gehalten werden muß und alle Bewegungen zu meiden sind. Manche hochgradig Schwerhörige verstehen aber am besten, wenn sie das Mikrophon in die Tasche stecken, oder wenn es auf der Tischplatte steht. Sowohl der Schwerhörige wie der Sprechende müssen mit der Technik des Telephonierens vertraut sein; man soll mit leiser Stimme, aber langsam und akzentuiert in den Apparat sprechen.

Ausgezeichnete Erfolge hatte Verf. mit dem Apparat bei allen Abstufungen von nervöser Schwerhörigkeit. In den Fällen von Sklerose waren die Resultate sehr verschieden, die einen erzielten sehr befriedigende Hörverbesserung, andere — nach der Funktionsprüfung identische Fälle — erwiesen sich völlig refraktär. Der Akustikapparat ist keineswegs ein unfehlbar wirkender Korrektionsapparat des Gehörorgans; immerhin gelingt es mit ihm, eine Reihe von Personen, die von dem Gespräch ausgeschlossen waren, dem Verkehr mit ihren Mitmenschen wiederzugeben.

M. Plien, Berlin.

☐ Bücherbesprechungen. ☐

Die Fibrolysinbehandlung und ihre Erfolge. Von Dr. F. Mendel-Essen. Berliner Klinik, Oktob. 1907, Heft 232. Preis 0,60 M.

Ein ausgezeichneter Kenner der Fibrolysinbehandlung veröffentlicht nicht allein seine Forschungen und Erfahrungen auf diesem Gebiete, sondern rekapituliert auch alles, was über diesen Gegenstand bisher bekannt geworden ist. Da die Injektion der alkoholischen Lösung von Thiosinamin außerordentlich schmerzhaft ist, und da die von Juliusberg empfohlene Lösung des Präparats in warmem Wasser und Glyzerin sich als nachteilig erwiesen hat, weil in der Kälte sich jedesmal Thiosinamin ausscheidet, durch das häufige Erwärmen aber eine Veränderung des Präparates eintritt, hat die Firma Merck-Darmstadt auf Veranlassung von Mendel ein Doppelsalz hergestellt, das eine chemische Verbindung von Thiosinamin und Natrium salizylikum darstellt und den Namen Fibrolysin erhalten hat. Dieses, in warmem und kaltem Wasser leicht löslich, wird in zugeschmolzenen Ampullen steril in den Handel gebracht. Jede Ampulle enthält 2,3 ccm Fibrolysin, was einem Gehalt von 0,2 Thiosinamin entspricht. Mit diesem Präparat hat M. seine Untersuchungen angestellt, die völlige Ungiftigkeit desselben ergaben. Interessant ist die Beobachtung, daß Fibrolysin eine erhebliche Leukozytose anregt. Das Mittel wird intravenös, besser noch intramuskulär injiziert. Bevorzugt wird die Glutäalgegend, und zwar wird — je nach Dringlichkeit der Indikation — jeden Tag oder alle zwei bis drei Tage, mindestens aber wöchentlich dreimal bei Erwachsenen der Inhalt einer ganzen Ampulle, bei Kindern entsprechend weniger verabreicht. M. hat bis zu 50 Injektionen gemacht. Schwere allgemeine oder lokale Nebenerscheinungen hat M. nie beobachtet. (Man vergleiche dagegen den vor kurzem aus der Leipziger Poliklinik veröffentlichten Bericht in der Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 17.) Die Erfolge der Fibrolysinbehandlung dokumentieren sich bei narbigen Veränderungen der Haut, Sehnen und Gelenke, besonders bei Verbrennungen und Dupuytrenscher Kontraktur; ferner bei chronischem Gelenkrheumatismus und Arthritis deformans. In Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus mit Ankylosierung verband M. die intravenöse Attritinbehandlung mit der intramuskulären Fibrolysintherapie. Die erweichende Wirkung des Fibrolysin kommt weiterhin zur Geltung bei Strikturen röhrenförmiger Organe (Pylorus, Urethra), ferner bei chronischer Parametritis, pleuritischen Verwachsungen und solchen von Darm und Blase, weiterhin in der Ohren- und Augenheilkunde, bei chronischer Neuritis. M. betont aber ausdrücklich, daß in allen Fällen, wenn mit der Fibrolysinbehandlung ein voller Erfolg erzielt werden soll, diese durch mechanische, hydriatische, elektrische und ähnliche Maßnahmen unterstützt und gefördert werden muß. — Die Lektüre dieser Abhandlung, die das Resultat der bisherigen Untersuchungen über die Fibrolysinbehandlung darstellt und reichliche Literaturangaben enthält, kann jedem praktischen Arzt auf das wärmste empfohlen werden.

W. Krüger-Magdeburg.

ALLGEMEINES.

Für den kurzfristigen Zyklus unentgeltlicher ärztlicher Fortbildungskurse in Berlin vom 19. bis 31. Oktober d. J. sind vom Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen in Verbindung mit dem Zentralkomitee nachstehende Bestimmungen getroffen worden: 1. Berechtigung zur Teilnahme. Zur Teilnahme an den Fortbildungskursen und Vorträgen ist jeder deutsche Arzt gegen Erlegung einer Einschreibegebühr von 15 M. für den ganzen Zyklus berechtigt. Diese Einschreibegebühr wird nicht zurückerstattet, sofern aus irgendwelchen Gründen eine Teilnahme an dem Zyklus nicht möglich ist; eine Zurückerstattung erfolgt nur dann, wenn etwa sämtliche bei der Meldung gewünschte Kurse und Vorträge schon besetzt sind. 2. Art der Meldung. Programme und Meldezettel für die gewünschten Kurse und Vorträge sind unentgeltlich im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen (Schalter für Kartenausgabe) zu erhalten, wo auch Auskunft erteilt wird (schriftlich nur gegen Erstattung des Rückportos oder wochentäglich 9 bis 2 Uhr persönlich). Bei schriftlichen Bestellungen auf den Meldezetteln ist zugleich die Einschreibegebühr (durch Postanweisung) zu übersenden, ohne welche die Meldung ungültig ist. Alle schriftlichen Meldungen und Postanweisungen sind zu richten an Herrn O. Zürtz, Kaiserin Friedrich-Haus, N.W. 6, Luisenplatz 2—4. Persönliche Meldungen werden wochentäglich von 9 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags angenommen; hierbei ist zugleich die Einschreibegebühr zu erlegen. Telephonische Bestellungen von Karten und Verzeichnissen können nicht berücksichtigt werden. 3. Termine der Meldungen. a) Beginn der Meldungen: 10. August. b) Schluß der Meldungen: 17. Oktober. 4. Programmheft. Vom 10. August an werden täglich aus allen bis 2 Uhr nachmittags eingelaufenen schriftlichen und persönlichen Meldungen durch Auslosung die Teilnehmer für die einzelnen Kurse festgestellt, welche hierauf ein Programmheft erhalten. Das Programmheft ist unübertragbar, enthält den Ausweis für die Kurse und ist auf Verlangen beim Eintritt in die Kursräume vorzuzeigen. 5. Zuschriften. Alle Zuschriften sind zu richten an das Bureau des Zentralkomitees, N.W. 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Das Bessere ist auch das Billigere! Da das Nährfett Fucol bei sonst gleichwertigen therapeutischen Eigenschaften energischer als Lebertran wirkt, machen sich bei Gebrauch des ersteren auch die Heilerfolge um so schneller bemerkbar. Schon aus diesem Grunde verdient Fucol — besonders in der Kassenpraxis — den Vorzug. Orig.-Flaschen à ½ Liter M. 2,—. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

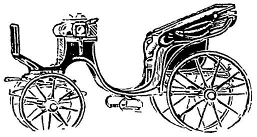
F. A. Koppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C. 2/28.

PURO wird stets nur aus erstklassigem Rohmaterial hergestellt.
◇◇
Tausende von Klinikern und prakt. Aerzten haben sich über PURO anerkennend ausgesprochen.
PURO
konzentriertestes flüssiges
Fleischpräparat
Der Betrieb steht unter Kontrolle des chemischen Laboratoriums von Dr. **Bender** u. Dr **Hobein** durch die staatlich anerkannten Nahrungsmittelchemiker Dr. **Hobein** u Dr. **Hoppe** in München.



Hugo Scheidt Lemgo i. Lippe
Fabrik f. Luxus- u. Gebrauchswagen.
Spezialitat:
Wagen für Ärzte.
Offerten bereitwilligst.

LEUKROL

(Extr. Aristolochiae Jubahar.)

Indikationen: **Chlorose, Anämie, Nervenschwäche, Fluor albus non gonorrhoicus,** bei welchem „Leukrol“ auch in den hartnäckigsten Fällen, wo jede andere Therapie versagte, schnell und sicher Heilung brachte.

„Was Eisen und Arsen nur mühsam vermochten, — erzielte „Leukrol“ schnell.“ —

Dieses Urteil eines vielbeschäftigten praktischen Arztes über „Leukrol“ wird von den meisten Herren Aerzten, welche „Leukrol“ versucht haben, in den verschiedensten Variationen wiederholt Die Wirkung wird in vielen Fallen als „geradezu überraschend“ bezeichnet

Dosierung: 5—6 Tabletten oder viermal 1 Teelöffel Fluid-Extrakt täglich.

Preis: Pro Schachtel à 30 Tabletten **3,— M.**, Kassenpackung (12 Tabl) **1,— M.**, Fluid-Extrakt pro Flasche à 100,0 **3,— M.**, Leukrol-Malzextrakt pro Glas **3,— M.**

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Chemische Fabrik Erfurt, G. m. b. H.
in Erfurt-Ilversgehofen.

Dieser Raum ist reserviert für:

Griserin-Werke G. m. b. H.,

Chemische Fabrik,

Charlottenburg b. Berlin, Leibnizstraße 33.

Eine vorzügliche Neuheit!

D. R. G. M. 332172.

Prospekte mit Preisen und näherer Beschreibung auf
:: :: :: :: :: Wunsch :: :: :: :: ::

Die schönsten und beliebtesten Anstaltsbetten sind meine neuen

Holz-Reformbettstellen
(Konstruktion patentamtl. geschützt)

in direkter Verbindung mit Stahlmatratzen. Dieselben werden in allen Farben **poliert** geliefert und sind trotzdem nicht teurer als gewöhnliche gestrichene Bettstellen. Durch Verwendung von Messingstäben und Messingpaletten erhalten dieselben ein elegantes Aussehen. Für bessere Institute sind die Bettstellen vorzüglich geeignet, da deren Insassen meistens nicht gewohnt sind, auf Eisenbetten zu schlafen und diese als etwas Minderwertiges ansehen.

Fritz Brune, Reformbetten- und Polsterwarenfabrik, **Hameln a. Weser.**

Spinnerei, Weberei und Strickerei
Zur Lust bei Hameln.
Wollene Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

Zeitschrift für
Hygiene und Kosmetik.
Organ für Gesundheits- und Schönheitspflege.

Redaktion: Dr. med. **D. Ritterband,**
Verlag: **L. M. Barschall, Berlin SW. 13,**
Alte Jakobstr. 11/12.

Aus dem Inhalt des laufenden Jahrganges: **Hautpflege. — Die Hygiene des Denkens. — Mund- und Zahnpflege. — Medizinische Überkultur. — Die Pflege des Geistes.**

Bezugspreis pro Halbjahr Mark 3,—.

Durch jede bessere Buchhandlung, durch jede Postanstalt oder direkt vom Verlag.

— **Probenummern gratis und franko.** —

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
P. Gerber, Königsberg. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 20. September 1908. Nr. 38.

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

ORIGINALIEN.

Eklektizismus in der Medizin.

Eine historisch-therapeutische Studie.

Von Dr. **G. Reimer**, Lage i. L.

(Schluß.)

Hatten schon im Anfang des 19. Jahrhunderts in Ausgestaltung des Aehnlichkeitsprinzips einige, z. B. Hermann Groß, der Tierarzt Lux u. a., ohne Begründung und ohne Erfolg die schon bei Paracelsus erwähnte Isopathie entwickelt und versucht, z. B. Krätze durch innerliche Darreichung von gewonnenem Krätzstoff, Schwindsucht durch Auswurf von Brustkranken zu heilen, so waren diese neuen Bakteriologen nicht etwa Eklektiker, sondern originell auf fest begründeter wissenschaftlicher Grundlage. Auch die Chirurgie war inzwischen nicht zurückgeblieben. Hatte Lister auf Pasteurs Entdeckung hin, daß die Luft Infektionskeime enthalte, in desinfizierter Luft operiert und die Wunden mit antiseptischen Mitteln behandelt und verbunden, so führte Bergmann in gerechter Würdigung der neuen Forschungen die Aseptik ein, und da inzwischen, dank der mächtig aufstrebenden und schaffenden Chemie und Pharmakologie, das Chloroform und der Aether als Betäubungsmittel zur Geltung gebracht waren, so erreichte die Operationstechnik eine ungeahnte Ausbildung, die es ermöglichte, auch die bis dahin gefährlichsten und gefürchtetsten Operationen sicher und gefahrlos auszuführen.

Es war in kurzer Zeit von 30 bis 40 Jahren mehr geschaffen von Denkern und Geisteshelden, als vordem im Laufe von Jahrtausenden. Alle Welt sah staunend und bewundernd auf ihre Erfolge und konnte dankbar die Früchte dieser Forschungen am eigenen Leibe genießen und empfinden. Aber eine große Gefahr war mit dieser berauschenden Entwickelung verbunden.

Der praktische Arzt war durch die in Kliniken musterhaft ausgebildete Perkussion, die ja schon Auenbrugger, ohne Anhänger zu finden, in der Mitte des 18. Jahrhunderts angewandt und in einem Schriftchen empfohlen hatte, die aber erst von Corvisart, Laënnec und Scoda wieder hervorgeholt wurde, durch die Auskultation und chemische und mikroskopische subtile Untersuchungsmethoden, durch Augen- und Ohrenspiegel imstande, genau die Art und den Sitz der Krankheiten zu erkennen; durch die Autoritäten auf den verschiedenen Spezialgebieten, denen er vertrauensvoll und ohne Nachprüfung folgte, war ihm zur Pflicht gemacht, alle Mittel gegen diese Krankheitsursachen, die ja jetzt so klar vor ihm lagen, anzuwenden, und in blindem Autoritätenglauben wandte er alle die vielen Mittel an, die eine findige Industrie als wirksam ihm lieferte.

Sein Vorgehen richtete sich gegen die Ursachen der Krankheit, die Kokken und Bazillen, und suchte dieselben durch spezifisch wirkende Mittel aus den ergriffenen Körperteilen wieder zu vertreiben. Das gelang ihm denn auch in den vielen akuten Krankheiten so auffallend, daß der Kranke und Arzt Freude haben konnten; aber nicht alle Krankheiten reagierten so gefällig wie das Wechselfieber auf Chinin und der Gelenkrheumatismus und die anderen Infektionskrankheiten auf die Salizylate oder die Influenza auf die neuerstandenen Antipyretika, es waren die große Menge chronischer Stoffwechselerkrankungen mit ihren Folgezuständen, die allen diesen Mitteln trotzten und dann den Kranken mit Mißtrauen gegen seinen Arzt erfüllten, letzteren an seinen Fähigkeiten und seinen Mitteln zweifeln ließen und dem Pessimismus überlieferten.

Besonders zu der Zeit, als die Neurasthenie die Führerrolle in der Schar der Krankheiten übernahm, infolge des üppigeren Lebens- und der erschwerten Existenzbedingungen nach dem Kriege 1870/71 in den 80er Jahren.

Als da der Pfarrer Kneipp Rat für solche Leidenden wußte durch seine Wasserkur und lehrte, daß man nicht das kranke Organ, sondern den ganzen Körper zu behandeln habe, und daß man den Körper durch Abhärtung gegen Krankheit schützen könne und solle, da die Verweichlichung desselben deren Eintreten begünstige, da kam eine gewaltige Bewegung und Erregung über große Schichten der Gebildeten des Volkes. Nach dem Beispiel von Wörishofen bildeten sich eine Reihe großer Naturheilanstalten, anfangs von Laien, später auch von Naturärzten geleitet, die von den Erfolgen der Naturheilmethode sich blenden ließen oder auch in selbstsüchtiger Absicht ihrem Stande untreu wurden und sich gänzlich gegen Anwendung von Arzneibehandlung aussprachen, ja in ihrem Uebereifer fanatisch gegen den Aerztestand auftraten und durch die häßlichsten Hetzartikel gegen die „Serumsjauche“ und den „Serumsschwindel“ das Publikum gegen die Aerzteschaft aufwiegelten.

Wenn man heute, nachdem die Bewegung ruhigere Formen angenommen, ohne Voreingenommenheit alles übersieht, so muß man mit Bedauern zugeben, daß unserem Aerztestand nicht mit Unrecht ein Vorwurf daraus gemacht werden kann, daß er die Bewegung damals nicht in ihrer Tiefe und Schwere genügend erkannt hat und den rechten Anschluß verpaßt hat. Entschuldigung hat er insofern, weil zu ungestüm und mit elementarer Gewalt diese Laienrevolution hereinbrach und damit zugleich solche feindselige Stimmung gegen die Aerzte sich bemerkbar machte, daß dieser Stand sich in die Defensive zurückziehen mußte, wenn es nicht den Anschein bieten sollte, als strecke er seine Waffen.

Aber die größere Schuld trifft jene „Naturärzte“, die ihre Wissenschaft preisgaben und verhöhnten, die alles taten, ihre Standesgenossen nicht zu bekehren und zu sich hinüberzuziehen, sondern durch „Vereinigung süddeutscher Aerzte für physikalisch-diätetische Therapie (Naturheilverfahren)“ mit ihrem „Heidelberger Programm“ jede Verständigung unmöglich machten.

Dadurch ist ein solcher Groll und Widerwille gegen die Naturheilmethode entstanden und eingewurzelt, daß es auch heute noch anstößig ist, diese Bestrebungen mit ihrem Namen zu nennen, obwohl mit der Zeit doch eine große Menge Aerzte und alle Sanatoriumsleiter die Wahrheiten dieser Methode, sofern sie von Aerzten in den rechten Grenzen richtig angewandt wird, anerkennen und zugestehen.

Aber die Aerzteschaft im großen allgemeinen sträubt sich noch, dieser Methode ihre Berechtigung zuzugestehen, sie geniert sich dessen, weil Laien die Begründer derselben gewesen, lieber folgte man den Hauptrufern im Streite, die wie auf der Gegnerseite, so auch auf unserer Seite erstanden sind und noch glauben, durch ihr Gezeter sich Bundesgenossen zu schaffen und durch ihr Triumphgeschrei den „Feind“ der Kurpfuscherei, denn dazu zählen sie die Naturheilbewegung, bange machen und verscheuchen zu können. Die praktischen Aerzte, um deren Wohl und Wehe es sich bei Lösung dieser Streitfrage handelt, stehen unbeteiligt beiseite, oder wenn sie versuchen, sich in diesen Kampf einzumengen, dann werden sie nicht einmal zugelassen. Kein Stand hat im Laufe dieser letzten 20 Jahre so unter diesem geschaffenen Unfrieden zu leiden gehabt, so enorme Einbuße an Ansehen gehabt bei seiner Rolle als neutraler Zuschauer, der nicht wußte, welcher Partei er sich zuwenden solle, als der Stand der praktischen Hausärzte. Durch seine unangebrachte Neutralität schuf er sich Feinde und keine Freunde.

Feinde von ihm sind die Kurpfuscher und die Naturärzte, die ihm manche fruchtbare Domäne abnahmen, die er nicht genügend bewirtschaftet hatte, und die in ihrer neuen Wirtschaftsart den Beweis lieferten, daß es auch so, d. h. ohne Arzneiwirtschaft geht in vielen Fällen.

Feinde erstanden ihm auch in den Nachfolgern der Lehre Hahnemanns, den 500 modernen Homöopathen, die sich geflissentlich von der Kollegenschaft absondern und von ihren Isolierschemeln herab in mystischer Form dem wundergläubigen Publikum eine Doktrin der Charlatanerie vororakeln, die der Selbsttäuschung und dem Betruge Tür und Tor öffnet. Sie rauben auf diese Weise dem Hausarzte, neben dem sie heimlich oder offen arzten, zum Schlusse die Anerkennung, die der Geheilte ihm schuldig ist. Feinde sind dem Hausarzte auch in nicht zu knapper Weise erstanden in der Klientel selbst, die es nicht einsehen kann, daß ihr Arzt sich trotzig, und wie sie meinen, aus Mangel an Einsicht diesen Methoden verschließt, denen mancher seine Wiedergenesung zu verdanken glaubt. Ihre Sympathien sind für die von der Wissenschaft, wie sie meinen, Ausgestoßenen, die allen Grund haben, als solche sich hinzustellen, und bewußt verschweigen, daß sie freiwillig ihre separierte Stellung gewählt oder sich verkehrterweise haben in diese falsche Lage hineindrängen lassen.

Und wenn wir freimütig und offen sein wollen, so müssen wir sagen, der größte Feind findet sich in unseren Reihen selbst, das sind die Kollegen, die mit den Jahren Pessimisten geworden sind, weil sie mit falsch angewandten Mitteln nicht die Erfolge erzielten, die sie erwartet hatten, und die ihre Ohnmacht nicht still für sich in ihrem Herzenskämmerlein tragen, sondern bei den unpassendsten Gelegenheiten ihren nihilistischen Standpunkt auch Laien und Pfuschern gegenüber zum Ausdruck bringen, das sind die Kollegen, die konservativ bis auf die Knochen feindselig jeder Neuerung gegenüberstehen, auch wenn sich diese bewährt hat, das sind die gleichgültigen Kollegen, die mit dem Staatsexamen einen genügenden Abschluß ihrer wissenschaftlichen Studien erreicht zu haben glauben und damit ein Anrecht auf ausreichende Versorgung in irgendeiner gut dotierten Kassenarztstelle, wo es ihnen dann auf ein Rezept mehr oder weniger nicht ankommt.

Der „neue Hausarzt“ soll und muß wieder werden ein treuer Berater der Kranken und Familien, zu dem seine Patienten das vollste Vertrauen haben, daß er ihnen in ihren Nöten gerne hilft und kraft seiner Wissenschaft und Erfahrung auch helfen kann.

Er muß ausgerüstet sein mit einem Gemüt, das empfänglich ist für alles Gute, Edle, Schöne, und muß in allen Sätteln der Wissenschaft fest und angegossen sitzen.

Die Asepsis muß er nicht bloß beherrschen, sondern auch in jedem Falle beherzigen, die Geburtshilfe muß er mit Ruhe und Geschick ausüben, in der Arzneimittelpraxis muß er mit klarem Blicke die Spreu vom Weizen trennen lernen, damit er den Fehler der alten Aerzte, die Kompliziertheit der Rezepte, vermeidet, es genügt für ihn nicht mehr die subtilste Ausnutzung der Perkussion und Auskultation, er muß mit dem Mikroskop umzugehen wissen, auch bakteriologische und chemische Untersuchungen, nicht bloß des Urins, sondern auch der andern Se- und Exkrete, der Fäzes auszuführen imstande sein. Er muß Augen-, Ohren- und Kehlkopfspiegel handhaben können und leichtere Eingriffe dieser Art mit sicherem Geschick machen können, er muß aber auch groß und stark genug sein, sich der Grenzen seiner Kunst bewußt zu bleiben, und nicht wenn es zu spät ist, sondern rechtzeitig die Hilfe eines erfahrenen Spezialarztes in Anspruch nehmen. Mit einem Worte, ein vernünftiger Eklektizismus unter den vielen, vielen Kurmöglichkeiten der modernen Medizin kommt für den Hausarzt in Betracht.

Den Feinden seiner Wissenschaft gegenüber muß er eine feste, ruhige, sichere Haltung einnehmen; nicht schelten oder prahlen, ohne deren Methoden auch nur eines Blickes zu würdigen, er soll auch diesen gegenüber den Standpunkt eines klugen und zielbewußten Eklektikers einnehmen, aus ihren Mitteln schöpfen und wählen.

Da hat die Naturheilmethode uns eine ganze Reihe wirksamer Mittel gebracht, die wir dankbar anwenden sollen. Es ist nicht nur nicht bedauerlich, sondern in gewisser Weise gut und ein Glück gewesen, daß die Naturheilbewegung von Laien ausging und deshalb mit solcher Vehemenz in die Erscheinung trat. Aerzte würden niemals, wie die Geschichte lehrt, so rasch eine so große Anhängerschar gefunden haben, die sich willig zu den Versuchen hergab, wie sie Laienpraktiker ohne Verantwortungsgefühl nunmehr anstellen konnten. Dadurch und besonders deshalb, weil diese Laien gänzlich sich von der Arznei lossagten, konnte um so leichter nachgewiesen werden, inwieweit die Natur des Einzelnen befähigt ist, eine Naturheilung eintreten zu lassen. Und das Resultat dieser Versuche ist doch zweifellos, daß der Naturheilmethode eine Berechtigung innewohnt, nicht deshalb, weil in vielen Fällen die Natur alleine ausreicht, weil es Krankheiten gibt, die erfahrungsmäßig allein durch sie heilen können, sondern weil es Krankheiten, wie die Stuhlträgheit und Neurasthenie gibt, die auf Naturheilwege geheilt werden müssen, bei denen es nur einer vernünftigen Naturlebweise und Naturheilmethode gelingt, eine Endheilung zu erreichen.

Folgen wir nur getrost den Lehren dieser Naturheilmethode, die ja auch nicht zu geringem Teil von Aerzten ausgehen, z. B. was die Behandlung der Stuhlträgheit betrifft, und sorgen wir dafür, daß durch uns dieselben unseren Patienten kund werden, als Lehren, die wir selbst befolgen: Leben wir nach dem Vorbilde, das die Natur uns bietet in dem Wachstum ihrer Pflanzen und Geschöpfe, die ohne genügend Luft, Licht, Wasser und geeignete Nahrung und ohne genügende freie Bewegung verkümmern oder eingehen; wenden wir in Krankheitsfällen vorzüglich die Naturheilweise an, d. h. diese aus der Allnatur uns stets zur Verfügung stehenden Mittel sollen durch modifizierte innere und äußere zweckmäßige Anwendung unsere Körpernatur unterstützen in dem Bestreben, sich der Krankheit zu erwehren. Wenn wir die Lehren hieraus nützlich anwenden und offen anwenden in unserem Berufe, dann entwinden wir damit den Pfuschern und Naturärzten ihre Waffe und ihre Reklametrommel, denn jeder Verständige wird erkennen, wieviel höher ein Arzt steht, der neben diesen Naturheilmitteln noch über so und so viele Arzneimittel verfügt, mit denen er rasch und sicher eingreifen kann, als der verrannte Naturarzt, der sich dieser Arzneihilfe begibt.

Und dann gegen den anderen Feind des Hausarztes, den modernen Homöopathen!?

Es müßte dafür gesorgt werden, daß auf den Universitäten vor dem Staatsexamen ein Aufklärungsunterricht eingerichtet würde, sowohl über Naturheilmethode wie über die Homöopathie. Wo derselbe noch fehlt, muß sich jeder später diese notwendige Aufklärung aus Büchern verschaffen. Der Homöopath behandelt mit unseren Mitteln, die er nur in veränderter Form gibt, nach dem sogen. Potenzsystem. Aber es sind viele Aehnlichkeiten zwischen beiden Methoden. Die Indikationen für die Wahl der einzelnen Mittel sind bei der Allopathie und Homöopathie fast dieselben; die Mittel Kampfer, Ferrum, Moschus, die von uns in größerer Dosis verordnet werden, werden auch vom Homöopathen in niederer Potenz, d. h. in starker Dosis verabreicht, so Kampfer und Eisen in 1. bis 2. Potenz, also 0,1 bis 0,01, und sollen in rascher Wiederholung gegeben werden. So sollen bei akuten Krankheiten die niederen Potenzen (also stärkere Dosen), in chronischen Krankheiten mittlere oder höhere Potenzen (also schwache Dosen) in Anwendung gebracht werden; dasselbe Prinzip wie beim modernen Hausarzt, der bei akuten Krankheiten alles daran setzt, durch häufige und stärkere Gaben einen Umschwung zur Besserung hervorzurufen, während er in langwierigen Krankheiten weniger Arzneien gebraucht und wohl gar gänzlich der Naturlebweise und -heilweise sich vertraut.

Lernen wir also Homöopathie, damit wir nötigenfalls ein gerechtes sachliches Urteil in Laienkreisen zur Aufklärung abgeben, damit endlich dieser Aberglaube aufhört, und wo noch ein moderner Homöopath störend in der Praxis sich bemerkbar macht, würde es auch kein Fehler sein, eventuell auch einmal die Form dieser Verordnung zu wählen, damit er von der Bildfläche als überflüssig verschwinde und wieder dazu erzogen werde, seine Kunststückchen zu unterlassen und ernstliche Wissenschaftlichkeit anzunehmen. Keinesfalls möchte ich in den Verdacht geraten, die Schar der modernen Homöopathen noch um einen oder mehrere durch diese meine Aufforderung zu vermehren.

Lange genug, allzu lange hat der ärztliche Stand, der des Hausarztes vor allem, gelitten unter dem 30jährigen Kriege, hat schwere Kriegsopfer tragen müssen, während er lau und neutral dem Kampfe zusah.

Schon schauen sie leuchtenden Auges auf die Hilfe, die ihnen gebracht wird durch die Gesetzgebung, durch die von oben eingeleitete hygienische Aufklärung der Sozialmedizin, auf die Wirksamkeit des deutschen Vereins für Volkshygiene und andere, schon bildete sich eine freie Vereinigung biologisch denkender Aerzte als Gegnerschaft der „Naturärzte", aber das alles sind nur Vorpostenplänkeleien. Den Hauptkampf, den müssen sie allein ausfechten, da müssen Sie von Eifersüchteleien und Uneinigkeit ablassen, und Mann für Mann folgen der Fahne, die ihnen entrollt ist zum Kampfe gegen Pfuschertum und Aberglauben in der Medizin.

Drum auf mit diesen ihren geschärften Waffen mutig in den Kampf, unser ist der Sieg!

REFERATE.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Erkrankungen des Auges durch die ultravioletten Strahlen greller Lichtquellen und Schutz gegen dieselben durch ein neues, in dünnen Schichten farbloses Glasmaterial.** Von A. Vogt. Arch. f. Augenheilk., Bd. LX, H. 2, S. 161.

2. **Ueber regionäre Anästhesie in der Orbita.** Von A. Löwenstein. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., XLVI, S. 592.

1. Da in den letzten Jahren die Erkenntnis der Bedeutung der ultravioletten Strahlen für die Pathologie des Auges zugenommen hat und die Entstehung mancher Krankheiten, wie der Schneeblindheit, Ophthalmia elektrika, Glasbläserkatarakt, zum großen Teile der Wirkung dieser Strahlen zugeschrieben wird, hat V. nach einem möglichst farblosen Glase gesucht, das die ultravioletten Strahlen absorbiert, und dieses in dem schwach gelblichen Schwertflint 0,198 (Schott, Jena) gefunden. Er empfiehlt dieses Glas für alle diejenigen Zwecke, bei welchen, ohne der Helligkeit des Lichtes Abbruch zu tun, der schädliche Einfluß greller Lichtquellen ausgeschaltet werden soll, also als Lampenglasmaterial bei Auer-, Azetylen-, elektrischem Licht, als Schutzglas im Gebirge, als Brillenglas für manche Berufe, wie Glasbläser, und für manche Krankheiten, wie Katarakta inzipiens.

2. Während die Lokalanästhesie mit Kokain sich für die Enukleation nicht entzündlicher Augäpfel bewährt hat, versagt die Methode oft bei entzündeten und schmerzhaften Augäpfeln. Auf Elschnigs Anregung wurden daher in der Prager Augenklinik Versuche mit Leitungsanästhesie in der Weise angestellt, daß die Kokaininjektion gegen das Ganglion ziliare, in dessen Nähe sich alle den Bulbus versorgenden sensiblen Nerven zusammendrängen, gerichtet wurde. Man findet den Weg durch Einstich einer Pravazschen Spritze mit 5 cm langem Nadelansatz am lateralen Orbitalrand etwas unterhalb der Mitte. Durch leicht hebelnde Bewegung überzeugt man sich, daß die Spitze sich nicht im Optikus gefangen hat. Fast unmittelbar nach der Injektion von höchstens 1,5 ccm 1%iger Kokainlösung ist der Augapfelinhalt anästhetisch. Bei Entzündungen empfiehlt sich, um auch den Bindehautschnitt schmerzlos zu machen, noch eine subkonjunktivale Kokaininjektion. Nach diesem Verfahren wurden 18 Enukleationen, 7 Exenterationen, 1 Zyklodialyse schmerzlos vorgenommen. Ein unangenehmer Zwischenfall ereignete sich bei Enukleation eines hochgradig myopischen Auges mit Melanosarkom der Chorioidea; die Nadelspitze stach hier den Bulbus an, so daß sich sein Inhalt in das orbitale Zellgewebe entleerte.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle**, Berlin.

1. **Ein einfaches Verfahren, die Ansaugung der Nasenflügel zu beseitigen.** Von Dr. Heermann-Kiel. Zeitschr. f. Ohrenheilk., 1908, Bd. 56, H. 2.

2. **Zur Aetiologie und Behandlung der Sängerknötchen.** Von Dr. Ernst Barth. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 33.

3. **Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.** Von Prof. Denker. Arch. f. Laryngol., Bd. 21, H. 1.

4. **Ueber Blutungen nach Exzision der Rachenmandel.** Von Dr. Haymann. Ibidem.

1. Zur Beseitigung des häufigen, sehr lästigen Ansaugens der Nasenflügel bei der Respiration wendet Heermann statt des Hartgummiovals von Schmidthuisen und des Silberdrahtbügels von Feldbausch, die wegen der äußerlichen Sichtbarkeit zumal von bessergestellten Patienten ungern getragen werden, kleine Wattekügelchen an, die er, mit Borsalbe getränkt, in das Vestibulum narium einführt. Diese „Wattepillen" werden vom Pat. selbst gedreht (Heermann hat sie auch fabrikmäßig darstellen lassen) und in die sogenannte Spitzentasche, ganz vorn und oben im Vestibulum, hineingedrückt. H. hat nur Vorteile davon gesehen.

Es dürfte sich jedoch in der Mehrzahl der Fälle empfehlen, durch einen einfachen Eingriff das Septum narium vorn zu verschmälern, das in solchen Fällen gewöhnlich deformiert bezw. verdickt ist. Hierdurch sind leicht Dauerheilungen zu erzielen. Nur bei sehr ängstlichen Patienten dürfte Heermanns Methode empfehlenswert sein (Ref.).

2. Barth bespricht die bisher aufgestellten Theorien über die Entstehung der Sängerknötchen, 1. daß sie durch mechanische

gegenseitige Reibung der geschwollenen Stimmbänder entstehen, 2. an den Knotenpunkten der Schwingungen der Stimmlippen, die dazu besonders prädisponiert sind, 3. daß eine Drüse am Stimmbandrande eine wichtige Rolle für ihre Entstehung spiele.

Verf. bringt gegen alle drei Theorien Gründe vor (wie es scheint, nicht ganz stichhaltige gegen Nr. 2. als Mitfaktor Ref.) und zieht aus den anatomischen Verhältnissen und der physiologischen Funktionsart der Stimmlippen den Schluß, daß Stimmbandknötchen zustande kommen durch häufiges Anschlagen der Stimmlippen an das tief in den Kehlkopf gewölbte Tuberkulum epiglottidis.

Nötig zu ihrem Entstehen ist eine falsche Methode des Singens, indem der Kehlkopf bei hohen Tönen hochgezogen wird, statt wie zweckmäßig tiefer zu treten.

Diese Entstehung erkläre auch den Erfolg einer Kur, die allein in absoluter Stimmruhe besteht. Lokale Behandlung ist nur am Platze, wenn daneben ein Katarrh des Kehlkopfs besteht. Notwendig ist natürlich vor allem das Erlernen einer richtigen Stimmtechnik, ohne die jede Therapie machtlos ist. Operative Maßnahmen hält Barth nur bei Versagen aller sonstigen angedeuteten Mittel für berechtigt angesichts der eminenten Gefahr des technisch nicht absolut vollendeten Eingriffes für die Zukunft des Sängers.

Die Theorie des Verfassers ist jedenfalls eine sehr interessante und originelle, wenngleich sich wohl mancherlei Einwendungen dagegen erheben ließen, die hier zu weit führen würden. Eine Bestätigung oder Ablehnung muß der Zukunft vorbehalten bleiben.

3. Die radikale Operation maligner Tumoren der Nase ist bis heute eine crux medicorum. Alle nochso eingreifenden Methoden, die den Tumor bis weit ins Gesunde herauszuschälen erlaubten, haben Rezidive nur für relativ kurze Frist zu verhindern vermocht. Dabei waren die bisher gebräuchlichen Methoden fast durchgängig überaus blutig und hatten eine erhebliche Mortalität (bis ca. 30%).

Denker berichtet, konform mit einem Vortrag auf dem ersten internationalen Laryngologenkongreß in Wien, über einen neuen Weg, den er schon vor zwei Jahren angegeben hat. Er vermeidet jeden Schnitt durch die Haut, sondern beginnt seine Operation mit einem Schnitt im Munde an der Umschlagstelle der Mukosa am Oberkiefer, schiebt die Weichteile bis zur Orbita zurück, entfernt die vordere Wand des Antrum Highmori, dessen Schleimhaut sorgfältig weggenommen wird. Ebenso wird die mediale knöcherne Wand der Kieferhöhle, die untere Partie des Nasenbeins und des Prozessus nasalis des Oberkiefers bis ans Tränenbein entfernt. Hierdurch gewinnt man eine treffliche Uebersicht über das ganze Gebiet, und der Tumor kann relativ bequem entfernt werden. Die Wunde wird dann sofort vernäht, der Tampon durch die Nase hindurchgeführt. Nach 14 Tagen kann der Patient die Klinik verlassen.

Leider hat auch diese Methode, die ein so weitgehendes Vordringen erlaubt, nicht vermocht, die Rezidive zu verhindern. Dennoch ist sie sicher eine sehr empfehlenswerte, weil sie jede Entstellung vermeidet, die Blutung gering ist und die Heilung außerordentlich rasch von statten geht. Es ist wohl zu hoffen, daß ihre weitere Ausbildung die Prognose dieser Operationen immer günstiger gestalten läßt.

4. Wenn auch im allgemeinen Operationen der Rachenmandel als vollkommen gefahrlos zu bezeichnen sind, so kommen doch, wenn auch selten, sehr unangenehme Zufälle vor. Es besteht die Gefahr einer Wundinfektion und, wesentlich mehr, die Gefahr einer starken Blutung. Diese kann sich der Operation unmittelbar anschließen oder, als Nachblutung, nach einer Reihe von Stunden, ja von Tagen auftreten.

Die Ursache solcher Blutungen können sein in erster Linie Nebenverletzungen, in seltenen Fällen Hämophilie oder Leukämie, und verhältnismäßig häufig sind es hängengebliebene Reste, aus denen es immer wieder blutet, zumal diese Fetzen gewöhnlich durch Würgbewegungen stark gezerrt werden. Blutungen werden auch angegeben bei vorhandener Nephritis und Herzfehlern. Auch eine gerade bestehende Menstruation ist des öfteren angeschuldigt worden, jedoch ist ein ätiologischer Zusammenhang hier nicht bewiesen.

Prophylaktisch wird man daher auf leukämische Prozesse und Hämophilie zu achten haben (sehr seltene Fälle). Das Wichtigste ist die Kontrolle nach der Operation auf hängengebliebene Reste, weil diese die gewöhnliche Ursache von Nachblutungen sind.

Ist die Blutung auf diese Weise nicht zu stillen, so läßt sich in ausnahmsweisen Fällen eine Retronasaltamponade nicht vermeiden, doch soll man sich hierzu nur in äußersten Notfällen entschließen, da die Gefahr einer Infektion des Ohrs sehr groß ist und auch Allgemeininfektionen beobachtet worden sind.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim,** Charlottenburg-Berlin.

1. **Histologische Besonderheiten von Vagina und Blase während der Gravidität.** Von Dr. Hofbauer. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 28, H. 2.

2. **Die Achsendrehung des Dickdarms in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt.** Von Dr. Georg Becker (Univ.-Klinik Halle). Ibidem.

3. **Ueber Duodenalverschluß.** Von Dr. Rosenthal (Klinik Prof. Landau). Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 1.

4. **Typhusvereiterung des Ovarialtumors.** Von Dr. Gans (Frauenklinik in Königsberg). Monatsschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 28, Heft 2.

5. **Ueber missed abortion.** Von B. Rosinski. Ibidem.

6. **Die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken für die puerperale Infektion.** Von Dr. Th. Heynemann (Frauenklinik Halle). Arch. f. Gyn. 86, 1.

7. **Zuckerkrankheit und Schwangerschaft in ihren Wechselbeziehungen.** Von Dr. Offergeld. Ibidem.

8. **Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen.** Von Dr. Lagos Góth. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 15.

9. **Zu der Mitteilung des Herrn Dr. Góth: Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen.** Von Dr. G. Zickel-Berlin. Ibidem, Nr. 34.

10. **Perforatorium.** Von Dr. Nacke. Ibidem, Nr. 29.

1. In drei von acht Fällen fand H. in der Vagina bei Schwangerschaft statt Plattenepithels Uebergangs- bezw. geschichtetes Zylinderepithel, im Bindegewebe Plasmazellen und Lymphozytenhäufchen; vielleicht erklären diese Veränderungen das Faktum der geschwächten Widerstandskraft der Scheidenschleimhaut gegen das Eindringen der Gonokokken während der Gravidität.

An der Blase fand er Dickenzunahme der kontraktilen Fasern, in einem Falle Auftreten von quergestreiften Fasern, ferner Verbreiterung und Quellung der bindegewebigen Septa, im Bereich der Schleimhaut und in den Interstitien der Muskularis Rundzelleninfiltrate, auch Plasmazellen.

Am Epithel fand er in zwei Fällen Proliferationsvorgänge, nämlich Umwandlung in eine papillentragende Schleimhaut; ferner Durchwanderung von Leukozyten.

Am vesikalen Ureterabschnitt ist die Muskularis infiltriert mit leukozytären Elementen, woraus sich vielleicht die von Sänger angegebene leichte Tastbarkeit des Ureters in graviditate erklärt.

Vielleicht erklärt sich hieraus auch ein mangelhafter Verschluß der Ureterenöffnung, wodurch wiederum die Genese der Pyelitis gravidarum aszendens bei bestehender Bakteriurie erklärt werden könnte.

2. Achsendrehung des Darms ist bei Frauen seltener als bei Männern, die Komplikation mit Gravidität ist sehr selten beobachtet.

B. beobachtete einen solchen Fall in der Halleschen Klinik. Eine XVp. bekam beim Aufsitzen nachts plötzlich heftigen Schmerz im Leibe, eine Stunde später Erbrechen, das sich am Morgen wiederholte. Bei der Ueberführung in die Klinik am Abend heftige Unruhe, schnellen kleinen Puls, beschleunigte oberflächliche Atmung, aufgetriebener sehr druckempfindlicher Leib. Stuhl- und Windverhaltung. Uterus am Rippenbogen, Mm. markstückgroß. Die Geburt wurde mit Metreuryse schnell beendet; der schlechte Allgemeinzustand ließ von einer Laparotomie Abstand nehmen. Nachts Exitus. Sektion ergab, daß die Flexura sigmoid. mit ihrem sehr langen beweglichen Mesokolon 360° fest um die Basis des Dünndarmmesenteriums geschlungen war, so daß sich die Mesenterien gegenseitig abschnürten, und die dazugehörigen Darmabschnitte — der Dünndarm in $4^1/_2$ m Länge, die Flexur in 30 cm Länge — gangränös waren; diese Partien rissen wie Zunder.

B. gibt dann Bericht über acht Fälle (zwei in den ersten Monaten der Schwangerschaft) aus der Literatur, von denen nur einer durch Operation gerettet wurde; zwei der Fälle setzten unter der Geburt ein. In allen Fällen, außer einem, war das Kind durch die schwere Störung des Allgemeinbefindens abgestorben; die Diagnose schwierig; ist sie gestellt, muß sofort laparotomiert werden; dabei aber ist die Prognose auch ungünstig.

3. Fälle von Duodenalverschluß sind in letzter Zeit in der gynäkologischen Literatur öfter beschrieben worden. R. teilt zwei Beobachtungen aus der Landauschen Klinik mit.

Im ersten Falle traten die Erscheinungen am fünften Tage nach supravaginaler Uterusamputation wegen Myom auf. Krampfartige Schmerzen im Leib, heftiger Durst waren die ersten Symptome bei objektivem Fehlen von Erscheinungen.

Wenige Stunden später waren die Schmerzen, die in der Magengegend lokalisiert wurden, heftiger, Puls beschleunigt, Aussehen blaß, beinahe grau. Nach kurzer Besserung auf heiße Umschläge weitere Verschlechterung, plötzlich heftiges Erbrechen, Puls 150, Kollaps; bald wiederholte sich das Erbrechen häufiger. Magenspülung. Am nächsten Morgen besseres Befinden. Nach Genuß von Flüssigkeit von neuem Erbrechen und Schmerzen. Magen aufgetrieben, druckempfindlich, sonst Abdomen weich; Erbrechen, alle fünf Minuten große Mengen. Magenspülungen erfolglos. — Klagen über entsetzlichen Durst. Abends kleiner frequenter Puls. Temperatur 38°. Schlechtes Allgemeinbefinden. Durst. Magen stärker aufgetrieben. — Abgang von Blähungen. Am folgenden Morgen sehr schlechtes Befinden. Verfallenes Aussehen. Stetig Singultus und Erbrechen. Magengrenze unterhalb des Nabels.

Diagnose: hoher Darmverschluß. Vor der vorbereiteten Relaparotomie Versuch mit Bauchlagerung, der einen eklatanten Erfolg hatte. Erbrechen hört auf; Blähungen gehen ab. Hinterher Wohlbefinden. Heilung.

Im zweiten, fünf Jahre schon zurückliegenden Falle traten nach vaginaler Totalexstirpation vom fünften Tage an Schmerzen und Erbrechen ein. — Diagnose: Ileus. Laparotomie.

Dünndarm im kleinen Becken, einzelne Schlingen am Scheidentrichter adhärent. Keine Abknickung. Lösung der Verwachsungen. Reposition des Dünndarms. Heilung.

Außer diesen beiden Fällen zitiert Verf. noch eine größere Zahl aus der Literatur. Der hohe Darmverschluß entsteht dadurch, daß das Mesenterium durch Zug in der Richtung der Beckenachse das Duodenum verschließt, und zwar ist vor allem die A. mesenterica, die diesen Verschluß bewirkt. Dieser Zug muß nach Verf. ziemlich stark sein und wird verstärkt durch Druck von oben nach unten, durch Einklemmung des Darmes im kleinen Becken und durch Verwachsungen von Dünndarmschlingen mit dem Beckenboden. Druck von vorn nach hinten übt auch die volle Blase aus. Bezüglich der Entstehung der Magendilatation, ob primär, ob sekundär, gehen die Meinungen auseinander. R. Fall 1 beweist sekundäre Magendilatation. Die Diagnose ist nicht schwer, wenn man das Krankheitsbild, wie es Fall 1 gibt, kennt. Durst, der bei hochsitzendem Darmverschluß so stark ist, wie kaum sonst, Erbrechen, bald häufiger, bald seltener in großen Massen, von gelbgrüner, fast schwarzer Farbe, nicht fäkulent, Temperatur nicht oder erst sehr spät erhöht, Puls klein und schnell. Stuhl und Flatus können angehalten sein, aber auch durch Einläufe zu erzielen. Urin hat hohen Indikangehalt. Leib in Epigastrium aufgetrieben, dort auch schmerzhaft. Schlechtes, verfallenes Aussehen.

Bewirkt wird der Verfall durch große Flüssigkeitsverluste infolge des Erbrechens.

Die Therapie besteht vor allem in der Bauchlagerung, die das Krankheitsbild mit einem Schlage aufhebt. Magenausspülungen, event. Versuch in Knieellenbogenlage, den Dünndarm aus dem kleinen Becken herauszudrängen. Als Ultimum refugium kommt die Laparotomie in Betracht.

Die Prognose ist bei zeitig gestellter Diagnose günstig. Die Bauchlagerung hat keine Nachteile für die Wundheilung.

Die Erkrankung ist nicht nur nach Laparotomien, sondern auch ohne solche meist bei schlecht genährten Individuen beobachtet worden. Bäumler beschreibt eine solche bei einem durch Typhus ad exitum gekommenen Mädchen.

4. Nach größeren Statistiken gehen 8 bis 12% der Ovarialtumoren in Eiterung über, woran Streptokokken, Gonokokken, Tuberkelbazillen, Bakterium koli, Staphylokokken, Pneumokokken und einige Saprophytenarten beteiligt sind.

Auch Typhusbazillen sind in einer Reihe von Fällen gefunden worden.

Einen solchen beschreibt G. Die Pat. trug bei ihrer Erkrankung an Typhus einen sehr großen Ovarialtumor. Vier Monate nach der Genesung vom Typhus bekam Pat. beim Gehen plötzlichen stechenden Schmerz in der Geschwulst und im Leibe, der nach einigen Stunden sich legte; seitdem beim Gehen und bei Druck auf den Tumor öfters Schmerzen.

Bei einer zweiten Schmerzattacke starker Meteorismus und Erbrechen.

Bei der Probelaparotomie entleert sich aus einem Einriß aus dem Tumor etwas Eiter; der Tumor wird nicht total exstirpiert, sondern nur drainiert.

Im Eiter Reinkultur von Typhusbazillen.

Ueber das weitere Schicksal der Pat. berichtet die Krankengeschichte nichts.

5. Der erste Fall, den R. beschreibt, betrifft eine luetisch infizierte Ip., bei der nach Ausbleiben der Menses eine der Zeit entsprechende Gravidität festgestellt wurde; nach sechs Monaten war der Uterus aber entsprechend dem dritten Monat vergrößert, das Allgemeinbefinden sehr schlecht, Albumen, Oedeme. Entsprechende Behandlung fünf Wochen ohne Besserung, deshalb Dilatation der Zervix zur Unterbrechung der Schwangerschaft; Ausbruch von Eklampsie — Ausräumung — Anfälle folgen Schlag auf Schlag — Exitus — Frucht mazeriert.

Der zweite Fall betraf eine VI gravida. Letzte Menses am 22. November, im Juni Aufhören der Kindsbewegungen, am 18. Oktober wurde R. konsultiert. Nach der Untersuchung trat spontan die Geburt ein; zwei schwere atonische Nachblutungen. Die Pat. zeigte vorher starke Anämie, etwas Albumen und fühlte sich schlecht.

Das schlechte Allgemeinbefinden der Frauen bringt R. in Beziehung zur Retention der abgestorbenen Frucht, auf Autointoxikation.

Daraus aber folgt, daß in den Fällen von missed abortion das bisherige exspektative Verhalten aufzugeben und die Entleerung des Uterus anzustreben ist in allen Fällen, in denen der Tod der Frucht sichergestellt ist.

Auch die atonische Nachblutung, die R. erlebte und die er auf Herabsetzung des Kontraktionsvermögens infolge des allmählichen Zusammenschrumpfens nach der langsamen Resorption des Fruchtwassers zurückführt, geben Veranlassung zur Entleerung des Uterus.

In der Diskussion zu diesem Vortrag bemerkt Lange, daß er auch einen Fall von Schädigung des Allgemeinbefindens durch missed abortion gesehen habe.

6. Dem Nachweise der hämolytischen Streptokokken, d. h. Streptokokken, die auf einem bestimmt zusammengesetzten Blutagar einen glashellen Hof bilden, wird von Veit und seinen Schülern, besonders von Fromme, eine weitgehende Bedeutung für die Prognose der puerperalen Infektion zugeschrieben.

H. hat zur Entscheidung der Frage, ob in der Hämolyse ein Merkmal zu erblicken sei, durch das die hochvirulenten von den weniger virulenten oder saprophytisch lebenden Streptokokken zu unterscheiden seien Blut und Lochia von 125 fiebernden Wöchnerinnen bakteriologisch untersucht.

In 22 Fällen davon wurden hämolytische Streptokokken im Lochialsekret gefunden, unter denen sich 4 letal endende Fälle fanden; bei letzteren wurden die Streptokokken auch im Blute gefunden, bei denen, die in Genesung übergingen, fanden sich keine Streptokokken im Blut, sonst wurde einmal im Blut der Fried-

Public

ländersche Kapselbazillus, einmal Staphyl. aureus gefunden, beide Fälle genasen.

Auch die übrigen 18 Fälle wiesen schwere klinische Erscheinungen — Temperatur bis 41°, Puls bis 126, 130 bis 140 — auf. Diese 18 Fälle gingen auf Bettruhe, Eisblase, Ergotin in Heilung über, wobei einige allerdings noch rezidivierten.

Streptokokken, aber nicht hämolytische, wurden auch oft in anderen Fieberfällen gefunden, in einer Reihe von Fällen in Reinkultur oder in großer Menge, so daß sie für die Erkrankung ätiologisch in Betracht kommen.

Die Krankheitserscheinungen waren stets milder als bei den mit hämolytischen Streptokokken erkrankten Wöchnerinnen, besonders war der Puls weniger beschleunigt, die Temperatur nicht so hoch.

Dem Nachweis der hämolytischen Streptokokken bei der puerperalen Infektion kommt nach H. eine große praktische Bedeutung zu, und zwar ist der Wert seines Nachweises

a) ein diagnostischer: Er macht das Vorliegen einer puerperalen Infektion wahrscheinlich und verhindert, daß das Fieber fälschlicherweise auf andere Ursachen zurückgeführt wird;

b) ein prognostischer: In 22 unter 125 untersuchten Fällen wurde der Keim im Lochialsekret nachgewiesen, davon blieb er in 18 Fällen auf den Uterus beschränkt, oder es kam zu einer Parametritis; diese heilten. 4 aber, bei denen die Streptokokken ins Blut hatten eindringen können und dort zu finden waren, gingen zugrunde. Von den 103 Fällen ohne Streptok. hämolyt. starb keiner. Staphylokokkennachweis in großer Menge macht die Prognose auch dubiös;

c) ein therapeutischer: Der Nachweis des hämolytischen Streptokokkus mahnt zu großer Vorsicht bei der Behandlung; die lokale Therapie muß vermieden werden, da durch Setzen von Wunden den Keimen neue Einbruchsstellen verschafft werden.

d) Bedeutung für die Prophylaxe; beim Nachweis des hämolytischen Streptokokkus, der die schweren Fälle puerperaler Infektion verursacht, müssen die Gegenmaßregeln gegen die Weiterverbreitung einsetzen.

Die Entnahme des Sekrets zur bakteriologischen Untersuchung, die bisher meist aus dem Uterus geschah, genügt nach H.s Untersuchungen aus dem vorderen Abschnitte der Scheide; nach spätestens 12 Stunden ist der hämolytische Streptokokkus auf der Platte zu erkennen.

Allen hämolytischen Streptokokken kommt nicht die gleiche Virulenz zu.

Daß aber bei Untersuchungen des Lochialsekrets fiebernder Wöchnerinnen die ausgesprochen hämolytischen Streptokokken als die hochvirulenten, den Menschen schwer krank machenden und ernstlich bedrohenden Keime, die nicht hämolytischen aber als die weniger virulenten, weniger bedrohlichen oder gar saprophytären angesehen werden dürfen, daß damit also dem Nachweis der hämolytischen Streptokokken bei der puerperalen Infektion ein hoher praktischer Wert zukommt, ist das Ergebnis der Untersuchungen H.s.

Dies Ergebnis wäre für die Praxis ja außerordentlich wichtig; leider hat es sich jedoch nicht bestätigt. Siegwart gelang es inzwischen an der Bummschen Klinik, typisch hämolytische Streptokokken aus dem Lochialsekret gesunder Wöchnerinnen zu züchten, und Heynemann selbst fand, wie er bei der Korrektur bemerkt, unter 50 fieberfreien Wöchnerinnen 31mal ausgesprochen hämolytische Streptokokken. Wenn er dann aber schreibt: „Für fiebernde Wöchnerinnen bewährte sich Blutuntersuchung und Scheidensekretausstrich auch weiterhin, wenn wir auch, wie vorausgesehen, häufiger hämolytische Streptokokken in der Scheide fanden, ohne schwere Krankheitserscheinungen (geringe Temperatur, ruhiger Puls); von sechs weiterhin beobachteten Todesfällen fielen fünf, von sechs parametranen Abszessen zwei den hämolytischen Streptokokken zur Last", so kann Ref. nur fragen, worin denn nun dieses Sichbewähren bestehen soll.

7. Im Anschluß an zwei in der Königsberger Klinik beobachtete Fälle von Diabetes mellitus und Gravidität, deren einer nur kurze Zeit beobachtet wurde, deren anderer nach anfänglicher Besserung in der Gravidität kurz post partum im Koma starb, stellt O. die 63 Nummern aufweisende Literatur über die Komplikation: Diabetes und Gravidität zusammen. Von den Resultaten seien die folgenden mitgeteilt.

Unter 57 Frauen starben direkt im Koma 17 = 30%, 14 weitere sind in den nächsten 30 Monaten p. p. gestorben, und zwar sind sie dem Diabetes an sich oder seiner Komplikation mit Lungentuberkulose erlegen. Die Gesamtmortalität der Mütter nach 2½ Jahren = 50%. Von den Kindern starben intrauterin 29 = 51%, 6 weitere in den ersten Tagen infolge schlechter Entwicklung und weitere 7 in den ersten Lebensjahren an Hydrozephalus, Diabetes und Polyurie. Das Schicksal der übrigen ist unbekannt, die Mortalität 66,66%.

Bei dieser schlechten Prognose für Mutter und Kind ist in bezug auf die Therapie zu bedenken, daß die leichten Fälle in die schweren übergehen, so daß der Verlauf einer mit Diabetes komplizierten Gravidität sich nicht vorhersagen läßt.

Die Therapie soll eine individuelle sein. Einfach sind die Fälle, die bei der Beobachtung ihren milden Charakter bewahren, bei denen keine Azidose und Nephrose hinzukommt. Sie werden nach den Regeln der internen Medizin behandelt und rechtfertigen nicht den künstlichen Abort, der jedoch bei den schweren Formen (Formen mit Diabetes, Azidose, Albuminurie, Zylindrurie, Abnahme des Gewichts, Lungentuberkulose) sehr in Betracht zu ziehen ist. Dabei ist möglichst jede seelische Erregung zu vermeiden.

Die künstliche Frühgeburt liegt nur im Interesse der Mutter, da die Prognose für das Kind zu schlecht ist. Der oft hinzukommende Hydramnios indiziert sie eventuell. Sonst ist die künstliche Unterbrechung angebracht, wenn leichte Fälle plötzlich ihren Charakter ändern und Kräfteverfall eintritt, wenn schon in vorangegangener Gravidität schwere Störungen aufgetreten sind oder Komplikationen des Diabetes (Bronchitis, Tbk.) aufgetreten sind. Bei ausgebrochenem Koma stirbt das Kind regelmäßig, doch empfiehlt es sich, auch hier die Schwangerschaft zu unterbrechen, da drei Fälle in der Literatur bekannt sind, in denen sich die Wöchnerinnen von dem Koma erholten.

Das Stillen ist den Müttern unter allen Umständen zu verbieten, weil erfahrungsgemäß die diabetische Frau dabei sehr herunterkommt.

8. Der von Góth empfohlene Handgriff besteht darin, daß Daumen und Zeigefinger der dem Bettrande zugekehrten Hand den Uterus in der Gegend des Kontraktionsringes dreist umgreifen und das ganze Organ unter gleichzeitigem Zusammenpressen der beiden Finger stark empordrängen, währenddessen die andere Hand den Uteruskörper nach vorn beugt und den Fundus — eher gegen die hintere Wand hin — reibt.

Er beschreibt acht Fälle, in denen es ihm hierdurch schnell gelang, eine atonische Nachblutung zu stillen, in zwei Fällen versagte sie jedoch und mußte zur Dührssenschen Tamponade übergegangen werden.

9. Zickel, der die Methode in einem Falle von atonischer Nachblutung bei in der Vulva stehender Portio anwandte, bemerkte, als er den Uterus komprimierte, wie mehrfach Luft aus ihm sich ausdrücken ließ; die Pat. kollabierte, erholte sich aber schnell. Ob der Kollaps durch den Blutverlust, ob vielleicht durch leichte Luftembolie entstanden war, läßt Z. unentschieden, kann aber die Methode nicht als ungefährlich gelten lassen, da durch das Hochdrängen des Uterus leicht Luft in ihn eingesogen werden kann.

10. Nacke beschreibt ein neues Perforatorium, eine Röhre, deren einem Ende eine aus drei spitzen Prismen zusammengesetzte Lanzenspitze mit breiter Basis aufgesetzt ist. Ein durch den hohlen Schaft geführter voller Metallstab öffnet durch eine kurze Drehung die geschlossene Lanzenspitze, so daß je eine der Außenflächen der drei Prismen als scharfe Schneide schräg nach außen geführt wird. Er rühmt dem Instrument nach 1. die sichere Einführung ohne Gefahr für die eigene Hand und die Gebärende, 2. daß der kreisrunde Ausschnitt eine bessere Ausspülung des Schädels gestattet, der Kranioklast sicher angelegt werden kann, ohne auszureißen, 3. die schnelle und für die Enthirnung ausreichende Eröffnung des Schädels an sehr harten oder ungünstig für die Perforation gelegenen Partien des kindlichen Schädels.

Ob wirklich bei den vielen Perforatorien noch eine neue Art nötig ist, erscheint Ref. zweifelhaft, merkwürdig aber erscheint es ihm, wenn N. zur Begründung der sicheren Einführung ein Mißgeschick anführt, das ihm mit dem scherenförmigen Perfor. passierte; bei fünfmarkstückgroßem Mm. einer Eklamptischen bewirkte dasselbe eine Inzision des Mm., die weiterriß und ihn zwang, die sofortige Extraktion am hochstehenden Kopfe vorzunehmen, in einem Falle, der bei guten Wehen eine spontane Ausstoßung des ausgeräumten Kopfes hätte erwarten lassen.

Ref. ist es völlig neu, daß man 1. überhaupt und 2. speziell bei Eklampsie der Perforation nicht die Extraktion folgen läßt.

Militärmedizin.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Eiweiß- und Zucker-Reagentien in Tablettenform.** Von Dr. Winckelmann, Oberarzt im Inf.-Regt. 114, Konstanz. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 9, S. 399.

2. **Appendizitisoperation und Militärdienstfähigkeit.** Von Stabsarzt Dr. Braun, kommand. zur chirurg. Klinik der Universität Jena. Ibidem, S. 369.

3. **Die Psychiatrie in ihrer Bedeutung für die Armee.** Von Stabsarzt Dr. Bruno Drastich, Vorstand der psychiatr. Abtlg. des Garnisonspitals Nr. 1 in Wien. Vortrag. Oesterr. Aerzte-Zeitg., 1908, Nr. 6.

1. W. machte im Sommer 1906 dem Medizinalrat Merck-Darmstadt den Vorschlag, zu versuchen, ob sich nicht die β-Naphthalinsulfosäure oder unsere bisher gebräuchlichen Harnreagentien überhaupt in Tablettenform herstellen ließen. Nach langwierigen Versuchen ist dies gelungen. Die Eiweißreagentien sind: 1. Esbachs Reagens (Pikrinsäure + Zitronensäure), 2. Rieglers Reagens (β-Naphthalinsulfosäure), 3. „A u. B" (Essigsäure und Ferrozyankalium). Zu den Esbachschen und Rieglerschen Reaktionen wird je eine Tablette in 5 ccm Wasser gelöst und dieser Lösung 5 ccm des zu untersuchenden Harns hinzugesetzt. Ein Niederschlag beweist bei Esbach Eiweiß, bei Riegler kann auch durch Albumosen oder Peptone eine Trübung oder Fällung entstehen, die jedoch beim Erwärmen vergeht, während Eiweißniederschlag bleibt. Vom Reagens A u. B wird gelöst: eine Tablette A in 10 ccm Harn, eine Tablette B in 1 ccm Wasser. Nach vollständiger Auflösung der Tabletten wird die B-Lösung zu der mit A versetzten Flüssigkeit hinzugefügt. Trübung oder Fällung beweist Eiweiß. Die Empfindlichkeit der Reaktionen ist so groß, daß auch geringste pathologische Eiweißmengen im Harn nachgewiesen werden können. Die Rieglersche Reaktion ist wegen der Erwärmung etwas weniger bequem als die anderen, scheint aber empfindlicher zu sein als diese. Trüber Harn muß vorher filtriert werden. Diese Reaktionen sind nur qualitativ, die Merckschen Kupfer- und Alkalitabletten, die der Fehlingschen Lösung nachgebildet sind, weisen den Zucker auch quantitativ nach. Die Lösung je einer Kupfer- und Alkalitablette in 2,5 ccm Wasser entspricht dem Reduktionswert von 0,01 Traubenzucker. Näheres ergibt eine Gebrauchsanweisung. Beim Ersatz- und Invalidenprüfungsgeschäft, überhaupt für den Praktiker, kommt wie beim Eiweiß, so auch beim Zucker nur der qualitative Nachweis in Betracht. Dazu löst man je eine Kupfer- und Alkalitablette in 2,5 ccm Wasser und erhitzt die Lösung bis zum Sieden. Dann fügt man tropfenweise 2 ccm des zu untersuchenden filtrierten (eiweißfreien!) Harns hinzu. Ein gelber bis gelbroter Niederschlag beweist die Anwesenheit von Zucker. Ein bisweilen auftretender flockiger Niederschlag, der nicht diese Farbe besitzt und leicht von dem Kupferniederschlag zu unterscheiden ist, hat keine Bedeutung.

2. Die Frage, ob die Zunahme der Appendizitis nicht nur eine scheinbare, relative, durch die Sicherheit der Diagnose bedingte, sondern auch absolute ist, ist noch nicht entschieden. In der Armee scheint sie letzteres zu sein. Die Entscheidung ist um so schwieriger, als noch nicht einmal die Aetiologie durchweg feststeht, die für die Armee noch dadurch kompliziert wird, daß es sich hier gegebenenfalls auch um die wichtige Frage handelt, ob Dienstbeschädigung vorliegt, d. h. der Anspruch auf Invalidenversorgung begründet ist oder nicht. Daß es eine Appendizitis traumatika gibt, wird sich nicht leugnen lassen, insofern scharfes Reiten, strammes Exerzieren auf hartem Boden, ferner Turnen und Fechten sowie andere äußere Einflüsse entschieden verschlimmernd auf eine gleichviel wie entstandene Entzündung des Wurmfortsatzes einwirken können. Erspart bleibt uns jedenfalls die Feststellung der Dienstbeschädigung, wenn wir den Kranken nicht nur heilen, sondern auch dienstfähig erhalten. Hierzu scheint es einen Weg zu geben: Die prinzipielle Frühoperation zu jeder Zeit, bei Tag und bei Nacht, sobald die Diagnose feststeht, mit Entfernung des Wurmfortsatzes, falls sich das Suchen nach diesem nicht durch besondere Umstände verbietet, mit nachfolgender Narbenkorrektur. In Jena werden schon seit Jahren die Appendizitiskranken mit wenigen Ausnahmen sofort der chirurgischen Klinik überwiesen, viele Kranke kommen direkt, ohne den Arzt zu befragen, in die Klinik, und Br. hat infolgedessen seit Oktober 1905 mehr als 600 Blinddarmoperationen gesehen, darunter Fälle von 6- bis 12- bis 20stündiger Dauer, und mehr als 100 selbst ausgeführt, während bis jetzt nach Ausweis der letzten Sanitätsberichte die konservative Behandlung in der Armee noch bei weitem die chirurgische überwiegt. Die Operationsmethode, mittels welcher sich das Doppelziel: nicht nur Heilung, sondern auch Wiederherstellung der Dienstfähigkeit, erreichen läßt, ist nach Br. der in Deutschland zuerst von Riedel (Deutsche med. Wochenschr., 1905, Nr. 37 u. 38) empfohlene Zickzackschnitt, der auch Kreuz- oder vielleicht noch besser Etagenschnitt genannt werden könnte und dessen Grundprinzip die Durchtrennung aller Schichten der Bauchwand in ihrem Faserverlauf ist, mit nachfolgender Narbenkorrektur. Das Wesentliche für die Wiederherstellung der Dienstfähigkeit liegt bei dieser Methode in den kleinen Hautschnitten, die jedoch nicht unter 5 bis 6 cm Länge heruntergehen sollten. Die geheilte Narbe ist dann so geringfügig und liegt so geschützt unter dem Darmbeinstachel, daß von ihr auf die Dauer gegründete Beschwerden kaum zu erwarten sind. Trotzdem wird in der Jenaer Klinik in allen drainierten Fällen 8 bis 12 Wochen nach der Heilung prinzipiell eine Korrektur der Narbe vorgenommen. Diese bietet nämlich außer der Verhütung der Hernienbildung noch die Möglichkeit, bei fortbestehenden Beschwerden in der Ileozökalgegend die Bauchhöhle an der ehemaligen Drainstelle wieder zu öffnen und etwaige Verwachsungen zu lösen. Die Hautnarbe wird exzidiert, die zurückgewichenen Spaltränder der Aponeurose werden aufgesucht und freipräpariert und sodann Aponeurose und Haut mit Katgut oder Zwirn vernäht, wodurch schließlich eine tadellose lineare Narbe erzielt wird. Gegenüber dem Einwand, daß sich der Soldat lediglich zur Wiederherstellung seiner Dienstfähigkeit nur schwer zu einer nochmaligen Operation wird bewegen lassen, empfiehlt es sich, die Notwendigkeit der späteren Narbenkorrektur von vornherein als einen notwendigen Bestandteil der Operation überhaupt hinzustellen. In Jena kommen die drainierten Appendizitiskranken fast ausnahmslos ohne weiteres Erinnern nach einem Vierteljahr wieder, um sich „die Narbe schneiden zu lassen". Ueberdies besagt eine (für andere Fälle ergangene) Entscheidung des Reichsgerichts, daß der Soldat dienstlich verpflichtet ist, „den die Heilung bezweckenden Befehlen des zuständigen Sanitätsoffiziers Folge zu leisten, sofern es sich nicht um Vornahme einer erheblichen chirurgischen Operation handelt". Und eine solche ist die Narbenkorrektur nicht. Br. verspricht sich von diesem Verfahren Erfolge, die die der operationslosen Behandlung übertreffen, welche letztere überdies nicht einmal die Quelle der Gefahr, den Wurmfortsatz, beseitigt.

3. In Nr. 23 des laufenden Jahrganges dieser Zeitschrift konnten wir referierend berichten, daß im Februar d. Js. im Garnisonlazarett Posen in einem besonderen Gebäude eine Geisteskrankenstation errichtet ist, in der die Kranken nicht nur wie bisher bis zu ihrer Ueberführung in eine Zivilirrenanstalt beobachtet, sondern auch durch einen spezialistisch ausgebildeten Sanitätsoffizier behandelt werden, und daß weitere Lazarette, zunächst Straßburg i. E. und Magdeburg, nachfolgen werden. Aus der Ueberschrift zu dem hier zum Referat stehenden Artikel von Drastich ersehen wir, daß auch in der österreichischen Armee, und zwar beim Garnisonlazarett 1 in Wien, bereits eine besondere psychiatrische Abteilung besteht, deren Vorstand der Verf. ist —

Digitized by Google UNIVERSITY OF MICHIGAN

Public

ein Beweis, daß mit der Zunahme der Größe einer Armee und der Kompliziertheit ihres Organismus auch die Psychopathie in ihr zunimmt und demgemäß die Psychiatrie eine immer größere Bedeutung für sie gewinnt. Bei der Armee handelt es sich um spezifische Verhältnisse, der Soldat muß nicht nur körperlich, sondern auch geistig-nervös völlig gesund sein, was einerseits die möglichst schnelle Eliminierung, andererseits von vornherein die möglichste Fernhaltung aller ungesunden Elemente von ihr bedingt. So beginnt allmählich auch die Militärmedizin mehr und mehr in Spezialfächer zu zerfallen, was angesichts der Tatsache, daß der Sanitätsoffizier von heute noch weniger als der Zivilarzt imstande ist, das Gesamtgebiet der Medizin zu beherrschen, bei ihr als fast noch natürlicher erscheint als bei der bürgerlichen Medizin. Soll doch der Militärarzt von heute nicht nur Arzt und Chirurg, sondern auch Militär, Vorgesetzter, Lehrer und Instruktor, Verwaltungsbeamter (als Chefarzt), Statistiker, Sanitätstaktiker (als Divisionsarzt) usw. sein und außerdem eine Reihe von Eigenschaften besitzen, die in dieser Weise vom Zivilarzt nicht gefordert werden und nicht gefordert zu werden brauchen, wobei man nur an die Felddienstfähigkeit und Reitkunst zu denken braucht. Was speziell die Psychiatrie betrifft, so muß diese im besonderen natürlich nach wie vor dem Fachmann und den Spezialzivilanstalten überlassen bleiben, dies schließt aber nicht aus, daß jeder Militärarzt noch mehr als der Zivilarzt im allgemeinen in der Psychiatrie bewandert sein muß, weil es, ganz abgesehen von allen anderen Gründen, die D. anführt, besonders beim Militär u. a. darauf ankommt, psychische Störungen und Abnormitäten, die den Betreffenden mit der Disziplin in Konflikt bringen, rechtzeitig zu erkennen und so eine ungerechte Behandlung des Mannes zu verhüten. Auf Einzelheiten und die von D. angezogenen Beispiele können wir hier nicht eingehen, erwähnt sei nur, daß außer ihm in neuester Zeit auch noch zwei andere Militärärzte über das von ihm besonders berührte Thema der akuten Rauschzustände geschrieben haben. In der Wiener klinischen Wochenschrift, 1906, Nr. 17, findet sich ein Vortrag des österreichischen Regimentsarztes Dr. Mattauschek „über die forensische Beurteilung akuter Rauschzustände vom Standpunkte des Militärstrafgesetzes“ abgedruckt. Ferner hat Stabsarzt Dr. Fischer hierüber geschrieben („Die akute Trunkenheit und ihre strafrechtliche Begutachtung mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse“, Jena 1907, Fischer). Was wir bei dieser Gelegenheit erfahren, ist, daß jetzt, wie bei uns bereits seit 1894 (s. Dienstanweisung vom 1. Febr. 94), so auch in Oesterreich nicht nur bestehende, sondern auch überstandene Geisteskrankheit bei Wehrpflichtigen die Tauglichkeit zum Militärdienst aufhebt. Der erweiterten Ausbildung der Militärärzte in der Psychiatrie wird bei uns durch Kommandierungen zu Irrenkliniken Rechnung getragen, in den in Oesterreich seit 1900 eingeführten militärärztl. Applikationsschulen, die jeder in die Armee neu eintretende Arzt ein Jahr lang besuchen muß, wird auch Psychiatrie vorgetragen. Nachahmenswert erscheint die österreichische Einrichtung, daß in den Garnisonlazaretten am Sitze der Generalkommandos Zentralstellen für die forensisch-psychiatrischen Beobachtungen und Begutachtungen, die sich bei den Militärgerichten des Korpsbezirks als notwendig ergeben, geschaffen sind. Mit der Zeit, meint D., wird es möglich sein, alle psychiatrischen Fälle des Korps in diesen Zentralstellen als eigenen Beobachtungsabteilungen zu sammeln, was bis jetzt aus räumlichen Gründen nur vereinzelt geschehen kann. Neu ist schließlich, daß auch in den Fortbildungskursen für Landwehrärzte die Psychiatrie und Neurologie eingeführt ist.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Notiz über Kondurangorinde und Kawarwurzel.** Von Geh. Med.-Rat Dr. Boehm. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 34.

2. **Zur Verbesserung der Tuberkulinbehandlung.** Von Dr. Jessen. Ibidem.

3. **Ein interessanter Fall von Chinin-Intoxikation.** Von Dr. Salomon. Ibidem.

4. **Ueber Jodglidine.** Von Dr. Aufrecht. Deutsche Aerzte-Zeitg., 1908, H. 17.

5. **Therapeutische Notizen.** Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 32 u. 33.

1. In einer kurzen Notiz teilt B. mit, daß in dem pharmakologischen Institut der Universität Leipzig Untersuchungen über eine in Transvaal als Volksheilmittel gegen Krebs benutzte Wurzel (Kawarwurzel) angestellt seien, die ergaben, daß in der Kawarwurzel (einer ebenso wie die Kondurangorinde der Familie der Asklepiadazeen angehörenden Droge) Bestandteile enthalten waren, die mit der genannten Rinde die größte Aehnlichkeit haben. Außer reichlichen Mengen eines Glykosids (Kawarin), das dem Kondurangin, dem wirksamen Bestandteile der Kort. Kondurang., nahe verwandt ist, fanden sich auch beträchtliche Mengen eines ätherischen Oeles. Soweit sind bisher die Untersuchungen gediehen. Die Tatsache aber, daß in zwei Weltteilen (Kondurangorinde gilt in Südamerika als Heilmittel gegen Krebs) zwei vegetabilische Drogen, aus der gleichen Pflanzenfamilie stammend, als Volksmittel gegen die gleiche Krankheit gebraucht werden, und daß die chemische Zusammensetzung dieser beiden Drogen eine weitgehende Uebereinstimmung aufweist, erscheint B. beachtenswert. Da die Heilkunde viele wirksame Arzneimittel der naiven Beobachtung der Naturmenschen verdankt, und es immerhin möglich wäre, daß wir die Kondurango noch nicht in der richtigen Weise anwenden, so hält B. den Gegenstand für wert der Beachtung von seiten der ärztlichen Praxis.

2. Zur Therapie der Phthise mit Tuberkulin gibt der bekannte Arzt Dr. Jessen in Davos folgende Verbesserung an: Ausgehend von den Untersuchungen von Amand-Delille, der experimentell nachwies, daß unter den Toxinen des Tuberkelbazillus das eine (Aetherextrakt) verkäsend, das andere (Chloroformextrakt) sklerosierend wirkt, eliminiert J. die in Aether und Chloroform löslichen Gifte des Tuberkulins, indem er die in Höchst a. M. hergestellte tuberkelbazillenfreie Bouillon T. O. A. zuerst mit Aether und dann mit Chloroform extrahiert. Die erhaltene Restflüssigkeit wird mit einer 20% Glyzerin und 0,5% Karbolsäure enthaltenden physiologischen Kochsalzlösung auf das gewünschte Maß verdünnt. Es ist klar, daß eine auf solche Weise behandelte Tuberkelbazillenbouillon auch völlig fett- und wachsfrei ist, und nach den Angaben J.s scheint es, als ob damit aus dem Tuberkulin ein großer Teil unangenehm wirkender Substanzen entfernt ist. Aber damit nicht genug, hat auch J. die Anwendung der Methode verändert, indem er nach dem Vorgange von Aufrecht kleinste Dosen, aber nicht, wie dieser, steigend, sondern die gleiche Menge anwendend (Philippi), und auf Grund der Arbeiten von Wright und seiner Schüler in großen Zwischenräumen diese kleinsten Dosen verabfolgt — um nicht mit der folgenden Injektion in eine „negative Phase“ hineinzufallen. Wenn er mit seinem verbesserten Tuberkulin durchschnittlich $^{1}/_{100000}$ ccm in Zwischenräumen von 8 Tagen bis 4 Wochen Einspritzungen in die Rückenhaut machte, sah er nie einen Schaden aus der Behandlung entstehen. Die neue Injektion darf erst nach völlig abgelaufenem Reize folgen; vorherige Untersuchung ist in jedem Falle Bedingung. Die Resultate sind für leichte Fälle sehr gut, für mittelschwere meist gut. Dieselben gehen oft in hervorragende Besserung, ja in völlige Heilung über. Fortgeschrittenere Kranke, die nichts erreichen, bessern sich auch bei Anwendung anderer Methoden nicht.

3. Ueber eine auffällige Chinin-Intoxikation berichtet S.: Eine Dame, die vor $^{3}/_{4}$ Jahr wegen ihres Lupus erythematosus Chinin bekommen und ohne besondere Beschwerden 18 g genommen hatte, bekam nach Einnahme von 0,45 g Chinin. hydrochlor. (innerhalb 24 Stunden) schwere Oedeme des Gesichts, eine ausgedehnte Purpura hämorrhagika der Unterschenkel, Blutungen in der Konjunktiva und im Lupus. Besonders interessant ist an diesem Fall die erworbene Idiosynkrasie, da die Kranke früher dasselbe Präparat gut vertragen hat und sonst eine allmähliche Gewöhnung an das Mittel bekannt ist. Gleichzeitig warnt S. vor der Lenzmannschen intravenösen Chininbehandlung bei Syphilis, da er

dabei in zwei Fällen Besinnungslosigkeit, Atemnot, ja schwere Ohnmachten beobachtete.

4. Aufrecht hat das Jodglidine auf die Angabe des Fabrikanten hin, daß Jod im Jodglidine organisch gebunden sei, geprüft, und um sein Verhalten bei Einwirkung von Pankreassaft bezw. Pepsin zu studieren. A. fand seinerseits die Angaben des Fabrikanten (Dr. Klopfer) über die organische Bindung des Mittels bestätigt und konnte andererseits auch Jodwasserstoffsäure nicht in dem Präparat finden. Aus seinen Untersuchungen geht weiterhin hervor, daß künstlicher Magensaft keinen nennenswerten Einfluß auf die Jodabscheidung ausübt, daß dagegen eine wesentlich schnellere Jodabspaltung im alkalischen Pankreassaft eintritt, da schon nach zwei Stunden mehr als die Hälfte des vorhandenen Jods nachgewiesen werden konnte. Daraus folgt, daß das Jodglidine zum geringen Teil im Magen, in der Hauptsache aber im Darm zur Resorption gelangt.

5. Therapeutische Notizen, die für unsere Leser von Interesse sein dürften, finden wir in der Münch. med. Wochenschr.: Nagelschmidt berichtet in einer Arbeit aus der Finsenklinik über die Quecksilberbehandlung der Syphilis und berücksichtigt dabei besonders das Mergal, das nach seiner Ansicht mit größerer Sicherheit in bestimmbaren Dosen in die Zirkulation gelangt wie bei jeder anderen Kur. Es ist frei von unangenehmen oder gefährlichen Nebenwirkungen; es wird schnell und in relativ großer Menge resorbiert. Für gewöhnlich genügt eine Tagesdosis von 6 bis 8 Kapseln und eine Gesamtzahl von 300 bis 350 Kapseln für eine Kur (Dermatol. Ztschr., 1908, H. 3). Nach Grünfeld-Odessa muß Mergal vermieden werden, wo die Lues schwere oder direkt lebensgefährliche Erscheinungen aufweist oder wo ganz besonders energische Kuren notwendig sind. In der Latenzperiode oder bei Fournier-Neißerscher Methode leistet Mergal sehr gute Dienste. Auch G. hält es für das beste interne Antisyphilitikum (Deutsche Med.-Ztg., 1908, Nr. 30).

Zur Therapie der Syphilis wird weiterhin (Therap. Monatsh., 1908, H. 6) von Schwarz das Sozojodol. hydrargyri empfohlen, und zwar in Pillenform: Rp. Sozojod. hydrarg. 0,6, Extrakt opii 0,18, Mass. pil. q. s. ut f. pil. Nr. 36. D. S. Dreimal täglich nach den Mahlzeiten zwei Pillen zu nehmen. Wenn der Patient sich an das Mittel gewöhnt hat, wird das Opium weggelassen. Die Behandlungsdauer überschreitet selten 6 bis 8 Wochen.

An gleicher Stelle eine Notiz zur Entfernung der Protargolflecke aus der Leibwäsche: Wenn sie frisch sind, Auswaschen mit Seifenwasser. Wurden sie schon belichtet, Behandlung mit Jodkali- oder Natriumthiosulfat-(Fixierbad)Lösungen. Sehr gut soll Wasserstoffsuperoxyd in Verbindung mit Ammoniak wirken (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges, 1908, Nr. 37).

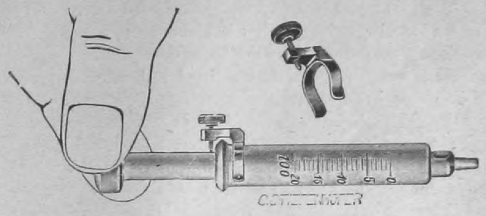
Technische Neuerscheinungen.

Ueber eine Verbesserung der Injektionsspritzen mit eingeschliffenem Glaskolben.

Dr. Faulhaber, Dachau. (Münch. mediz. W. Nr. 17.)

Die Injektionsspritzen mit eingeschliffenem Glaskolben haben vor allen anderen den großen Vorzug, daß sie auszukochen sind, mit jedem beliebig konzentrierten Desinfektionsmittel beliebig lange desinfiziert werden können, und daß ohne Schädigung des Kolbens jede differente Injektionsflüssigkeit verwandt werden kann. Sie lassen aber eine bequeme und sichere Handhabung vermissen; der Kolben fällt leicht heraus, weshalb man nach Einsaugen der Injektionsflüssigkeit die Spritze sorgfältig wagrecht halten muß, damit der Kolben sich nicht verschiebt und wieder Luft eindringt oder Injektionsflüssigkeit ausfließt. Diesen Uebelstand sucht Verf. in einfacher Weise zu vermeiden.

Wie die Abbildung zeigt, wird um den oberen Rand des Spritzenzylinders ein federnder Metallbügel gelegt, der sich leicht abnehmen läßt, und auf dem senkrecht zum Kolben eine kleine Schraube angebracht ist, die gleichzeitig als Griffhaken dient, und die so eingestellt wird, daß der Kolben gerade noch daran vorbei kann. Eine minimale Drehung der Schraube vorwärts oder rückwärts genügt dann, um den Kolben an jedem beliebigen Punkt sofort zu fixieren oder wieder frei zu machen. Ist die Flüssigkeit eingesaugt, die eingedrungene Luft entfernt, so wird der Kolben fixiert; dann kann man die Spritze nach oben oder nach unten halten, ohne auf den Stempel achten zu müssen, und bequem die Injektion auch bei einem unruhigen Patienten ausführen.

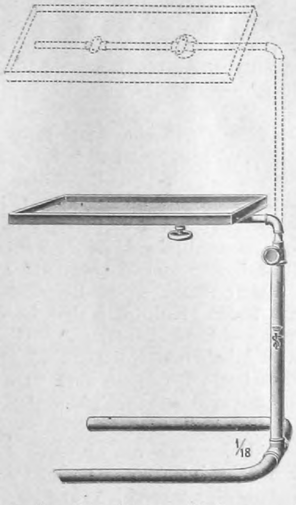


Die kleine Vorrichtung kann an jeder im Gebrauch befindlichen Spritze nach dem Luerschen wie dem Liebergschen System angebracht werden; sie wird in verschiedenen Größen von der Firma Stiefenhofer-München geliefert.

M. Plien, Berlin.

Bett-Tisch nach Wagemann.

Ein neuer Bett-Tisch, welcher in seiner Konstruktion aus beistehender Abbildung erkennbar ist, ist von Wagemann angegeben und konstruiert worden. Er hat gegenüber den bisher gebräuchlichen Tischen große Vorteile, vor allem zeichnet er sich dadurch aus, daß er einfach konstruiert, handlich und dauerhaft ist, daß er leicht durch gründliche Sterilisation aseptisch gemacht werden kann. Die Platte des Tisches läßt sich über das Bett des Kranken schieben und ist nach zwei Richtungen verstellbar, so daß man sie auch schräg wie ein Lesepult stellen kann. So kann man den Tisch für den Kranken als Eßtisch und Lesepult anwenden, braucht man den Tisch nicht, so kann man ihn sehr leicht zerlegen und in ein kleines Paket verpacken. Der Arzt kann den Tisch aber auch sehr gut als Instrumententisch bei Operationen verwenden. Der Fuß läßt sich unter das Bett des Kranken schieben. Die Platte ist in der Höhe leicht verstellbar, so daß man sie in jede beliebige Höhe bringen kann. Der ganze Tisch ist aus Metallrohr und Holz gearbeitet und daher nur von geringem Gewicht.



W. B. Müller, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Ernährung und Körperbeschaffenheit. Von Kreisarzt Dr. Bachmann zu Harburg a. E. Verlag der „Aerztlichen Rundschau“ (O. Gmelin). München. Preis 0,75 M.

Mehr und mehr bricht sich die Ueberzeugung Bahn, daß eine verkehrte Ernährung die Gesundheit des jetzt lebenden Geschlechts in hohem Maße schädigt. Ref. hat in den letzten Jahren öfter in diesem Sinne geschrieben und sich namentlich gegen die Ueberschätzung des Fleischgenusses wiederholt ausgesprochen.

Bachmann nimmt einen ähnlichen Standpunkt ein. In der vorliegenden kleinen Schrift beschreibt er zunächst die Veränderungen des menschlichen Körpers, wie sie sich in den breiten Bevölkerungsmassen Hamburgs zeigen. Diese Millionenstadt und ihre preußischen Vororte bietet für eine solche Betrachtung ein sehr geeignetes Material, denn die Entartungserscheinungen, bestehend in Konstitutionsfehlern mancherlei Art, sind hier besonders deutlich, weil Hamburg seit langen Jahren eine sehr reichliche Fleischkost bevorzugt und zugleich an sonstiger Unnatur der Lebensverhältnisse krankt.

Unter der Hamburger Bevölkerung findet Bachmann das Bedenkliche der Konstitutionsveränderung in folgenden Erscheinungen: einer starken Neigung der Zähne zum Verfall und unregelmäßigem Wachstum, vielfachen Abweichungen des Knochengerüstes von der Norm, einer zu großen Fülle der Körper- und Gesichtsform neben zahlreichen Atrophien, der Abweichung der Hautfarbe (auch Unreinheit des Teints), dem auffallend frühen Verfall verheirateter weiblicher Personen der unteren Volksschichten, der vorzeitigen Greisenhaftigkeit der Männer (Kahlköpfigkeit, Impotenz), der Nervosität bei alt und jung; schließlich in dem häufigen Vorkommen von Stoffwechselkrankheiten wie Arteriosklerose, Nieren- und Herzleiden, Rheumatismus und Zuckerkrankheit.

Die Ursachen dieser alle Volkskräfte beeinträchtigenden und die Körper hochgradig verhäßlichenden Erscheinungen sieht Verf. mit Recht in verkehrten Lebensgewohnheiten: Ueberladung des Körpers mit Eiweiß und tierischen Fetten, Mangel an Mineralstoffen, verkehrter (zu dichter) Bekleidung. Dazu kommt schlechte Atmungsluft, mangelhafte Ausbildung der Muskulatur und des Hautorgans; endlich die zahlreichen giftigen Reiz- und Genußmittel (Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee).

Hier gilt es, eine gründliche Aenderung unserer Gewohnheiten anzubahnen. „Wer es gelernt hat, seine Ernährung mit möglichst wenig Fleisch zu bewerkstelligen, der hat einen enormen Vorteil in bezug auf Arbeitsleistung, Genuß, Lebensdauer; ferner verliert er zu seinem größten Nutzen bald das Bedürfnis nach den schädlichen Nervenreizmitteln Alkohol, Koffein, Tabak, so daß er bald beträchtlich besser und dabei billiger lebt. Was aber eine Einschränkung aller Ausgaben an Reizmitteln für den Volkshaushalt zugunsten wahrer Kulturaufgaben bedeuten würde, das ist mit Worten gar nicht auszudrücken.“ Und „nur fleischlose oder zum mindesten fleischarme Kost und völlige Enthaltung von allen giftigen Reizmitteln befähigen aber zu den größten Kraftleistungen, wie die unzweideutigen Erfolge der sogen. Vegetarier bewiesen haben.“

Jeder plötzliche Uebergang von altgewohnter Lebensweise zu einer völlig anderen geht jedoch — wie man es nicht anders erwarten kann — mit Unlustgefühlen und mancherlei Betriebsstörungen vorübergehender Art einher. Wer daher zu einer richtigen Ernährung übergehen will, sollte es nicht plötzlich tun, sondern allmählich, im Verlauf von Monaten, dann würde er kaum irgendwelche Beschwerden empfinden. Dienlich ist ferner eine bessere Hautpflege, Luftbäder, durchlässige Kleidung, dem Alter angemessene genügende Bewegung. Dann tritt nach Jahr und Tag eine Regeneration des Organismus ein. Zugleich macht sich eine günstige Veränderung des Charakters bemerkbar; z. B. wird ein zänkischer, querköpfiger Mensch friedlicher, ein launischer stetig; dieser wird ein besserer Gatte und Vater, jener ungeduldige Sinn ruhiger; ein zu Zorn und unüberlegten Handlungen geneigter Mensch vorsichtig und gleichmütig. „Den Geist überkommt unmerklich eine mehr ruhige, gemäßigte Anschauungsweise über Menschen und Dinge.“ Das ist bei dem innigen Zusammenhange von Körper und Geist sehr natürlich, wird aber viel zu wenig beachtet.

Wir können die Bachmannsche Schrift allen denkenden Aerzten dringend empfehlen. Namentlich, meinen wir, würden die in Großstädten (Hamburg!) ihre Praxis ausübenden Kollegen großen Nutzen von der Lektüre haben, da der heutigen „exakten“ Medizin solche Anschauungen mehr oder weniger fremd sind. Sind doch die Aerzte berufen, richtigere Anschauungen darüber zu verbreiten, wie man leben und sich ernähren soll, um gesund zu bleiben und nicht vorzeitigem Siechtum zu verfallen. Wer Kraft und Gesundheit des Einzelmenschen hebt, dient damit der Nation, welche doch nur aus der Summe der Individuen besteht. Stille-Stade.

Differential-Diagnose der Anfangsstadien der akuten Exantheme für Aerzte, besonders Amtsärzte. Von Prof. Dr. A. Tobeitz-Graz. Stuttgart 1908. Verlag von Ferd. Enke. Preis 2,80 M.

Wie schwer es oft für den praktischen Arzt — selbst bei reichster eigener Erfahrung — ist, die Erscheinungen in den Anfangsstadien der akuten Exantheme richtig zu deuten und differential-diagnostisch richtig zu verwerten, braucht hier wohl nicht erörtert zu werden. Jeder Arzt wird sich an Fälle erinnern, bei denen er die in den Anfangsstadien gestellte Diagnose, weil irrtümlich, fallen lassen und sich eingestehen mußte, daß er sich gründlich getäuscht hatte. Das ist in den meisten Fällen schon nicht angenehm für den praktischen Arzt; noch unangenehmer trifft es den amtlichen Arzt, dessen vornehmste Aufgabe es ist, Infektionskrankheiten zu bekämpfen und nicht allein zu bekämpfen, sondern die ersten Anfänge im Keime zu ersticken. In diesem Sinne ist das vorliegende Buch geschrieben, und ich glaube, daß es dem Verfasser gelungen ist, was er sich als Ziel seiner Aufgabe gestellt hatte, nämlich eine praktische Anleitung zur differentiellen Diagnostik der akuten Exantheme auszuarbeiten. Nach einer kurzen Uebersicht über den Weg der Infektionen im allgemeinen bespricht T. den Scharlach, die Masern, die Röteln, die epidemische Schweißfriesel, die verschiedenen Formen der Blattern und die Schafblattern, und zwar vergleicht er die Symptome der jeweiligen Stadien mit allen möglichen physiologischen und pathologischen Erscheinungen von seiten der Haut. Daß die einzelnen Vergleichsmomente am Rande jeder Seite namentlich hervorgehoben werden, muß als ein besonderer Vorzug betreffs Uebersichtlichkeit und schneller Orientierung betont werden. So kann man das Büchlein nur bestens empfehlen.

W. Krüger-Magdeburg.

ALLGEMEINES.

Der **Verein zur Errichtung eines ärztlichen Erholungsheimes in Marienbad** hat am 8. Mai l. J. seine konstituierende Versammlung abgehalten.

Aus dem Tätigkeits- und Kassenbericht für die Zeit vom 1. September 1907 bis zum laufenden Tage ist folgendes zu ersehen.

Die im Herbste vorigen Jahres unter den Marienbader Kollegen veranstaltete Sammlung für das Aerzteheim ergab den Betrag von 870 Kronen, und eine Umfrage unter den Marienbader Kollegen, die Miethäuser in Marienbad besitzen, ergab, daß von diesen sowie von Hausbesitzern, die dem ärztlichen Stande nahestehen, an 40 Zimmer in der Vor- und Nachsaison, d. h. im Monat Mai und im Monat September (von Mitte August an), dem Komitee zur Verfügung gestellt worden sind, so daß schon in diesem Jahre 40 Kollegen freie Unterkunft in Marienbad finden können.

Die Aerzte des ärztlichen Erholungsheimes genießen Befreiung von der Kurtaxe und der Musiktaxe.

Eine Anzahl von Hotels und Restaurationen gewährt einen 10%igen Nachlaß von den Preisen oder berechnet das 3 Kronen-Kuvert mit 2 K 50 h bezw. 2 K.

Der Direktor des Stadttheaters bewilligt 50% Nachlaß von den Billetpreisen.

Freie Benützung aller Bäder und Kurbehelfe in den Stift Tepler Badeanstalten und freier Eintritt in die Lesesäle wird gewährt.

Bis zum heutigen Tage sind für die diesjährige Saison 37 Anmeldungen eingelaufen.

Der augenblickliche Besitzstand des Vereins besteht in einer Sparkasseneinlage der städtischen Sparkasse in Marienbad von 4707 Kronen und einem Baugrund in Marienbad.

Um die Errichtung eines eigenen Gebäudes baldmöglichst in Angriff nehmen zu können, richtet der Verein an die gesamte Aerzteschaft Oesterreich-Ungarns und des Deutschen Reiches, die ärztlichen Vertretungskörper und Vereine, die med. Fachpresse etc. etc. die Bitte, ihn in diesem Unternehmen zu unterstützen, und erläßt an alle Aerzte beider Reiche die Einladung, als Mitglieder beizutreten.

Nach § 5 der Statuten gibt es:

a) Ehrenmitglieder.
b) Stifter, Einzelpersonen, Vereine etc., welche eine Spende von wenigstens 500 K in Geld oder Geldeswert gewähren.
c) Wirkliche Mitglieder sind Aerzte, welche den jährlichen Beitrag von 5 K = 4,25 M. entrichten.
d) Unterstützendes Mitglied kann jede Körperschaft oder Einzelperson werden, welche zur Förderung des Vereinszweckes durch regelmäßige oder zeitweilige Beiträge in hervorragender Weise beiträgt.

Beitrittserklärungen sind an den Vorstand des Vereines zur Errichtung eines ärztlichen Erholungsheimes in Marienbad zu richten.

Anmeldungen und Gesuche um Freiplätze sind schriftlich, direkt oder durch Vermittlung eines Kollegen an den Vorstand zu richten. Die Marienbader Aerzte stellen kurgebrauchenden Kollegen ihre Hilfe und Ratschläge bereitwilligst zur Verfügung.

Kleine Mitteilungen.

Edel-Würze, ein neues geschütztes Kaffee-Glasurverfahren, das bezweckt, die billigen, schlechtschmeckenden Brasilkaffees dadurch zu verbessern, daß sie beim Rösten einen leichten Ueberzug von $C_6H_{12}O_6 + H_2O$ von feinem, pikantem kaffeeartigen Geruch und Geschmack erhalten. Der Ueberzug ist nicht gärungsfähig und dient demnach zugleich als Konservierungsmittel der gerösteten Bohne. Die Vegetabilia, aus welcher die Würze gewonnen wird, ist Menyanthes aus der Familie der Gentianaceen; die Würze ist Menyanthin.

Luna, Diwico, Gillette sind Rasierapparate teils einheimischer, teils amerikanischer Konstruktion. Es ist zweifellos, daß das Selbstrasieren mittels eines Sicherheitsapparates von hygienischen Gesichtspunkten aus zu begrüßen ist. Der amerikanische Razor Gillete weist dadurch große technische Vorzüge auf, daß die Klinge gewölbt ist, also etwas abgeschrägt nach unten steht und gelockert werden kann. Der deutsche Apparat „Diwico" hat zwar keine gewölbten Klingen, allein sie stehen mit ihrer scharfen Kante, wie bei Gillette, ebenfalls schräg abwärts zwischen den beiden Sicherungen aus vernickeltem Stahl, so daß eine möglichst glatte Rasur auch an den schwierigeren Bartstellen erzielt wird. Ein besonderer Vorzug des Diwico ist, daß er ein leichtes Gewicht hat. Der Luna-Apparat gilt als einer der ältesten der einheimischen Industrie. Aeußerlich unterscheidet er sich kaum von den beiden vorgenannten. Indes weicht er im Prinzip wesentlich von ihnen ab; denn die Messer liegen zwischen den Sicherungen genau wagerecht. Die verbesserte Anordnung konstruktiver Art verhindert allerdings jegliche Verletzung, aber mir scheint, als ob die Rasur bei starkem Bartwuchs nicht glatt genug sei. Dr. D.

„Den nenne ich einen Mann", sagte einst Sherlock Holmes, „der schnell sich entschließt und dann mit Energie ans Werk geht." Das Nährfett Fucol wirkt schneller und energischer als der seither gebräuchliche Lebertran. Aus diesem Grunde verdient es den Vorzug. Man verordne Orig.-Flaschen à 1/2 Liter à M. 2,—. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

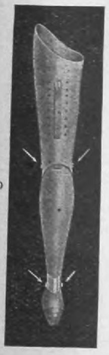
F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Wattenbergs colloider Knochenstoff
ist gesetzlich geschützt unter dem Namen
Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Knochenbildungs- und Knochenkräftigungsmittel, welches leicht verdaut und im Säftestrom ausgenützt wird, bestens empfohlen als Zusatz zur Ernährung schwächlicher, schlecht fundamentierter, rachitischer Kinder.
Abhandlung und Prospekte durch
Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES **KARLSBADER** SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C. 2/28.



Fernruf 1179
Leistungsfähiges
Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.
Durchweg Neuheiten begutachtet von Geheimrat Professor Dr. **Alb. Hoffa** Berlin.
Auslands-Patent und D. R. G. M.
Reparaturen v. chirurg Instrumenten u. sonstigen Apparaten prompt.
Arn. Festerling,
Bielefeld
Victoriastr. 6.

Dr. Trainers
Kefyr-Pastillen
Schachtel für 80 Fl. M. 2,—
Mit entsprechendem Aufschlag auch vorrätig: cum 0,1 Fer. lactic.; 0,0006 As^2O^3; As^2O^3 et Fer. lactic.; 0,2 Duotal; 0,01 Jod; 0,1 Kreosotal.
Vidi: **Vervollkommnete Kefyrbereitung** } Med. Klinik Nr. 19, 1906
Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.
Laboratorium
Berlin-Wilmersdorf
Weimarischestr. 12 p.

Spinnerei, Weberei und Strickerei
Zur Lust bei Hameln.
Wollene Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private
Günther & Noltemeyer.

Blutbildendes Kräftigungs- und Nährmittel!
◇ Nettelbeck's ◇ Braunschweiger **MUMME**
Den Herren Aerzten Prospekte und Proben gratis und franko.
man verlange stets Marke **H. C. F.**
Braunschweiger Mumme-Brauerei H. C. F. Nettelbeck G. m. b. H.
Braunschweig, Beckenwerkerstr. 28.

Zeitschrift für
Hygiene und Kosmetik.
Organ für Gesundheits- und Schönheitspflege.
Redaktion: Dr. med. **D. Ritterband,**
Verlag: **L. M. Barschall, Berlin SW. 13, Alte Jakobstr. 11/12.**

Aus dem Inhalt des laufenden Jahrganges: **Hautpflege.** — **Die Hygiene des Denkens** — **Mund- und Zahnpflege.** — **Medizinische Überkultur.** — **Die Pflege des Geistes.**

Bezugspreis pro Halbjahr Mark 3,—.

Durch jede bessere Buchhandlung, durch jede Postanstalt oder direkt vom Verlag.

Probenummern gratis und franko.

Dieser Raum ist reserviert für:

Griserin-Werke G. m. b. H.,

Chemische Fabrik,

Charlottenburg b. Berlin, Leibnizstraße 33.

PURO wird stets nur aus erstklassigem Rohmaterial hergestellt.

◇◇

Tausende von Klinikern und prakt. Aerzten haben sich über **PURO** anerkennend ausgesprochen.

PURO
konzentriertestes flüssiges
Fleischpräparat

Der Betrieb steht unter Kontrolle des chemischen Laboratoriums von Dr. **Bender** u. Dr. **Hobein** durch die staatlich anerkannten Nahrungsmittelchemiker Dr. **Hobein** u. Dr. **Hoppe** in München.

Bei **Haemorrhoiden**
hat sich die interne Behandlung mit
Haemorrhoisid
von **schneller und sicherer Wirkung** bewährt; es ist kein Aperiens und allen anderen Behandlungsmethoden weit überlegen.
Dosis: Dreimal 2 Tabletten oder dreimal 1 Teelöffel Fluid-Extrakt täglich.
Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten auf Wunsch gern zur Verfügung.
Chemische Fabrik Erfurt, G. m. b. H. in Erfurt-Ilversgehofen.

Nur die Marke O. Z. bietet Gewähr für unseren hocheleganten, durch viele Ausland-Patente und D. R. G. M. geschützten **Original**-Kneifer. Prospekte und Literatur gratis und franko. — **Alleinverkauf nur:**

Keine Filialen in Berlin
Orthozentrische Gesellschaft
Potsdamer Strasse 132
nur echt mit O. Z. Stempel
Vorsicht! Nicht Ecke Eichhornstr.
O. Z. Kneifer von 5 Mk. an

Détert's Durit

Durit-Eisbeutel, rund	18,3	20,9	26,2	cm
	2,35	2,60	3,45	Mk.
Durit-Luftkissen, rund	36,6	39,2	41,8	cm
	11,—	12,50	14,—	Mk.

874

Rudolph Détert, Berlin NW., Karlstrasse 9.

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen
Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.
Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.
Berlin, Greifswalderstraße 140.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

G. Anton, Halle a. S. A. Dührssen, Berlin. C. A. Ewald, Berlin. E. Friedberger, Berlin.
H. Schlange, Hannover. Ad. Schmidt, Halle a. S. H. Schmidt-Rimpler, Halle a. S.
P. Gerber, Königsberg. M. Koeppen, Berlin. M. Mosse, Berlin. K. Partsch, Breslau. H. Rosin, Berlin.
H. Senator, Berlin. R. Sommer, Gießen. H. Unverricht, Magdeburg. O. Vulpius, Heidelberg.

Redaktion:
Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44. Tel. IV, 11773.
Dr. med. et phil. H. Lungwitz.

Verlag u. Expedition: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S., Reilstraße 80.
Tel.-Adr.: Marhold Verlag Hallesaale. Fernsprecher 823.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Halle a. S., 27. September 1908. **Nr. 39.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post, sowie die Geschäftsstelle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck der Original-Aufsätze ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet. — Nachdruck der anderen Rubriken ist nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt.

I. Originalien:
  F. A. Becker, Salzschlirf: Grundzüge der modernen Therapie der habituellen Obstipation 569
II. Referate:
  1. J. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilidologie 572
  2. M. Peltzer, Steglitz: Militärsanitätswesen 573
  3. W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie 573
  4. F. von den Velden, Frankfurt a. M., M. Peltzer, Steglitz, M. Plien, Berlin: Varia 574
III. Mitteilungen über Arzneimittel:
  1. W. Krüger, Magdeburg: Referate 575
  2. derselbe : Mitteilungen aus der Praxis . . . 576
IV. Technische Neuerscheinungen:
  M. Plien, Berlin: Fingerkurette zur Entfernung von Abortresten. — Ueber einen neuen Apparat zur Sputumdesinfektion. — Neue Hochfrequenzapparate nach Keating-Hart. — Taschensputumflasche — Ein verbessertes Ansatzstück an den Irrigator zur Scheidenspülung. — Stangerotherm, ein neuer Wärmestromheilapparat. — Polypenschnürer mit doppelter Durchbohrung im Schieber 576
V. Bücherbesprechung:
  1. L. Löwenfeld: Homosexualität und Strafgesetz. (Ref.: H. Rohleder, Leipzig) 578
  2. Apotheker-Kalender. (Ref.: C. Kiesow, Berlin) 579
  3. J. Markuse, Berlin: Grundzüge einer sexuellen Pädagogik in der häuslichen Erziehung. (Ref.: W. Esch, Bendorf) . . . 579
  4 Th. Ziehen, Berlin: Psychiatrie für Aerzte und Studierende. (Ref.: Dannemann, Gießen) 579
VI. Allgemeines 580

ORIGINALIEN.

Grundzüge der modernen Therapie der habituellen Obstipation.

Von Dr. **F. A. Becker,** Salzschlirf.

In der Behandlung der habituellen Obstipation hat sich gegen früher ein bedeutender Umschwung vollzogen. Während ehemals die Therapie der chronischen Stuhlverstopfung in immer stärker wirkenden Abführmitteln sich erschöpfte, sind diese heutzutage wenn auch nicht ganz aus dem wissenschaftlichen Heilschatz verbannt, so doch an die letzte Stelle gerückt worden, und man macht nur ausnahmsweise davon Gebrauch. Mit einer besseren Kenntnis der Krankheit hat sich auch eine Aenderung in der Therapie als notwendig erwiesen. Sodann begann mit dem Auftauchen der physikalisch-diätetischen Heilmethoden eine neue Aera in der Behandlung der habituellen Obstipation.

Bei der Besprechung der Therapie können wir nicht umhin, einen ganz kurzen Blick auf das Wesen und die Erscheinungsweise der Krankheit zu werfen, sowie auf die Entstehungsursachen etwas näher einzugehen, da hierauf erst eine vernünftige und aussichtsvolle Behandlung sich aufbauen läßt. Das Wesen der habituellen Obstipation besteht nach unseren heutigen Anschauungen in einer funktionellen Störung der Innervation des Dickdarms. Es kann sich dabei sowohl um eine herabgesetzte als auch eine abnorm gesteigerte Innervationstätigkeit handeln, infolgedessen das eine Mal zu schwache, das andere Mal zu starke, aber ergebnislose Kontraktionen der glatten Muskeln zustande kommen. Wir unterscheiden daher eine atonische und eine spastische Form der habituellen Obstipation. Die diagnostischen Unterscheidungsmerkmale sind an sich zwar leicht, aber im einzelnen Fall kann die Differenzierung der beiden Arten doch erhebliche Schwierigkeiten machen. Ein Hauptunterschied scheint mir schon der Häufigkeit nach zu bestehen. Die Atonie ist die gewöhnliche Erscheinungsform, während ausgesprochener Spasmus viel seltener ist und vorzugsweise nervöse sowie hysterische Individuen betrifft. Besonders charakteristische Merkmale für Darmatonie sind aufgetriebener Leib und dicke, wurstförmige, im absteigenden Ast des Kolon und der Flexura sigmoidea fühlbare Resistenzen. Die Fäzes sind von entsprechender Gestalt: dicke, rundliche, meist kurze, klumpige Stücke. Im Gegensatz dazu ist der Leib bei der spastischen Obstipationsform flach, eher eingezogen, die Palpation konstatiert an den bezeichneten Stellen dünne, harte Massen und ist sehr schmerzhaft. Der Kot hat ein bandartig plattgedrücktes Aussehen und bildet längere und kürzere Streifen. Bei Spasmus klagen die Kranken über heftige Krämpfe im Leib und quälenden Tenesmus, während die Atonie höchstens einen dumpfen Schmerz hervorruft. Die typischen Erscheinungsformen der beiden Kategorien bestehen jedoch nicht immer für sich allein, streng voneinander geschieden, vielmehr gibt es in praxi zahlreiche Uebergänge. Zudem liegen anerkanntermaßen der spastischen Obstipation allgemein atonische Zustände zugrunde, wie der Spasmus auch stets von Intervallen stärkster Atonie unterbrochen ist.

Ursächlich kommt für die habituelle Obstipation zunächst die Heredität in Betracht, wenn dem Umstand auch keine übergroße Bedeutung beigemessen werden darf. Eine wichtigere Rolle spielt die fortgesetzte Mißachtung des Stuhldrangs, die namentlich bei der weiblichen Jugend fast zur ausnahmslosen Regel geworden ist. Eine falsche Scham läßt die jungen Mädchen außer der eigenen Behausung, in Gesellschaft, auf Reisen, überhaupt überall unter fremden Menschen den Drang zur Stuhlentleerung unterdrücken. Durch öftere Nichtachtung der vom Darm ausgehenden Reize wird allmählich die Sensibilität des Organs abgestumpft und geht schließlich ganz verloren. Ein größeres Schuldkonto für die Allgemeinheit trifft die verkehrten Grundsätze in der Ernährung. Es ist die Sucht, dem Magen nur die nahrhaftesten Speisen in der am leichtesten verdaulichen Zubereitung zu bieten, wie sie den Kindern gegenüber vorzüglich geübt wird. Aber auch bei Erwachsenen ist dieses Bestreben vielfach vorherrschend, besonders bei dem so verbreiteten empfindlichen Magen der Nervösen unserer Tage. Häufig liegt es in diesen Fällen dann auch an der allzu starken Ausnützung der aus Furcht vor Beschwerden nur mangelhaft zugeführten Nahrung. Je größer der Nährwert einer Speise ist, um so weniger unverdauliche Bestandteile enthält sie, denen die darmanregende Wirkung zukommt. So ist es mit dem Fleisch und den feineren Mehlsorten. Sie werden größtenteils resorbiert, während die unverdaulichen Reste für eine ausreichende Darmentleerung unzulänglich sind. Gröbere Brotsorten, Gemüse und Salate werden in größeren Mengen an dem Tisch weiter Volkschichten nur selten genossen, und doch ist ihr Gehalt an Holz- oder Rohfaserstoffen notwendig zur Auslösung von Dickdarmkontraktionen. Die Fleischkost wird fast allgemein in den Mittelpunkt der Ernährung gerückt, dagegen die Pflanzenkost mit Unrecht als nebensächlich betrachtet. Und doch kommt der letzteren eine große Bedeutung sowohl für die Verdauung als auch für eine regelmäßige Stuhlentleerung zu. Noch schlimmer wirkt der Genuß einiger Nahrungsmittel, wie Kakao, Rotwein, getrocknete Heidelbeeren, Eichelkaffee, Eichelkakao, die (infolge ihres Tanningehaltes) direkt stopfen. Sodann befördert die sitzende Lebensweise so vieler Kulturmenschen die Hartleibigkeit ganz wesentlich. Zuerst auf der Schulbank, dann im Kontor oder Studierzimmer, vor den Arbeitstischen der Fabriken oder Werkstätten und bei anderen Gelegenheiten.

Mit der Vermeidung der Schädlichkeiten werden die ersten Ansätze zu einer gedeihlichen Behandlung und dauernden Beseitigung des Uebels beginnen müssen. An der hereditären Anlage können wir nichts ändern, um so mehr kann in der Familie zur Bekämpfung der falschen Scham bei der weiblichen Jugend geschehen, sowie zur Erziehung der Kinder zur Ordnung in der täglichen Darmentleerung. Auch in diesem Punkte muß eine gute Gewohnheit ausgebildet werden. Von einer solchen Darmschulung muß aber auch noch von Erwachsenen Gebrauch gemacht werden, wenn sich durch Nachlässigkeit oder Bequemlichkeit Stockungen im Stuhlgang eingestellt haben. So gut wie beim Magen durch regelmäßige Mahlzeiten das Hungergefühl sich zur rechten Zeit bemerkbar macht, wird auch der Trieb zur Stuhlentleerung sich regulieren lassen, wenn ein fester Wille dahintersteht. Der seelische Einfluß auf die Darmfunktion ist ja allgemein bekannt durch die unangenehmen Folgen von großer Angst und Furcht auf die Darmnerven, die vielfach schon bei geringeren Aufregungen des Gemüts deutlich reagieren. Ebensowenig ist der Einfluß der Suggestion, besonders in der Hypnose, auf die Darmentleerung zu bestreiten. Ich möchte die Hypnose zwar auf seltenste Fälle beschränkt wissen, weil die damit verbundene Alteration in keinem Verhältnis zu dem Leiden steht, gegen welches sie angewandt werden soll, namentlich aber deswegen, weil sie in Hand des Ungeübten ein zweischneidiges Schwert ist. Anders steht es mit der Wachsuggestion, die wir in keinem Fall verabsäumen sollten. Sogar ein so überzeugter Anhänger der Massage wie Zabludowski wies bei seinen Aerztekursen auf die Zuhilfenahme der suggestiven Einwirkung bei der Ausübung der Massage hin. Wir kennen überdies zur Genüge die Bedeutung der Suggestion bei allen unseren Verordnungen, um wieviel mehr sollen wir davon Gebrauch machen bei einer Erkrankung, bei der ihr Wert über allen Zweifel erhaben ist. Gerade in der zähen Beharrlichkeit, mit welcher eine regelmäßige Darmentleerung erzielt wird, liegt ein mächtiger psychischer Faktor zur Herstellung einer geordneten Darmfunktion, der sich bis zur Autosuggestion zu steigern vermag. Zur regelmäßigen täglichen Kotabsetzung soll eine ganz bestimmte Tageszeit eingehalten werden, am besten morgens bald nach dem Aufstehen oder Frühstück oder abends vor dem Zubettgehen oder auch nach der Hauptmahlzeit. Es sind das die Zeiten, an welchen bei Gesunden meist Stuhlgang zu erfolgen pflegt.

Bezüglich der Ernährung muß vor allem auf ein ausreichendes Maß von Nahrung Bedacht genommen werden, um eine zu starke Ausnützung von seiten des Darms zu verhindern, namentlich bei den chronisch appetitlosen Individuen. Sodann muß als Grundsatz gelten, weniger konzentrierte als voluminöse Nahrungsmittel zu verbrauchen. Durch den füllenden Ballast der letzteren werden nämlich die Kontraktionen des Dickdarms ausgelöst, wodurch dieser sich von seinem Inhalt befreit. Solche schlackenreiche Nahrungsmittel sind die an Holzfasern reichen Gemüse aller Art, Salate, Erdgewächse als Kartoffeln, Rüben, Rettiche, Radieschen etc. Ferner die gröberen Brotsorten: Roggenbrot. Schrot- (Kommiß-) Brot, Grahambrot, Pumpernickel und dergl. In gleicher Weise wertvoll sind die verschiedenen Früchte: Kirschen, Aprikosen, Feigen, Birnen, Weintrauben, Aepfel, Pflaumen usf. Bei dem Obst sind außerdem die Fruchtsäuren und der Zuckergehalt wirksam. Aehnlich den Fruchtsäuren ist die Milchsäure in der saueren Milch und saueren Sahne tätig. Bei Vergärung der Milch durch den Spaltpilz der Kefyrkörner entsteht neben geringen Mengen Alkohols Kohlensäure, welche nicht weniger wirkungsvoll ist. Kefyr läßt sich leicht mittels der im Handel befindlichen Kefyrpastillen zubereiten. Selbstverständlich tut die Kohlensäure, wie sie in den natürlichen Mineralwässern und sogen. Säuerlingen enthalten ist oder dem Wasser auch künstlich zugesetzt wird, die gleichen Dienste. Vor Uebertreibungen ist jedoch zu warnen, da die Kohlensäure, in übermäßigen Mengen genossen, eine Ueberdehnung und Erschlaffung des Magens verursachen kann. Ein weiteres Hilfsmittel, das aus der Milch gewonnen wird, ist die süße Sahne, sowohl durch ihren hohen Fett- als auch Milchzuckergehalt; denn Fette und Zucker entfalten eine stuhlanregende Wirkung. Unter den Fetten ist vor allem die Butter zu nennen, sodann die verschiedenen Oele, Olivenöl, Rüböl, das Pflanzenfett Palmin, die Kunstbutterarten: Vitello, Margarine etc., welche in der Küche zum Backen und Kochen oder als Zutaten zu Salaten, Mayonnaisen usw. Verwendung finden. Der Zucker ist als gewöhnlicher Rohrzucker in Gebrauch, Milchzucker wird bekanntlich der Milch zur Behebung der Säuglingsverstopfung öfter zugesetzt. Zugleich wird damit allerdings auch der Nährwert der Kindernahrung erhöht. Dieser Umstand führt uns unwillkürlich zur Bewertung der einzelnen stuhlfördernden Nahrungsmittel. Man darf bei der uns in der Ernährung zu Gebote stehenden Unterstützung nicht kritiklos Gebrauch machen, sondern es muß weise Auswahl gehalten werden, damit nicht unwillkommene Nebenwirkungen eintreten. So wäre es gewiß unklug, wenn man einen Fettleibigen zur Abstellung seiner Darmträgheit extra viel Butter essen lassen wollte, oder einen Diabetiker Honig und andere Süßigkeiten. Der Temperatur der Speisen, namentlich der Getränke, kommt ebenfalls eine gewisse Bedeutung zu, desgleichen den Gewürzen. So ruft schon kaltes Wasser, besonders morgens nüchtern getrunken, leichte Darmbewegungen hervor, und der Genuß größerer Portionen Kochsalz hat einen ähnlichen Effekt. Sehen wir uns unter Berücksichtigung des Salzgehaltes wieder den Speisezettel an, so finden wir allerhand Delikatessen, welche die Stuhlentleerung begünstigen: Kaviar, Sardellen, gesalzene Heringe etc. Bei Benutzung von kleinen, nur schwachwirkenden Mitteln, wie es alle diätetischen Maßnahmen sind, muß man nicht nur eins oder das andere, sondern stets mehrere zusammen zu Hilfe nehmen, um Erfolg zu erzielen.

Die bisher geschilderten diätetischen Anweisungen waren auf Beeinflussung der Darmatonie berechnet. Bei Spasmus wird man zunächst den an sich gereizten Darm durch grobe Kost nicht noch mehr reizen dürfen, sondern zu schonen suchen, ohne allerdings für immer bei diesem Regime zu verharren. Uebertreibungen in dieser Hinsicht bergen die Gefahr in sich, einer Entwickelung von Darmneurasthenie Vorschub zu leisten. Wenn auch andere den nervös-hysterischen Gesamtzustand verbessernde Behandlungsverfahren wichtiger und unerläßlich sind, so ist anfangs dennoch eine

Schonungsdiät dringend erforderlich. Bei der Kostbereitung sind alle scharfen Gewürze (Pfeffer, Paprika, Nelken, Muskat) zu vermeiden. Alle pikanten Speisen sind demnach gänzlich verboten, speziell auch Alkohol. Die blähenden Kohlarten, Gurken, Salat, Rettich, Radieschen, Hülsenfrüchte, Pilze sind wegen ihres reichen Gehaltes an Holzfasern ebenfalls zu verbieten; desgleichen die bakterienreichen Käsesorten, am besten aber Käse überhaupt. Bei der Herrichtung der Speisen ist großes Gewicht zu legen auf sorgfältige Entfernung aller rauhen Schalen sowie auf gründliche Zerkleinerung durch Messer, Stampfer und Reibe. Durch ein Sieb gepreßte Speisen in Suppen- und Breiform sind besonders reizlos. Die Einspeichelung braucht darunter keineswegs zu leiden. Die Milch wird wegen ihrer leichten Verdaulichkeit sowie zur Hebung des meist daniederliegenden Ernährungszustandes fast immer zu empfehlen sein. Nur ganz allmählich wird man zu einer rauheren Kostordnung wieder zurückkehren dürfen.

Wo die sitzende Lebensweise Ursache der Verstopfung ist, wird man die „dienstfreie“ Zeit durch Spaziergänge, allerhand Sport oder Gartenarbeit auszufüllen suchen, jedenfalls einem Versitzen auch der Erholungsstunden entgegenarbeiten müssen.

Von den physikalischen Heilfaktoren stehen uns die Hydrotherapie, Mechanotherapie und Elektrotherapie bei beiden Formen der habituellen Obstipation helfend zur Seite. Freilich werden wir bei den gegensätzlichen Zuständen von Atonie und Spasmus auch diametral sich entgegenstehende Methoden zur Anwendung zu bringen haben. So bewähren sich bei der Atonie kurze kalte Sitzbäder sowie kalte Abreibungen und Uebergießungen, aber auch sogen. erregende Umschläge auf den Leib nachtsüber. Bei krampfhafter Erregung der Darmmuskulatur sind im Gegenteil prolongierte warme Sitz- oder Halbbäder, heiße oft gewechselte Kompressen und warme nächtliche Umschläge von ausgezeichneter Wirkung. Im Anschluß an die Hydrotherapie auch ein Wort über die Bedeutung der Balneotherapie in der Behandlung der habituellen Obstipation. Mit Recht werden chronisch Obstipierte im Sommer auch in die Bäder geschickt, aber nicht immer mit dem erhofften Erfolg. Es liegt das zum Teil daran, daß bei der Auswahl des Badeortes auf dessen Quellen zu wenig Rücksicht genommen wurde. Von den drastisch wirkenden Glaubersalz- und Bittersalzwässern kann man freilich keine günstige Einwirkung erwarten. Wohl aber lassen sich die mildwirkenden schwächeren kohlensauren Kochsalzquellen mit ungefähr 1 % Salzgehalt vorübergehend bei habitueller Obstipation mit Nutzen gebrauchen, aber nur unter Kontrolle eines mit den Quellen genau vertrauten Arztes. Der Laie, welcher nach dem Grundsatz handelt, viel hilft viel, wird mehr Schaden als Nutzen stiften, da erfahrungsgemäß nach jedem stärkeren Durchfall eine mehr oder minder heftige Verstopfung eintritt. Nur der kundige Arzt wird die Klippen einer Trinkkur bei habituell Obstipierten zu vermeiden wissen. Die Heilquellen werden nach altem Brauch morgens nüchtern getrunken. In dieser Magenverfassung erfolgt auch die intensivste Wirkung auf den Darm. Wir können von dieser Erfahrung bei der Abführdiät Gebrauch machen, was ohnedies beim Volke schon üblich ist. Man läßt sodann in Kurorten bei Atonie die Quellen kalt trinken und erhöht damit die abführende Wirkung. Aber der Genuß kalten Wassers an sich übt im gewöhnlichen Leben schon einen starken Impuls auf die erschlaffte Darmmuskulatur aus. Ueberhaupt soll der gewohnheitsmäßigen Beschränkung in der Flüssigkeitszufuhr namentlich bei Frauen durch Verordnung entsprechender Wassermengen entgegengearbeitet werden, um den nachteiligen Folgen der Trockendiät auf die Darmtätigkeit vorzubeugen.

Mit der Massage können wir ebenfalls sowohl eine beruhigende als auch erregende Wirkung auf den Darm erzeugen. Die Manipulationen sind dabei allerdings verschieden. Während zarte Streichungen mit der eingefetteten Hand die Darmsteifungen zu lösen vermögen, rufen umgekehrt kräftige Knetungen, Klopfungen und Erschütterungen Kontraktionen hervor. Im ganzen ist die Massage indes mehr bei Atonie als Spasmus indiziert. Zur Erregung der Darmperistaltik dienen kräftige Reibungen der Bauchdecken, durchgreifende Knetungen und tiefgehende Erschütterungen der Därme, Klopfungen des Kreuzbeins und Vibrationen der Analgegend, manuell oder mit dem Vibrator. Die Massage muß täglich 6 bis 10 Wochen lang appliziert werden, soll ein anhaltender Erfolg damit erzielt werden. Eine Selbstmassage, die in zirkelförmigen Touren um den Nabel herum, etwa im Verlauf des Kolon besteht, kann den Patienten als zweckdienlich empfohlen werden. Ebenso verdient ein von Ebstein angegebener Handgriff Empfehlung, welcher die Entfernung des Kotes aus dem letzten Teil des Rektums bezweckt. Derselbe besteht darin, daß man bei der Defäkation mit der linken Hand in der Gesäßspalte von außen den Kot herauszustreichen sucht. Außerdem kann diese Art der Massage längs des untersten Rektumabschnittes zur Erhöhung der austreibenden Kraft des Darmes benutzt werden. Zur schmerzlosen Evakuation des Darmendes von harten Kotballen kann auch ein von Gumprecht beschriebener Handgriff angewendet werden. Derselbe besteht in einer Art Dammschutz. Man legt dabei die Hand aufs Kreuz und führt durch Verschiebung der Weichteile nach dem Anus hin eine Entspannung der ganzen Umgebung des Afters herbei. Dieser „Dammschutz“ erleichtert namentlich bei Hämorrhoiden, die ja so häufig von chronischer Stuhlverstopfung begleitet sind, die Entleerung eingetrockneter harter Kotmassen.

Die Gymnastik dient hauptsächlich der Kräftigung der Bauchpresse, welcher bei dem Geschäft der Defäkation keine unbedeutende Rolle zufällt. Von Freiübungen kommen besonders Rumpfbeugen vor- und seitwärts, Beinspreizen vor- und seitwärts, Knieheben und -beugen in Betracht, ebenso Aufrichten des Oberkörpers aus der wagerechten Lage ohne Unterstützung der Hände. Wer diese Freiübungen oder entsprechende Widerstandsgymnastik nicht ausführen kann, muß sich mit passiven Bewegungen an Zanderapparaten begnügen. Die Dauerresultate der mechanischen Behandlungsmethoden sind im allgemeinen als günstige zu bezeichnen, doch müssen sie mit Kritik, sachgemäß und längere Zeit hindurch (drei bis vier Monate) zur Anwendung kommen.

Zur elektrischen Behandlung der atonischen Form der Obstipation ist der faradische Strom geeignet, entweder äußerlich oder innerlich appliziert. Bei der äußeren Applikation setzt man die breitere Elektrode auf den unteren Teil des Rückens, die kleinere setzt man der Reihe nach an verschiedenen Punkten des Leibes auf oder verbindet sie mit einer Massagerolle, welche man dem Kolon entlang führt. Intensiver wirkt die Faradisierung vom Rektum aus. Man benutzt ziemlich starke Ströme in einer Dauer von 10 bis 15 Minuten. Der galvanische Strom beruhigt die vermehrte Darmperistaltik der spastischen Obstipation. Man behandelt die vom Krampf betroffenen Stellen mit der Anode, während die Kathode im Rücken sitzt, und nimmt Ströme von 15 bis 25 M.-A.

Eine große Verbreitung und Bedeutung haben in der Obstipationstherapie auch die Klistiere erlangt. Man unterscheidet nach der verwendeten Flüssigkeit Wasser- und Oelklysmen. Sie kommen in zwei Formen zur Anwendung, als kleine und große oder hohe Klistiere. Kaltes Wasser übt einen starken Reiz auf die erschlafften Darmwandungen aus, heißes Wasser setzt die motorische Erregung der spastischen Obstipation herab. Oeleinläufe werden nach dem Vorgang von Fleiner und Ebstein mit einem Gummiball oder Irrigator in größeren meist aber in kleineren Mengen warmen Oliven-, Sesam- oder Rüböls gemacht und leisten gute Dienste bei jeder Art von chronischer Verstopfung. Wenn das Oel auch nicht erweichend auf die oft steinharten Kotballen einwirkt, so macht es doch die Darmpassage schlüpfriger und löst außerdem gelinde Darmbewegungen aus. In Form von mehrwöchigen Kuren, verbunden mit Bettruhe, haben sie oft einen heilenden Einfluß gerade auf die spastische Obstipation. Glyzerinzäpfchen kommen den Oeleinläufen nicht an Reizlosigkeit gleich, sind aber zur gelegentlichen Verwendung sehr brauchbar.

Bei der medikamentösen Therapie müssen wir scheiden zwischen denjenigen Arzneimitteln, welche die der Verstopfung zugrunde liegende Atonie bezw. den Spasmus bekämpfen, und den sogen. Abführmitteln. Zur rationellen Behandlung der

Public

Atonie dient das Strychnin. Seine Wirkung beruht bekanntlich auf einer Erregung der Darmnerven, wodurch Kontraktionen der glatten Muskulatur zustande kommen. Lähmend auf die glatte Muskulatur wirkt Atropin, es wird also am ehesten die krampfhaften Zusammenziehungen des Darmes beheben. In gleicher Richtung sind Brompräparate und Chloralhydrat wirksam.

Die eigentlichen Abführmittel rufen durch Reizung der Darmschleimhaut die Entleerungen hervor und sind daher möglichst zu vermeiden. Zur Einleitung einer richtigen Behandlung der habituellen Obstipation wird man ihrer allerdings vielfach nicht entraten können, schon deswegen, weil die Patienten daran gewöhnt sind. Ebenso wird man sie bei alten Leuten nicht gut entbehren können. Bezüglich ihrer Schädlichkeit besteht kein großer Unterschied unter den als Aperientia, Purgatoria und Drastika bezeichneten Gruppen. Es kommt bei ihrer schädigenden Wirkung hauptsächlich auf die Mengen an und den tatsächlichen Schleimhautreiz; denn durch eine sehr starke Dosis eines purgatorischen Mittels kann der Darm heftiger insultiert werden als mit einer kleinen Gabe eines Drastikums. Dennoch wird man stets versuchen müssen, mit den schwächeren Mitteln auszukommen. Ueberhaupt muß für den Gebrauch von Abführmitteln als erste Regel gelten, nie mehr davon zu verordnen, als unbedingt nötig ist, und danach zu streben, nach Möglichkeit die Dosis allmählich zu reduzieren. Unbeschadet des Erfolges wird das oft genug gelingen. Unter dem Volke sind die Karminativa: Pfefferminz, Fenchel und Kamillen wegen ihrer krampfstillenden Wirkung viel verbreitet und auch in der Tat von den Abführmitteln bei der spastischen Form allein brauchbar. Relativ mild und sicher wirken bei Atonie auch Faulbaumrinde und Sennesschoten. Kalifornischer Feigensyrup zählt noch mehr zu den diätetischen Abführmitteln. Brustpulver, Rhabarbertabletten, Cascara sagrada brauche ich als relativ harmlos nur zu erwähnen. Von neu eingeführten Mitteln verdient das von Ad. Schmidt empfohlene Regulin als rationelles Abführmittel hervorgehoben zu werden. Die Wirkung beruht hauptsächlich auf dem durch Quellung zum Darmballast gewordenen Agar-Agar, dem etwas Cascara zugesetzt ist. Stärkere Abführmittel sind bei der habituellen Obstipation gänzlich zu vermeiden.

Wie wir gesehen haben, gibt die moderne Heilkunde dem Arzt zur Bekämpfung der chronischen Stuhlverstopfung eine Reihe von aussichtsreichen Mitteln in die Hand. In der kritischen Verwertung nicht minder wie in der beharrlichen Durchführung einzelner, zum Teil allgemein hygienischer Grundsätze beruht der dauernde Erfolg.

REFERATE.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum,** Berlin.

1. **Die Technik der Wassermann-Neißer-Bruckschen Serodiagnostik der Syphilis.** Von Taege. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 33.

2. **Scharlach und Serodiagnostik auf Syphilis.** Von Georg Meier. Med. Klinik, 1908, Nr. 36.

3. **Ueber das Verhalten des Serums von Scharlachkranken bei der Wassermannschen Reaktion auf Syphilis.** Von Fritz Höhne. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

4. **Ueber Serumreaktionen bei Scharlachkranken.** Von E. Seligmann und F. Klopstock. Ibidem.

5. **Serumdiagnosis of syphilis.** Von William J. Butler. Journ. of the americ. med. assoc., 1908, 5. Sept.

6. **Der serologische Luesnachweis mit der Bauerschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion.** Von Hinrichs. Med. Klinik, 1908, Nr. 35.

7. **Le priapisme.** Von Charles Laurent und Leon Nové-Josserand. Gaz. des hopit., 1908, Nr. 101.

8. **Die Kromayersche Quecksilberinhalationskur bei Syphilis.** Von Paul Bendig. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 35.

9. **Ueber die Verwendung des Arsacetins (Ehrlich) bei der Syphilisbehandlung.** Von A. Neißer. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 35.

10. **Ueber urethrale Tuberkulinreaktion.** Von M. Oppenheim. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 37.

11. **Zur Frage des Lupus erythematodes und der Tuberkulose überhaupt.** Von S. Ehrmann und S. Reines. Med. Klinik, 1908, Nr. 34.

12. **Ueber alte und neue Heilsalben.** Von Paul Richter. Ibidem, Nr. 37.

13. **Beitrag zur Frage der internen Syphilistherapie unter besonderer Berücksichtigung des Mergals.** Von Georg Haedicke. Allg. med. Zentralzeitg., 1908, Nr. 34 u. 35.

1. Wer sich über die Technik der Wassermann-Neißer-Bruckschen Reaktion zur Serodiagnose der Lues informieren will, lese die außerordentlich klare und präzise Arbeit Taeges, die besonders für Leute geschrieben ist, die mit der Technik der serologischen Methoden nicht vertraut sind.

2. Entgegen den Angaben von Much und Eichelberg fand Meier bei Scharlach nie die Wassermannsche Reaktion. Das Ueberstehen des Scharlachs gibt keinen Anlaß zur serodiagnostischen Fehldiagnose auf Lues. Die widersprechenden Resultate beruhen auf Nichteinhaltung der genauen Vorschriften und Kontrollen.

3. Auch Höhne findet, daß das Ueberstehen einer Skarlatina die Deutung der mittels der Wassermannschen Reaktion erhaltenen Ergebnisse und die große Bedeutung der Methode für die Serodiagnostik der Syphilis in keiner Weise beeinträchtigt.

4. Ebenso kamen auch Seligmann und Klopstock zu demselben Schluß. Sie fanden jedoch, daß das angewandte Antigen gelegentlich sich so verändern kann, daß es mit einer Reihe von nicht luetischen Seren, auch Scharlachseren reagiert.

5. Nach Butler ist die Serumreaktion auf Syphilis spezifisch. In 90 bis 95% der Fälle mit syphilitischen Manifestationen wird sie gefunden, in 50 bis 60% latenter Fälle, in 70 bis 80% parasyphilitischer Krankheiten. In manchen Fällen wird sie durch die Behandlung beeinflußt, und es ist nicht unwahrscheinlich, daß die Zahl dieser Fälle bedeutend vermehrt wird, wenn die Reaktion durch eine prolongierte Behandlung hindurch verfolgt wird. Die positive Reaktion zeigt die Aktivität des spezifischen Virus an und ist eine Indikation für eine spezifische Behandlung. Der negative Ausfall der Reaktion hat keine Bedeutung.

6. Mit der von Bauer angegebenen Modifikation der Wassermannschen Reaktion bekommt man feinere Ausschläge und in einer größeren Zahl von Fällen positive Reaktion.

7. Priapismus, d. h. lange schmerzhafte Erektion ohne das Lustgefühl oder den Wunsch und stets ohne Ejakulation, hat die verschiedensten Ursachen; entweder bestehen mechanische Zirkulationshindernisse wie Prostatatumoren oder Blasentumoren oder Hämatome im Korpus kavernosum. In andern Fällen ist Urethritis mit Thrombose im Korp. kavernosum die Ursache. Manchmal spielen nervöse Ursachen, wie geistige Ueberanstrengung oder Neurosen, eine Rolle. Gelegentlich wird er durch Kanthariden oder Yohimbin verursacht. Besonders häufig findet er sich bei Leukämie und andern Blutkrankheiten; ferner bei Malaria, Diabetes und Gicht. Entsprechend der Ursache muß die Behandlung kausal sein. Bei unbekannter Ursache sind Anaphrodisiaka am Platz, besonders beim akuten Priapismus, wie Kampfer, Lupulin, Brom, eventuell Chloroform mit Morphium. Die chirurgische Behandlung durch Inzision des Korpora kavernosa ist im allgemeinen zu vermeiden.

8. An der Hand von 20 Fällen sah Bendig mit der von Kromayer angegebenen Hg-Inhalationsmethode der Lues gute klinische Erfolge. Gemessen an der diuretischen Wirkung des Hg scheinen die Masken nach 8 Stunden ihre Wirkung zu verlieren und müssen dann gewechselt werden. Die Kur ist zirka 40 Tage lang durchzuführen. Bendig hebt die von Kromayer angegebenen Vorteile der Behandlungsmethode hervor gegenüber Schmier- und Spritzkur: Sauberkeit und Bequemlichkeit.

9. Nach allen Erfahrungen am Menschen und besonders nach zahlreichen Tierexperimenten hat Neißer die Sicherheit gewonnen, daß das Quecksilber ein wahres Heilmittel gegen die Syphilis ist, geeignet, nicht nur Symptome zu beseitigen, sondern auch das Virus zur Abtötung zu bringen. Andrerseits haben jedoch die neueren Untersuchungen ergeben, daß wir neben dem Hg noch andre wahre Heilmittel gegen Syphilis haben, insbesondere in dem Atoxyl. Ehrlich hat ein neues Atoxylpräparat, Arsacetin genannt, hergestellt. Dieses neue Mittel ist ungleich ungiftiger als das alte Atoxyl, hat die gleiche Wirkung und kann sich nicht zersetzen. Neißer empfiehlt Hg und Arsacetin gleichzeitig nebeneinander anzuwenden. Verwendet wird 10%ige Lösung; jede Woche an zwei aufeinander folgenden Tagen wird 0,6 Arsacetin injiziert.

10. Nicht nur die Konjunktiva, sondern auch die Urethra kann gelegentlich allergische Reaktion auf Tuberkulineinträuflung zeigen. Die Reaktion ist jedoch viel schwächer und inkonstanter als an der Konjunktiva. Eine praktische diagnostische Bedeutung kommt der urethralen Reaktion nicht zu. Bei Skrofulose und Tuberkuliden der Haut konnte keine stärkere Reaktion erzielt werden als bei anderen Affektionen.

11. Obgleich der Lupus erythematodes mikroskopisch im allgemeinen nicht tuberkuloses oder tuberkuloseähnliches Gewebe zeigt, so ist er doch ein Stigma für Tuberkulose. Die besten Heilresultate gibt nach Ehrmann und Reines die Quarzlampenbehandlung, schwankende die Finsen- und die Jod-Chininbehandlung.

12. Richter empfiehlt den Viljacrême als ein bei vielen Hautkrankheiten wirksames, besonders jucklinderndes Mittel.

13. Haedicke sieht in Mergal, einem neuen internen Antisyphilitikum, einen außerordentlichen Gewinn für den neueren Arzneischatz. Dieses Hg-Präparat wird fast stets gut vertragen und gerne genommen.

Militärsanitätswesen.

Referent: Dr. **M. Peltzer,** Generaloberarzt a. D. in Steglitz.

1. **Ueber paroxysmale Hämoglobinurie nach Gehen.** Von Oberstabsarzt Dr. Rosenthal-Münster. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 14, S. 585.

2. **Psoriasis als Folge der Revakzination.** Von Assistenzarzt Dr. von Mielecki-Magdeburg. Ibidem, S. 607.

1. Während die Kasuistik der paroxysmalen Kältehämoglobinurie, wie R. bemerkt, ziemlich umfangreich ist, sind Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie nach Gehen sehr selten und in der militärärztlichen Literatur, abgesehen von kurzen Erwähnungen in den Sanitätsberichten der preußischen Armee, seines Wissens bisher noch nicht beschrieben worden. Aus diesem Grunde teilt er einen in Straßburg i. E. beobachteten Fall dieser seltenen Krankheit ausführlich mit, stellt dabei die anderen bisher veröffentlichten Fälle dieser Art zusammen und berichtet kurz über die neuesten Fortschritte in der Erkenntnis der paroxysmalen Hämoglobinurie überhaupt. Er hält Kälte- und Marschhämoglobinurie für zwei voneinander ganz verschiedene Krankheitszustände, zwischen denen Uebergänge nicht vorkommen, und fordert zu gelegentlichen weiteren vergleichenden Beobachtungen auf.

2. Assistenzarzt Dr. von Mielecki fand vor einiger Zeit gelegentlich der monatlichen ärztlichen Untersuchung der Mannschaften des Korpsbekleidungsamtes des vierten Armeekorps einen Mann, dessen Körper von einem eigentümlichen Hautausschlag bedeckt war. Der Mann war am 9. Oktober mit Erfolg geimpft, der Ausschlag wurde von ihm am 20. Oktober bemerkt und sollte „über Nacht“ entstanden sein. Daß die Eruption mit der Impfung in Zusammenhang stand, lehrte ein Blick auf die Haut an den Impfstellen, welche in gleicher Weise, jedoch erheblich stärker, verändert war als an der übrigen Körperoberfläche. Die Diagnose wurde auf Psoriasis gestellt, und es fragte sich nur, was den Anstoß zum Ausbruch der Krankheit gegeben hatte, die mechanische Verletzung der Haut durch die Impflanzette oder die Einverleibung der Lymphe? Es blieb als Ausweg nur die Annahme einer eigenartigen Disposition übrig. Derartige Fälle sind auch anderweitig gelegentlich beobachtet und beschrieben worden. Besnier (Besnier-Brocq-Jasquet, la pratique dermatologique, tome VI, 1907, S. 128) schätzt ihre Zahl auf kaum 10. v. Mielecki fand in den Sanitätsberichten der preuß. Armee von 1898/99, 1900/01, 1901/02 und 1904/05 noch viermal die Revakzination als Ursache von Psoriasis erwähnt, ferner noch bei Bettmann und Teske (Münchn. med. Wochenschr., 1899, Nr. 15, und Monatsschr. f. Unfallheilk., 1905, Nr. 8).

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch,** Bendorf a. Rh.

1. **Ueber das Wesen der biologischen Phänomene in der Medizin und über die Grenzen ihrer Verwertbarkeit.** Von Dr. G. Salus-Prag. Med. Klinik, 1907, Nr. 50.

2. **Was geschieht, wenn artfremdes Serum außerhalb des Darmtraktus eingeführt wird?** Sammelreferat. Von Dr. G. Salus. Ibidem, 1908, Nr. 8.

3. **Ueber die Serotherapie der Streptokokkeninfektion.** Von W. Zangemeister. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 16.

4. **Zur Wirkung des Prießnitzumschlages bei der Entzündung.** Von Privatdoz. Dr. H. Schade-Kiel. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 18, und Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1908, Nr. 5.

5. **Die Kleidung der Mutter in Beziehung zur Gesundheit des Kindes.** Von Marg Pochhammer. Zeitsch. f. Krankenpfl., 1908, Nr. 2.

6. **Meinungsverschiedenheiten in der Anwendung der Sonnenbäder.** Von Dr. W. O. Lenki-Budapest. Zeitschr. f. phys.-diät. Therapie, 1908, Augustheft (nach e. Eigenbericht).

7. **Ueber Quecksilber als Heilmittel.** Von Dr. Kaufmann, Frankfurt a. M. Heft 6 der Flugschr. der Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskr. Leipzig, Barth, 1906. 24 S. M. 0,30.

Im Anschluß an das Referat über Fischers Bemerkungen zur Serumtherapie (Nr. 31 dieser Zeitschrift) seien noch die obigen drei ersten Arbeiten angeführt.

1 u. 2. Salus leugnet, daß die nach Injektion artfremden Serums beobachteten Vorgänge Beziehungen zur „Immunität“ besitzen, sondern nimmt an, daß der Organismus auf die anomale Eiweißzufuhr anomale „Fermentoide“ bilde, die das eingeführte Eiweiß ohne Rücksicht auf seine Giftigkeit verdauen. „Alle Erscheinungen nach der erstmaligen und nach der wiederholten Injektion erklären sich ungezwungen als Verdauungsvorgänge ohne jede Beziehung auf die Immunität. Auch Agglutination, Bakteriolyse und -präzipitation sind keine wahren Immunitätserscheinungen, sondern nur Folgen der anomalen Verdauung von Leibesbestandteilen der Bakterien.“

3. Zangemeister gelangt auf Grund eigener Versuche zu dem Ergebnis, daß Sera, die beim Tier hochwirksam waren, beim Menschen völlig versagten. Die am Krankenbett „beobachteten“ spezifischen Eigenschaften der Sera erwiesen sich bei exakter Prüfung als Täuschung.

Er erklärt das mit der spezifischen Pathogenität der Streptokokken: Ein Stamm kann für eine Tierart hochvirulent sein, ohne deshalb die geringste Virulenz für eine andere Tierart zu besitzen. In der Tat zeigten in diesem Sinne angestellte Versuche, daß Pferdeserum beim Affen wirkungslos, ja sogar schädlich war, indem es den Tod der Versuchstiere beschleunigte.

Mit Anwendung artfremder Streptokokkensera soll man also, wie Z. betont, äußerst vorsichtig sein, sonst werde der Effekt der Serumtherapie durch den Schaden, den die Einverleibung artfremden Serums mit sich bringt, paralysiert.

Da die artfremden Sera als Fremdstoffe und deshalb bestenfalls nur als „Leukostimulantien“ wirken, so möchte Ref. an Stelle der kostspieligen und zweischneidigen Sera künstlich krank gemachter Tiere die einfacheren, billigen und unschädlichen altbekannten leukotaktischen Mittel der Pharmakopöe, deren Hauptrepräsentant das Terpentin ist, zur Wiedereinführung vorschlagen.

4. Die durch den Prießnitzumschlag hervorgerufene reaktive Hyperämie wirkt in der Weise, daß sie durch Steigerung des osmotischen Druckgefälles die zentrifugal gerichtete Lymphbewegung erhöht und mit dem so gesteigerten Lymphstrome die Entzündungsprodukte in kürzerer Zeit aus dem am meisten gefährdeten Zentrum nach der Peripherie schafft, um sie dort an

Publi

die zirkulierende Blutmasse abzugeben oder sonstwie unschädlich zu machen.

5. Verfasserin stimmt den (bereits referierten) Ausführungen Grissons bei, bis auf dessen Abneigung gegen das Reformbeinkleid, bekämpft dagegen energisch Möllers Bedenken hinsichtlich der Schulterbelastung, die sie für völlig unhaltbar erklärt. Sie empfiehlt poröse Hemdhose, Büstenhalter mit Leibgurt und Strumpfhaltern (z. B. „Hera“ nach Fleischer-Griebel in Berlin), poröses Reformbeinkleid, lose gefüttertes Kleid ohne Unterrock oder ungefüttertes mit einem solchen, und betont, daß man jedes Kleid, das sich der Gestalt anschmiege, ohne sie irgendwo zu belasten oder einzuengen, als Reformkleid bezeichnen müsse.

6. Verfasser befaßt sich in erster Linie mit der Indikationsstellung der Sonnenbäder und meint unter anderem, daß geringere Fieberbewegungen nicht als unbedingte Gegenanzeige zu betrachten seien, da die Rektaltemperatur im Sonnenbad auch bei Fiebernden oft abnehme, und wenn dieselbe bei solchen, deren Sonnenbad eben mit dem täglichen Anstieg der Temperatur zusammenfällt, in manchen Fällen auch zunehme, diese Zunahme doch so unbedeutend sei, daß sie nicht in Betracht komme, um so mehr, da die Dauerwirkung auch bei diesen günstig sei. Er meint auch, daß solche, die Neigung zu Lungenblutungen haben, nicht vom Sonnenbad auszuschließen seien. Der Auswurf zweier seiner Patienten, die kurz vor der Behandlung in mehreren Anfällen viel Blut auswarfen, zeigte während der Sonnenkur nicht den mindesten Blutverlust. Auch bei Menstruierten zeigte sich auf Sonnenbäder kein ungünstiger Einfluß auf die Blutung. Doch will er trotz dieser Erfahrungen Patienten mit bestehender Blutung, schon auch deshalb, da diese absoluter Ruhe bedürfen, vom Sonnenbad ausgeschlossen sehen.

Bezüglich der Methodik der Sonnenbäder betont Verfasser, daß dieselben strenge dosiert werden sollen. Er verurteilt deshalb die ambulatorischen, mehrere Stunden langen Sonnenbäder, da diese Erythembildung und starke Pigmentation der Haut provozieren und genaue Individualisierung unmöglich machen. Er gibt Schwachen und Blutarmen nur kurze Sonnenbäder (15 bis 45 Min.), läßt diese nur frei bescheinen und meidet bei allen, bei denen er Wert auf die Lichtwirkung legt, daß die Haut übermäßig gebräunt werde. Nach seinen Untersuchungen läßt tiefgebräunte Haut nur ca. den fünf- bis zehntausendsten Teil der auffallenden Strahlen durch und von diesen auch nur gelbe und rote, wohingegen durch blasse oder nur mäßig gebräunte Haut der hundertste Teil penetriert. Die zu starke Bräunung der Haut vermeidet er dadurch, daß er seine Patienten nur kurz bestrahlen läßt und daß diese die bestrahlte Hautfläche oft wechseln. Beginnendes Erythem sucht er durch mehrtägige Pause oder dadurch hintanzuhalten, daß er solche einige Tage unter Filtern bestrahlen läßt, welche für ultraviolette Strahlen undurchlässig sind. Er läßt nur jene, bei denen auch auf intensivere Wärmewirkung Gewicht gelegt werden muß, also hauptsächlich solche länger (etwa eine Stunde) bestrahlen, bei denen Aufsaugung erstrebt wird, und läßt, um auch diese nicht zu sehr zu bräunen, das Sonnenbad über eine Stunde meist nur mit bedecktem Körper oder in Packung fortsetzen. Die Aufsaugung sucht er auch dadurch zu fördern, daß er letzteren, um die Säfteströmung von den Geweben zu den Blutgefäßen anzuregen, auch schon einige Stunden vor dem Sonnenbad die Flüssigkeitsaufnahme verbietet. Dadurch will er erreichen, daß der durch Verdunstung entstandene Verlust aus den Geweben und nicht durch Reserveflüssigkeit aus dem Darm gedeckt werde. Solchen, deren Körper energisch durchspült werden soll, erlaubt er hingegen, auch während der Bescheinung ihren Durst zu löschen.

Energische erythembefördernde Bestrahlung hält Verfasser nur bei zirkumskripten, oberflächlichen Leiden bazillären Ursprungs für unbedingt indiziert, also nur bei lokalen Sonnenbädern, bei Teilsonnenbädern schon nicht oder nur im Anschluß an totale, um die Allgemeinwirkung durch lokale noch zu verstärken. Doch tut er dies nur in jenen Fällen, in welchen mildere Sonnenbäder nicht genügend wirken. Er meint auch, daß die Erwärmung der Haut berücksichtigt werden müsse, da dadurch die Wärmeregulation des Körpers bis zu einem gewissen Grade beeinflußt werden kann. Intensive Erwärmung der Haut, also senkrechte Bestrahlung, befördert die Reaktion und Funktion derselben, also auch die Verdunstung und dies meist in höherem Grade als die Wärmeaufnahme. Das Pigment wirkt ebenfalls in diesem Sinne, d. h. nicht nur als Schutz gegen übermäßige Lichtwirkung, sondern auch gegen übermäßige Durchwärmung des Körpers: die Hautfarbe ist also bei Verordnung der Sonnenbäder zu berücksichtigen. Auf jedes Bad soll eine Wasseranwendung folgen.

7. Kaufmann zeigt an der Hand der Geschichte, wie das ehrwürdige Medikament Hg alle Stürme und Umwälzungen der Medizin überdauert habe. Alle Bestrebungen, es durch andere Mittel oder Methoden zu ersetzen, seien bisher fehlgeschlagen. In richtiger Dosis und Form, unter sachverständiger Leitung gegeben, sei es ein mächtig wirkendes Heilmittel und seine Schattenseiten gänzlich vermeidbar.

Natürlich sei es noch nicht das ideale Syphilismittel, es könne Rückfälle nicht immer verhüten, ja in einzelnen seltenen Fällen, besonders bei Alkoholikern, versage es völlig. Einstweilen aber, bis ein besseres gefunden, sei noch an ihm festzuhalten.

Varia.

1. **Ueber epidemische Meningitis.** Von M. Mathes. **Ueber epidemische Meningitis.** Von H. Hochhaus. Medizin. Klinik, 1908, Nr. 20.

Von beiden Aufsätzen sei nur das Therapeutische hervorgehoben. Mathes verwandte dreistündlich wiederholte heiße Bäder (bis 40⁰) von viertelstündiger Dauer mit guter subjektiver Wirkung. Die Spinalpunktionen waren „kaum von erheblichem Erfolg“, ebenso die subduralen Injektionen von Serum. Dafür traten aber öfters Schmerzen und Kollaps ein. Biersche Stauung des Kopfs wurde nicht vertragen.

Zu ähnlichen Resultaten gelangt Hochhaus. Die Injektion von Serum von verschiedener Provenienz und Menge versagte vollständig. F. von den Velden.

2. **Alkohol und Lebensdauer.** Von Dr. Stille (Stade). Med. Klinik, 1907, Nr. 34.

Die Arbeit macht Statistiken englischer Versicherungsgesellschaften, die besondere Abteilungen für Abstinente haben, zugänglich. Die Abstinenten erhalten 15% Rabatt, in welcher Zahl sich am prägnantesten ihre vermehrte Lebenserwartung ausdrücken läßt.

Wenige Aerzte werden daran zweifeln, daß es der großen Mehrheit der Menschen besser wäre, wenn sie abstinent lebte. Aber so groß kann der Vorteil der Abstinenz nicht sein, als er nach den Statistiken erscheint. Der Gesunde kann den Alkohol weit leichter entbehren als ein Teil der Kränklichen, der ihn braucht, um sich über Depressionszustände wegzubringen und den Ablauf der körperlichen Funktionen wenigstens während der Zeit der Nahrungsaufnahme in Gang zu setzen. Deshalb befindet sich unter den Nichtabstinenten ein größerer Prozentsatz Menschen mit geringer Lebenserwartung als unter den Abstinenten, und ihre höhere Mortalität rührt teilweise daher. Einverstanden, daß mehr Nichtabstinenten sterben als Abstinenten — es sterben aber auch mehr Leute, die den Arzt und Apotheker brauchen, als die ihn entbehren können, und doch darf man daraus nicht auf deren Gemeinschädlichkeit schließen. Der Alkohol ist die populärste Medizin und wirkt — richtig gebraucht — wie die Arznei in der Mehrzahl der Fälle auch, nämlich durch vorübergehende Erleichterung von Störungen, die nach verklungener Wirkung gleich groß oder größer wieder da sind.

Noch ein weiteres Moment läßt den Einfluß des Alkohols geringer erscheinen, als ihn die Statistiken darstellen. „Man hat die Ansicht ausgesprochen, daß die Abstinenten besonders sorgfältige und methodische Leute seien, die nach Uebung und Regel leben, Gefahren, Aufregungen und Exzesse aller Art vermeiden und überhaupt unter solchen Bedingungen leben, die der Gesundheit und Langlebigkeit förderlich sind; und daß ihre Abstinenz von berauschenden Getränken nur das Merkmal einer Klasse oder eines Typus ist, deren geringere Sterblichkeit ihrer allgemeinen behutsamen, ruhigen und methodischen Lebensweise zuzuschreiben ist. Diese Ansicht“, fügt Stille hinzu, „ist wenig begründet.“ Ich glaube, daß sie sehr gut begründet und von Stille sehr gut formuliert ist. Gewöhnlich sind die ganz oder beinahe Abstinenten ängstliche und pedantische oder beschränkte Menschen — mit Ausnahme natürlich derer, die den Alkohol tatsächlich nicht oder nicht mehr vertragen. Die levis notae macula, die dem Wassertrinker anhängt, ist nicht ganz unberechtigt, und das Volkslied sagt nicht ohne Grund: le buveur d'eau n'est qu'un poltron.

F. von den Velden.

3. **Schulpoliklinik der Stadt Luzern.** Med. Reform, 1908, Nr. 24, S. 293, Kl. Mitteilungen.

Eine nachahmenswerte Einrichtung hat Luzern getroffen: Im Januar d. Js. ist daselbst eine Schulpoliklinik eröffnet worden, die, ohne irgendwie obligatorisch zu sein und die freie Arztwahl zu beschränken, für alle Schüler und Schülerinnen der Primär- und Sekundärschulen der Stadt vollständig frei ist. Sie zerfällt in eine allgemeine Abteilung für leichte Fälle der Ohren- und Augenheilkunde, für Hautkrankheiten, die kleine Chirurgie usw. und eine Schulzahnklinik, wo Extraktionen besorgt werden, im übrigen aber ein möglichst konservatives Verfahren beobachtet wird. Ausgenommen sind Goldfüllungen und Prothesen. Besuche im Hause finden nicht statt, überhaupt werden nur ambulante Fälle behandelt.

M. Peltzer, Steglitz.

4. **Die organischen Eisenpräparate.** Von A. G. Apostolides-Smyrna. Folia Therapeutica, Vol. II, Nr. 3.

Eine umfangreiche und zum Referat nicht geeignete Auseinandersetzung über die Vorzüge der organischen Eisen- und Arsenpräparate vor den unorganischen.

Die gewöhnlich eintreffende und häufig versagende Wirkung des Eisens hat schon viele Untersucher genarrt, und man kann sagen, daß sie auch heute nicht aufgeklärt ist. Auf der richtigsten Fährte scheint Haig zu sein, dem die offizielle Wissenschaft noch ablehnend gegenübersteht. Schon Garrod hat gezeigt, daß Eisen und Blei unlösliche Harnsäureverbindungen bilden, und Haig hat bewiesen, daß beide Metalle vorübergehend die Harnsäure aus dem Urin, also auch aus dem Blute verschwinden lassen — gerade wie es der von den Chlorotischen instinktiv aufgesuchte Essig und zahlreiche andere Mittel, z. B. Quecksilber, Jod und Kupfer auch tun. Mit dem bloß vorübergehenden Verdrängen der Harnsäure aus dem Blute ist aber, da es nur kurze Erleichterung bringt, wenig geleistet, nur eine passende Hebung der körperlichen Funktionen auf anderem Wege und eine geeignete Diät kann dauernd helfen. Immerhin sind die erwähnten Metalle gute Mittel zur Unterstützung der Kur, und Haig bedient sich ihrer auch. Kupfer, Quecksilber und Jod haben nun viel unangenehmere Nebenwirkungen als Eisen, und so mag es kommen, daß das letztere von altersher seinen Platz in der Behandlung der Chlorose behauptet hat.

F. von den Velden.

5. **Wie schützen wir unser Auge gegen die schädliche Wirkung des Lichtes, besonders des kurzwelligen.** Von Prof. Birch-Hirschfeld. Umschau, 1908, Nr. 30.

Von den neueren Lampen sind besonders die Quecksilberdampflampen an ultravioletten Strahlen reich und deshalb dem Auge gefährlich, indem sie nach kurzer Zeit Konjunktivitis und Störungen der Farbenempfindung herbeiführen. Bei Tieren hat man sogar Linsentrübung eintreten sehen. Auch die Haut wird von den kurzwelligen Strahlen geschädigt, B.-H. akquirierte durch Bestrahlung mit einer Quarzlampe von vier Minuten Dauer in 1 m Entfernung eine Hautentzündung.

Als Schutz gegen diese Strahlungen dienen Brillen oder an den Lampen angebrachte Ueberfanggläser aus neuen, jetzt im Handel befindlichen Glassorten. Bemerkenswert ist, daß auch die in der Dermatologie verwandte Uviollampe das Auge schädigt.

F. von den Velden.

6. **Harnsäure und kein Ende!** (Die echte und die falsche Gicht.) Von Dr. W. Steckel. Wien 1908. Knepler. 56 S.

Ein unterhaltendes Büchlein voll gesunden Menschenverstands, das jeder mit Anregung lesen wird, wenn er sich auch öfters zum Widerspruch genötigt sieht. Sehr zu bedauern ist, daß Steckel die Arbeiten Haigs nicht kennt: so muß ihm die Lehre der Gicht ein Chaos erscheinen. Er weiß nicht, daß Haig einen großen Teil der Widersprüche, welche die Gicht „gleich geheimnisvoll für Weise wie für Toren" machten, auf das glücklichste aufgelöst hat.

Darin hat Steckel unzweifelhaft recht, daß, wenn nicht alle Anzeichen trügen, die „harnsaure Diathese" bald die Stelle einer Modekrankheit und Bequemlichkeitsdiagnose einnehmen wird, in Ablösung der Influenza und Blinddarmentzündung. Auch darin, daß bei den heute verbreiteten atypischen Formen von Gicht die Harnsäure zu sehr in den Vordergrund gerückt wird, während die Störungen der Leber- und Darmfunktion vergessen werden. Dafür hebt dann St. ein anderes Symptom, die verminderte Wärmebildung, ungebührlich als Hauptsache hervor.

Sehr witzig zieht St. gegen das Steckenpferd des Tages, die Diät, zu Felde, ohne deren Wichtigkeit in bestimmten Fällen zu verkennen. „Sie machen allerlei Experimente und verfallen alle dem Diätteufel, dann sind sie freilich für das Leben und den Lebensgenuß ganz verloren." „Trotzdem stehe ich nicht an, zu behaupten, daß der Schade der Diätkuren fast ihre Segnungen in den Hintergrund drängt. Sieht man mit ruhig kritischem Blick, wie sich zahllose Menschen in törichter Weise ohne Grund und ohne Berechtigung kasteien, quälen, martern, so faßt einen wahrhaftig der ganze Jammer der Menschheit an". „Endlos sind die Torheiten, die die Menschen infolge ihrer allzu großen Weisheit begehen." „Die Diät hat neben ihren großen Vorzügen einen ungeheuren Fehler: sie zwingt die Menschen, sich selber zu beobachten."

F. von den Velden.

7. **Das Luftbad bei der Pflege der Lungenkranken.** Von Dr. Schröder und Dr. Kaufmann. Zeitschrift für Krankenpflege, 1908, Aprilheft.

Für den Gebrauch der Luftbäder im Freien bei Phthisikern sind strenge Indikationen erforderlich. Verf. haben die Luftbäder nur solchen Kranken verordnet, bei denen der Prozeß ganz oder längere Zeit zum Stillstand gekommen war, die normal ernährt waren, keine Erscheinungen von Herzschwäche zeigten, nie fieberhafte oder labile Temperaturen hatten, deren vasomotorische Zentren nicht übererregbar waren. Rippenfellveränderungen galten stets als Kontraindikation, wenn nicht festere Pleuraverwachsungen seit langer Zeit ohne Reizerscheinungen bestanden. Die Technik des Luftbades gestaltete sich folgendermaßen: Begonnen wird in der Regel bei geeigneten Kranken mit Zimmerluftbädern. Bei 18° C Schattentemperatur werden die Bäder zuerst im Freien genommen, meist morgens zwischen 9 und 10, bei höherem Sonnenstand auch abends zwischen 6 und 7 Uhr. Dabei werden die üblichen Luftbadekostüme getragen. Ein Arzt resp. eine Schwester beaufsichtigen die Uebungen, die in leichten gymnastischen Prozeduren, eventuell kombiniert mit Atemgymnastik bestehen. Die Dauer der Bäder schwankt von fünf Minuten im Beginn bis gegen zwanzig Minuten. Anschließend erfolgt eine kurze Marschübung, dann Ablegen des Kostüms, Frottieren der Haut mit dem Frottiertuch, Ankleiden, einviertelstündiger Spaziergang, dann Liegekur. Verf. haben nach diesen Prinzipien bei etwa dreißig Kranken die Luftbäder angewandt. Der Gesamteindruck von der Wirkung der Luftbäder auf den dazu geeigneten Lungenkranken war der, daß er entschieden gekräftigt, abgehärtet und in der Besserung der Lunge gefördert wird.

M. Plien, Berlin.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Zur therapeutischen Verwendbarkeit des Bromfersan in der Behandlung funktioneller Neurosen.** Von Dr. Flesch. Wien. klin. Rundschau, 1908, Nr. 35.

2. **Weitere Beiträge zur Eisentherapie mittels Blutan, dem alkoholfreien Liquor Ferri-Mangani peptonati.** Von Dr. Kabisch. Mediz. Blätter, 1908, Nr. 36.

3. **Alcuenta.** Von Dr. Linke. Ther. Neuigkeiten, 1908, Juli

4. **Ueber Jodneol Böer.** Von Dr. Vogtherr. Pharmaz Zeitg., 1908, Nr. 68.

1. Im Jahre 1900 gelang es dem Dozenten Dr. Jolles in Wien, aus den durch Zentrifugierung isolierten Erythrozyten durch

Public

Einwirken von Salzsäure einen Körper — Fersan — darzustellen, der das gesamte Eisen und den Phosphor der roten Blutkörperchen organisch gebunden als Azidalbumin enthält. Dieser Eiweißkörper wird leicht resorbiert, ist wasserlöslich, passiert den Magen unverändert, enthält 90% lösliches Eiweiß und wird im Darm resorbiert. In jüngster Zeit wurde nunmehr von Apotheker Filo eine Bromverbindung des Fersan auf den pharmazeutischen Markt gebracht, das Brom-Fersan, das Verfasser in der Behandlung funktioneller Neurosen an dem Material der allgemeinen Poliklinik in Wien erprobt hat. Das Mittel kommt in Gestalt von Pastillen in Verkehr, deren jede 0,5 g Fersan und 0,05 g Bromnatrium enthält. F. gab zwei- bis dreimal 3 Pastillen; diese wurden zerstampft, wenn Kinder sie nehmen sollten. Irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen hat Verf. nicht gesehen. Seine 30 Fälle machten günstige Fortschritte. Wo eine starke Bromwirkung erzielt werden soll, ist das Mittel nicht indiziert, da zu geringe Bromdosen in den Pastillen enthalten sind. Eine Ausnahme machen Kinder, die ja auf Brom besser reagieren als Erwachsene. Die Hauptdomäne liegt nach Verf. auf dem Gebiete der funktionellen Neurosen ex anaemia.

2. „Blutan" stellt einen alkoholfreien Liquor Ferri-Mangani peptonati vor, der 0,6% Eisen und 0,1% Mangan mit Acidalbumin und Kohlensäure imprägniert, enthält und von Dietrich-Helfenberg hergestellt wird. Der Geschmack ist sehr angenehm, das Mittel nach wochenlangem Stehen unverdorben. Der Wohlgeschmack ist durch das leichte Prickeln der Kohlensäure erhöht. Nach Verf. hat das Präparat wegen seines Mangels an Alkohol vor anderen einen Vorzug. Erwachsene erhalten dreimal täglich einen Eßlöffel, Kinder einen Tee- oder Kinderlöffel voll. Auch K. bestätigt die Beobachtungen anderer Autoren über eine günstige Wirkung des Mittels. Ferner stellt die Firma noch Jod-Blutan mit 0,6% Fe, 0,1% Mn und 0,1% J, und Brom-Blutan mit 0,1% Brom (beide alkoholfrei) her. Auch hier ist die Dosierung die gleiche wie beim einfachen Blutan. Endlich sei noch das Diabetiker-(zuckerfreie) Blutan und das China-Blutan erwähnt.

3. Alcuenta (Alc[ohol] und [Ung]uenta) sind wasserlösliche, weiche, völlig gleichmäßige, bis zu 30% Alkohol enthaltende, nicht übelriechende Salben, die wegen des Alkoholgehaltes nicht ranzig werden oder schimmeln und keine Nährböden für Bakterien abgeben. Sie haben den Vorzug, daß der Alkohol die Poren der Haut für die Einreibung empfänglicher macht und sie zur Aufnahme des in ihnen befindlichen Medikamentes vorbereitet. Die Firma Helfenberg, A.-G., liefert die verschiedenen Medikamente, Salizylsäuren, Jod und Quecksilber mit Alcuentum, in fest verschlossenen Büchsen zu 100, 500 und 1000 g. Mit einem beigegebenen Maßapparat kann sich der Konsument grammweise Salbe herrichten. L. hat die Salizylsalbe verwendet: Unter fortwährendem Zutropfen von Wasser auf die einzureibende Körperstelle reibt man leicht und sicher die Substanz so lange ein, bis ein ganz leichter Fettglanz zurückbleibt, der dann sofort abgewaschen wird. Ebenso werden die beiden anderen Präparate angewendet: Alcuentum Kalii jodat. mit 10% Jodkali und Alcuentum Hydrargyri cin. mit $33^{1}/_{3}$% Quecksilber. Bei letzterer Salbe werden 41,80% Quecksilber resorbiert, bei der gewöhnlichen grauen Salbe nur 29,83%. Die Ausscheidung durch den Harn geschah 36 Stunden früher. Bei der Quecksilberkur dürfte es sich empfehlen, die überschüssige Salbe nicht abzuwaschen, da man annehmen kann, daß ein Teil des nicht verriebenen Hg immer noch inhaliert werden könnte.

4. Verf. hat das Jodneol Böer auf seine Bestandteile hin untersucht und gefunden, daß 1,55% Jodnatrium, 1,34% freies Jod und 4,92% organisch gebundenes Jod darin enthalten ist. Aus den physiologischen Versuchen geht hervor, daß das Jod in kürzester Zeit die Haut durchdringt, von den Geweben aufgenommen und verarbeitet und in kleinen Mengen durch Harn und Schweiß wieder ausgeschieden wird. Verf. hält das Jodneol für eine hervorragende Arzneiform, die es gestattet, in kürzester Zeit dem Körper größere Mengen Jod zuzuführen.

Mitteilungen aus der Praxis.

Katheterpurin.

Ein Katheterpurin genanntes Präparat, das zum Schlüpfrigmachen der Katheter dienen soll, hat nach der „Medical World" folgende Zusammensetzung:

Hydrargyr. oxycyanat. 0,2,
Glyzerin. 165,0,
Tragacanth. 2,5,
Aq. dest. sterilisat. 10,0.

(Aus Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 20.)

Eine neue Methode der Aufbewahrung von Kautschukgegenständen. Von J. Thal.

Für die Aufbewahrung von Gummisachen empfiehlt Thal Zinkblechkästen, in denen sich niedrige Glasschalen mit bestem Ammoniumkarbonat befinden. Nach seinen 15jährigen Erfahrungen neigen die Gummisachen in solchen Kästen nicht zur Oxydation. Das Ammoniumkarbonat zerfällt allmählich in Ammoniak und Kohlensäure. Nach der Gummizeitung soll der Vorschlag, Kautschukgegenstände in Ammoniakdämpfen aufzubewahren, durchaus nicht neu sein. (Aus Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 20.)

W. Krüger-Magdeburg.

Technische Neuerscheinungen.

Fingerkurette zur Entfernung von Abortresten.

Dr. Kaufmann, Dürkheim. (Aerztliche Polytechnik, Heft 4.)

Das kleine Instrument soll zur Abschabung kleinerer festhaftender Reste von der Uteruswand gewissermaßen den Fingernagel ersetzen, um die Abschabung unter Kontrolle der tastenden Fingerkuppe, unter minimalem Druck und daher ohne Perforationsgefahr und unter Beobachtung gleich strenger Asepsis wie bei Anwendung der bisher gebräuchlichen Instrumente zu ermöglichen. Es besteht aus dem einem etwas lang gewachsenen, schnabelförmig nach abwärts gebogenen Fingernagel ähnlichen, stumpfrandigen Hauptteil, der das Nagelglied des Fingers ringförmig umfaßt und den kurz geschnittenen Nagel um etwa 2 mm überragt, und aus zwei Ringen, die mit dem Hauptteil durch eine schmale, biegsame Metallschiene verbunden sind. Diese dienen zur Befestigung der Kurette am Finger, umfassen Mittel- und Grundglied zwischen den entsprechenden Gelenken und greifen an der Volarfläche des Fingers federnd übereinander, um eine allzu starke Einschnürung des Fingers zu verhüten. Um ein Abstreifen des Instrumentes vom Finger bei Herausziehen desselben aus der event. wenig durchgängigen Zervix zu verhüten, ist an dem hinteren Ringe ein schmales leinenes Band angebracht, das über die Rückenfläche der Hand verläuft, als T-Binde das Handgelenk umgreift und auf dessen Dorsalseite mit einem Druckknopf befestigt wird. Dasselbe kann vor dem Gebrauch mit dem Instrument durch Auskochen sterilisiert werden. Die Fingerkurette muß gut zum Finger passen, weshalb das Instrument nach Maß angefertigt werden muß. M. Plien, Berlin.

Ueber einen neuen Apparat zur Sputumdesinfektion.

Nach Dr. Schröder, Schöneberg. (Zeitschr. für Tuberkulose, Bd. XII, Heft 4.)

Der Apparat bezweckt die Desinfektion des Sputums mit strömendem Wasserdampf. Er besteht aus einem Kessel, der durch einen aufschraubbaren Deckel abgeschlossen wird. In dem Kessel ist ein Drahtkorb eingehängt, der kompaktere Partikel und sonstige in das Sputum hineingeratene festere Substanzen zurückhalten soll, damit diese nicht das unter dem Kessel befindliche Ablaufventil verstopfen können. In der Nähe des Bodens des Kessels befindet sich eine mit nach oben und unten gerichteten Ausspritzöffnungen versehene Düse, durch die der Dampf eingelassen wird. In das Zuleitungsrohr für diesen mündet auch ein Wasserleitungsrohr, durch das Wasser zum Nachspülen eingelassen werden kann. Zum Ableiten des Dampfes ist ein Rohr vorgesehen, das mit einem Druckventil versehen ist, so daß sich eine gewisse Spannung im Kessel erhalten läßt. Bei Gebrauch des Apparates wird der Kessel zu etwa $^3/_4$ mit Sputum gefüllt, der Deckel aufgeschraubt und Dampf eingelassen. Der nach unten ausströmende Dampf wühlt das am Boden festsitzende Sputum auf; nach etwa 20 Minuten kann die Dampfzufuhr unterbrochen und das Ablaufventil geöffnet werden. Das Ablaufrohr steht in Verbindung mit der Kanalisation, in die der ganze Inhalt des Kessels läuft. Es wird dann Wasser in den Kessel gelassen zu gründlicher Reinigung durch Spülung. M. Plien, Berlin.

Neue Hochfrequenzapparate nach Keating-Hart.

Von Ing. Dessauer. (Aerztl. Polytechnik, Heft 4.)

Zur Erzeugung der Hochfrequenzströme, die zur Ausübung der neuartigen, von Keating-Hart inaugurierten Bestrahlung (Fulgurisation) erforderlich sind, kann man entweder ein gutes Funkeninduktorium mit zwischengeschaltetem Unterbrecher an ein Gleichstromnetz anschließen oder, was wirksamer und einfacher ist, einen Wechselstromtransformator direkt an eine Wechselstromquelle legen. Bei vorhandenem Funkeninduktor und Hochfrequenzapparat kann der Umbau für die neue Methode ohne nennenswerte Kosten bewerkstelligt werden. Nach Angabe des Verfassers stellen die Veifawerke Aschaffenburg einen Apparat her, bei dem die ganze Hochfrequenzeinrichtung in einem einzigen fahrbaren Tisch vereinigt ist. Transformator, Kapazität, Selbstinduktion, Funkenstrecke, Resonator und der Gesamtschaltungsmechanismus sind etagenweise in einen fahrbaren Tisch montiert, daß nur ein an dem Apparat befestigter Steckkontakt mit einer vorhandenen Stromquelle verbunden werden muß, um die ganze Hochfrequenzeinrichtung betriebsfähig zu haben. Die räumliche Ausdehnung der ganzen Anordnung ist auf ein Minimum beschränkt, der Apparat kann an jeden beliebigen Platz gefahren werden, größte Uebersichtlichkeit erleichtert die Bedienung. M. Plien, Berlin.

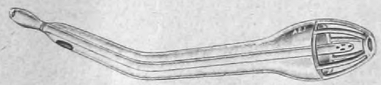
Taschensputumflasche

nach Dr. B. A. Knopf, New York.

Eine Taschensputumflasche muß als erste Eigenschaft eine unauffällige handliche Gestalt und Form haben, damit sie weder dem Kranken noch dessen Umgebung als ekelerregender und unappetitlicher Gegenstand erscheint und dadurch ihren Gebrauch lästig und unangenehm macht. Von einer guten Sputumflasche verlangt man ferner noch, daß sie sicher schließend, unzerbrechlich, auskochbar, leicht in allen Teilen zugängig ist, ohne tote Winkel und Ecken zu haben, damit man eine gründliche Reinigung sicher vornehmen kann. Allen diesen genannten Anforderungen entspricht die Taschensputumflasche von Knopf, welche in zwei Formen in den Handel kommt, nämlich als hohe und niedrige Flasche. Der Deckel schließt vollkommen dicht ab und öffnet sich leicht durch Federdruck von selbst. Das Sputum kann nicht in den Deckel gelangen und an demselben haften, was durch einen herausnehmbaren Metalltrichter erreicht wird. Die Metallteile sind gut vernickelt, und die Flasche kann in toto durch Kochen in zweiprozentigem Sodawasser während 20 Minuten sterilisiert werden. Will man die Flasche nicht auskochen, so kann man die in ihr enthaltenen Bakterien dadurch vernichten, daß man einen Löffel voll Holzessig in die Flasche gießt und den Holzessig in derselben beläßt, wenn sie in Gebrauch ist. Dann wird das Sputum selbst noch durch den Holzessig desinfiziert. Diese Flaschen sind durch „Aesculap“ zu beziehen. M. Plien.

Ein verbessertes Ansatzstück an den Irrigator zur Scheidenspülung

ist von Dr. Scheunemann-Magdeburg-Neustadt empfohlen worden. Dasselbe besteht aus einem Hohlmantel, der mit einer Abflußöffnung versehen ist und an seinem vorderen Ende konisch ausgeht, worauf er in sechs Spangen ausläuft, welche sich zu einem offenen Ringe vereinigen. In dem Hohlmantel ist das Ausflußrohr angebracht, welches in gleich großem Kaliber in seinem ganzen Verlaufe in dem Mantel gelegen ist, und dessen Spitze, die mit einigen Oeffnungen versehen ist, gerade dort sich findet, wo die sechs Spangen des Hohlmantels zu dem Ringe sich vereinigen. Dadurch wird der Austritt der Flüssigkeit aus dem Rohre erleichtert, weil der Ring mit den Spangen das Anlegen der Scheidenschleimhaut an das Rohr verhindert. Durch den Hohlmantel wird der Rückfluß der Spülflüssigkeit aus der Scheide ermöglicht, denn der Mantel besitzt dort, wo das Zuführungsrohr in denselben übergeht, ein Loch, durch welches die Flüssigkeit aus dem Hohlmantel herausfließt. Der ganze Apparat hat eine leichte Biegung, wie man sie bei den sogen. Mutterrohren auch oft findet und welche ungefähr dem Scheideneingang in der Richtung entspricht. Dieser Ansatz ist entschieden sehr zu empfehlen, denn er ermöglicht erst der Spülflüssigkeit, richtig in die Scheide zu gelangen, und da der ganze Apparat ziemlich dick ist, so führen ihn die Frauen auch leichter tief genug in die Vagina ein, weil sie keine Sorge zu hegen brauchen, Nebenverletzungen zu setzen. Dadurch, daß die Schleimhaut der Scheide durch den dicken Hohlmantel entfaltet wird, wird erst dem Spülwasser Gelegenheit gegeben, in Ecken und Buchten, Winkel und Falten der Schleimhaut vorzudringen und aus denselben Schleim und Eiter, Bakterien oder Blutkoagula und dergl. mehr, was aus der Vagina durch die Spülung entfernt werden soll, hervorzuspülen und durch den rückläufigen Strom nach außen zu befördern. Die Oeffnungen in dem inneren Rohre sind so angebracht, daß der Strahl der Flüssigkeit direkt senkrecht zur Richtung des Rohres heraustritt, und da ihr Kaliber ziemlich klein ist, so wird der Strahl dünn und tritt infolge des vermehrten Druckes im Rohre mit starker Gewalt hervor. Man kann dies leicht beobachten, wenn man durch das Ansatzstück Wasser fließen läßt. Das Ansatzstück wird aus sehr widerstandsfähigem Hartglas oder Hartgummi gefertigt, ebenso aus Metall. Die Exemplare aus Metall sind natürlich am haltbarsten, aber sie sind nicht so leicht zu reinigen, weil man nicht den im Inneren angesetzten Schmutz sehen kann, wie es bei den gläsernen Rohren der Fall ist. Auch die Glasansatzstücke sind ziemlich haltbar. Dieses sehr praktische und äußerst wirksame Instrument, das entschieden das beste Ansatzstück darstellt, das wir besitzen, wird von der Firma L. Hartmann & Sohn, Magdeburg, in den Handel gebracht und ist in allen Instrumentenhandlungen zu haben. W. B. Müller, Berlin.



„Stangerotherm“, ein neuer Wärmestromheilapparat.

Dr. Paull, Karlsruhe. (Münch. med. W., Nr. 19.)

Der von dem Elektrotechniker Stanger in Ulm konstruierte Apparat ist ein auf elektrischem Wege heizbares Kataplasma. Er besteht aus einem schmiegsamen Gewebe, in dem biegsame elektrische Leitungsdrähte von besonderer

Legierung so verteilt sind, daß durch sie nach Herstellung der Verbindung mit irgendeiner elektrischen Lichtleitung das ganze Kataplasma in einigen Minuten gleichmäßig erwärmt wird. Die dadurch erzeugte und dem Körper mitzuteilende Wärme ist durch einen zwischen Kataplasma und Elektrizitätsleitung eingeschalteten regulierbaren Widerstand genau dosierbar, wodurch jeder gewünschte Wärmeeffekt bis zur ausgiebigsten Schweißproduktion erzielt werden kann. Die dem Körper anzulegende Seite des Kataplasmas ist mit einem hitzebeständigen, abwaschbaren, wasserundurchlässigen Stoffe überzogen, womit genügende Sauberhaltung gewährleistet ist. Man kann den Stangerotherm entweder direkt dem Körper auflegen oder ein trockenes respektive feuchtes Leintuch dazwischen einschieben. Die Dosierbarkeit der Wärme erlaubt, den Patienten beliebig lange unter der vom Arzt angeordneten Wärme zu halten. Der Apparat wird in verschiedenen Formen und Größen hergestellt, entsprechend den Körperbezirken, welchen er dienen soll, für den ganzen Körper, den Stamm, die Extremitäten, ferner für Hals, Lungenspitzen, Magen, Hüften, Füße. Mit dem Gebrauch als Kataplasma und Schwitzapparat ist aber die Verwendbarkeit des Stangerotherm nicht erschöpft; das Problem der Erwärmung des Operationstisches scheint durch denselben eine befriedigende Lösung zu finden; es ist nicht nur möglich, die Unterlage des Patienten stets gleichmäßig warm zu halten, sondern auch die von der Operation freibleibenden Körperteile ohne Gefährdung der Asepsis mit Leichtigkeit einer gleichmäßigen dauernden Wärme zu unterstellen. Weiter kann der Apparat zur Erwärmung von Betten, Liegestühlen etc. gebraucht werden; und in der geburtshilflichen Praxis dürfte er für die Warmhaltung lebensschwacher Kinder wohl manchmal einen Brutschrank ersetzen können. Für die letzteren Indikationen dienen natürlich besondere, den zu erreichenden Zwecken angepaßte Formen. Der Stromverbrauch ist mäßig; bei vollständig eingepacktem Körper etwa ein Zwanzigstel des Verbrauchs eines elektrischen Lichtbades. M. Plien.

Polypenschnürer mit doppelter Durchbohrung im Schieber.

Nach Dr. Choronshitzky. (Aerztl. Polytechnik. Heft 4.)

Bei kurzen, an einem sogen. Schlingenführer angebrachten Schlingen besteht immer die Gefahr, daß die Schlinge sich löst und in der Nase liegen bleibt, von wo ihre Entfernung dann große Schwierigkeiten verursachen kann. Lange, durchgehende Schlingen beugen dieser Gefahr vor; beim Choronshitzkyschen Polypenschnürer ist, um eine sichere Befestigung des Drahtes zu erzielen, der Schieber mit zwei Bohrungen versehen. Das Drahtstück wird in der Mitte leicht gebogen, die Enden zusammengenommen und in die vom Griff abgekehrte Rohröffnung eingeführt. Haben die Enden das Rohr passiert, so werden sie zunächst durch die eine weitere Bohrung des Schiebers geleitet, dann scharf umgebogen und zurück durch die engere Bohrung geführt, in der sie durch eine Stellschraube festgeklemmt werden. M. Plien.

Bücherbesprechungen.

Homosexualität und Strafgesetz. Von L. Löwenfeld. Nach einem in der kriminalistischen Sektion des akademisch-juristischen Vereins zu München am 17. Dezember 1907 gehaltenen Vortrage. Wiesbaden 1908. Verlag von J. F. Bergmann.

Nach einer kurzen Einleitung über die geschichtliche Entwicklung der wissenschaftlichen Literatur des Themas Homosexualität unterscheidet Verf. folgende drei Stufen:

1. Den Zustand psychosexualen Zwittertums (Hermaphrodisie).
2. Den Zustand der exklusiven Homosexualität.
3. Die Effeminatio.

Diese letztere gleichsam als eine verstärkte Form der exklusiven Homosexualität anzusprechen, ist nicht angängig, da sie ebenfalls schon bei psychosexueller Hermaphrodisie vorhanden ist, andererseits viele Formen reinster Konträrsexualität jedes effeminativen Beigeschmacks entbehren, wie überhaupt m. E. auf die Effeminatio bei Homosexuellen viel zu sehr gefahndet wird, jeder geringfügigsten Hinneigung der Psyche zum anderen Geschlecht zu großes Gewicht beigelegt wird. Doch dies beiseite.

Löwenfeld geht nun, und man darf sagen, in kurzer, aber prägnanter Weise, auf das Wesen der Homosexualität über, die Päderastie, die Arten homosexuellen Verkehrs, die Häufigkeit, die Aetiologie. Auf letztere geht Verf. (im Verhältnis zum geringen Umfang seiner Broschüre überhaupt, 33 Seiten) sehr ausführlich ein. Er beleuchtet die Theorien Krafft-Ebings, Möbius', Forels, v. Schrenk-Notzings, Blochs, Hirschfelds, Freuds, der bekanntlich (m. E. mit sehr großer Unwahrscheinlichkeit) sexuelle Frühreife zur Entstehung von Perversionen heranziehen will. Abgesehen davon, daß dieselbe doch ziemlich häufig ist, müßten wir hier im späteren Leben ein großes Sammelsurium von homo- und heterosexuellen Perversionen bei sehr vielen Personen beobachten, es müßte das jetzige Verhältnis der Häufigkeit von Heterosexualität zur Homosexualität ein weit verschobeneres sein, als es re vera ist, Perversionen der verschiedensten Art bei Einzelindividuen sich gleichzeitig zeigen etc. Nun kommt Löwenfeld zu seinen eigenen Deduktionen. Er meint, daß der (echten dauernden) Homosexualität eine angeborene Anlage zugrunde liegt, daß jedoch mit dieser Anlage allein die organische Triebrichtung noch nicht fixiert ist, daß hierzu Einwirkungen des extrauterinen Lebens erforderlich sind bei anzunehmender eigentümlicher Organisation des Gehirns („gewisse sexuelle Konstitution, sexuelle Frühreife und gesteigerte Fixierbarkeit der Erinnerungen infantiler Sexualerlebnisse").

Kurz, Verfasser vermag nicht, nur irgend etwas Positives zur Erklärung des Wesens der Homosexualität durch okkasionelle Gelegenheitsfakten des postembryonalen Lebens beizutragen, ebenso wenig wie irgendein anderer Forscher. Er bietet Schlagworte, wie „Eigentümlichkeiten der nervösen Organisation" etc., die in Wirklichkeit, wie alle diese Erklärungsversuche, durch okkasionelle Momente nur recht, recht schwache Hypothesen sind, während er z. B. den geistreichsten und m. E. besten Erklärungsversuch des Angeborenseins der Homosexualität von Halban (Archiv für Gynäkologie, 1904, 70. Band, Heft II, auf die ich in meinem Werke, Band II, Seite 354 ff., näher eingegangen) scheinbar gar nicht kennt.

Was die physiopathologische Seite der Homosexualität anbetrifft, so steht Löwenfeld ebenfalls, wie die besten Kenner der Sache (Hirschfeld, Krafft-Ebing, Merzbach, Bloch, Näcke, Ellis, v. Römer, Kind, Michaelis u. a.), auf dem richtigen Standpunkt, daß die konträre Sexualempfindung an und für sich keine Erkrankung ist, sondern „eine Anomalie darstellt, die . . . . . in der Mehrzahl der Fälle eine isoliert bestehende psychische Abweichung von der Norm bildet, die nicht als krankhafter oder degenerativer Natur betrachtet werden kann und den Wert des Individuums als Glied der bürgerlichen Gesellschaft nicht herabzusetzen geeignet ist".

Ebenso hat Verf. über die Beziehungen zwischen Homosexualität und Strafgesetzbuch sehr richtige, mit den Anschauungen obiger Autoren sich völlig deckende Ansichten. Aus vier Gründen stimmt er für Abschaffung des § 175. In einem Schlußworte weist er noch darauf hin, daß ein Homosexueller an und für sich durchaus nicht minderwertiger sei als ein Heterosexueller.

Die kleine Schrift Löwenfelds entwirft in kurzen, klaren Zügen ein Bild von dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Standpunkte der Homosexualitätsfrage und gibt — abgesehen von nebensächlichen Ansichten über Aetiologie, die nach Referents Ansichten anfechtbar sind — sehr richtige, aus der Praxis geschöpfte und deswegen wertvolle, nicht theoretisch am grünen

Tisch erkünstelte Anschauungen. Die Lektüre kann allen Aerzten zur Klärung dringend empfohlen werden. Rohleder-Leipzig.

Apotheker-Kalender 1908. Im Verlag Schallehn & Wollbrück, Magdeburg, erschien in diesem Jahre, zum zweiten Male seit seiner Begründung, der der jüngeren Generation des Apothekerstandes, speziell dem Verbande „Konditionierender Apotheker“ gewidmete Apotheker-Kalender 1908.

War in der ersten Ausgabe sein Inhalt auch noch etwas kärglich, so ist er diesmal wesentlich bereichert worden und ihm besonders für die praktische Tätigkeit des Apothekers geeignete wertvolle Hilfsmittel eingefügt.

Neben den Rechtsverhältnissen der Angestellten, dem Rechtsschutz, bringt der Kalender sonst schwer auffindbare Vorschriften für die so wichtigen Reagentien und Farblösungen, während der letzte Teil in dem, wenn wir nicht irren, über 4000 Mitglieder enthaltenden Verzeichnis ein willkommenes Adreßbuch aufweist. Zum Schluß sei noch das Ortsverzeichnis nebst Zahl der Einwohner und der vorhandenen Apotheken erwähnt.

Der Apotheker-Kalender ist zum Preise von 2 M. im Buchhandel erhältlich. Apotheker C. Kiesow-Berlin.

Grundzüge einer sexuellen Pädagogik in der häuslichen Erziehung. Von Dr. med. J. Markuse. München 1908. Gmelin. 45 S. Preis 0,75 M.

Zwei Momente sind es, die den Drang nach Aufklärung auch auf dem Gebiete des menschlichen Geschlechtslebens mit nahezu elementarer Gewalt gezeitigt und uns zum Handeln gedrängt haben: Einmal der mit der enorm gesteigerten naturwissenschaftlichen Erkenntnis erwachsene unaufhaltsame Drang nach Wissen und Wahrheit, dann die sozialen, im Schoße der Gesellschaft immer unheimlicher wuchernden Vergiftungserscheinungen mit ihren unsagbar traurigen Folgen für Individuum und Generation. (Zunahme der Onanie, der Prostitution, der Geschlechtskrankheiten.)

Diejenigen, die ihre Verpflichtung, hier zu lehren und zu wehren, erkannt haben, sehen sich aber noch mancherlei Unsicherheit, vielem Bedenken und Zagen gegenüber, während auf diesem Gebiet doch nur Klarheit und Unbefangenheit zu richtiger Unterweisung und Erziehung führen können. Verf. will deshalb zunächst die Eltern belehren „über die natürlichen Vorgänge auf Erden, über die im Pflanzen- und Tierreich sich abspielenden gleichgearteten und das Verständnis für die menschliche Fortpflanzung anbahnenden Prozesse, um ihnen dann Anleitung zu geben, wie sie hiervon ausgehend die Heranwachsenden unterweisen können, immer in Anknüpfung an Erlebnisse und Beobachtungen, an Gespräche und Begebenheiten“. Bei der Alternative zwischen Vergiftung der Kinderseele durch unberufene unheilvolle Berater und Schutz derselben durch eine wenn auch nicht leichte Aufklärungsarbeit kann die Wahl nicht schwer fallen.

Im einzelnen handelt es sich zunächst bei jüngeren Kindern nicht um Aufklärung über den Verkehr der Geschlechter, sondern nur um eine, ihrem Auffassungsvermögen entsprechende Beantwortung ihrer Hauptfrage: „Woher kommen die Kinder?“ Hier die richtige Antwort zu geben, ohne den Storch oder andere falsche Vorstellungen zu bringen, an deren Stelle dann von „aufgeklärten“ Kameraden die nackte rohe Wirklichkeit gesetzt wird, ist nicht schwer, wenn man schrittweise Erkenntnis mit der dem Kinde so nötigen phantasiereichen Darstellung verbindet: Wie das Samenkorn in der Erde, so schlummert der Menschenkeim im Schoße der Mutter. Der Nestbau der Vögel, die Fortpflanzung der Haustiere und ähnliches geben entsprechende Hinweise. Der Gedanke, daß es selbst ein Stück der Mutter war, ist dem Kinde wohltuend und seinem Verständnis naheliegend. Später, wenn das geschlechtliche Geschehen in den Bereich der Aufklärung gezogen werden muß, ist zunächst wieder eine Anknüpfung gegeben in der Fortpflanzung der blütentragenden Pflanzen durch die Keimzellen, von wo man zu den höheren Lebewesen übergeht. Ohne zu verkennen, daß da mancherlei Schwierigkeiten zu überwinden sind, bespricht Verf. eingehend, wie man dem Kinde, von Stufe zu Stufe fortschreitend, zwar stets Wahrheit, aber nur ganz allmählich und vorsichtig im entsprechenden Alter (beim Eintritt ins Leben) die ganze Wahrheit sagen soll.

Aber die sexuelle Erziehung erschöpft sich keineswegs in Belehrung und Wissensbereicherung, sie muß vielmehr mit einer Erziehung des Gemüts und einer Schulung des Willens Hand in Hand gehen, sowohl der Behütung des Schamempfindens gerecht werden als auch dem Kinde eine wirksame Waffe gegen frühreife ungesunde Triebe in die Hand geben.

Dies erreichen die Eltern vor allem durch gutes Vorbild, durch Vermeiden „pikanter“ Gespräche und Lektüre, Sorge für Regelmäßigkeit in der Lebensweise, Abhärtung, Selbstbeherrschung bei unangenehmen Eindrücken und Gemütsbewegungen, weiterhin durch Erziehung zur Arbeit als Lebensinhalt, als Faktor sittlicher Kraft und Erweckerin des Pflichtgefühls. Sie kann auch zunächst in Form von Spiel und Sport (Volks- und Jugendspielen), von Handfertigkeits- und geistigen Arbeiten herangezogen werden. Sehr wichtig ist endlich rationelle, mäßige Ernährung, Einschränkung der Fleischkost und der Leckereien und vor allem Vermeidung des Alkohols. Esch.

Psychiatrie für Aerzte und Studierende. Von Th. Ziehen. 3. Auflage. Leipzig 1908. Hirzel. 801 S.

Seit 1894 erscheint das Handbuch nun zum dritten Male in wesentlich erweiterter Form, über 300 Seiten stärker wie seinerzeit die erste Auflage. Doch ist, wie ein Vergleich der Inhaltsverzeichnisse beider Auflagen ergibt, die Disposition des Stoffes im wesentlichen unverändert geblieben. — Ziehen vertritt in vielen Hinsichten seinen eigenen Standpunkt und bringt Anschauungen, denen ja nicht alle Fachgenossen unbedingt zustimmen werden. Nach wie vor lehnt er die Katatonie als eine häufig vorkommende Krankheitsform sui generis ab, macht auch der Aufstellung des Begriffes eines manisch-depressiven Irreseins keine Konzessionen (worin ihm Referent beistimmt, denn allmählich wird die Neigung, alle möglichen Formen psychischer Störung unter diese Benennung zu bringen, zur förmlichen Marotte), rechnet auch nach wie vor gewisse mit Wahnbildung einhergehende und in Genesung auslaufende Psychosen zur Paranoia, wiewohl die große Mehrheit der Fachgenossen sich doch nachgerade dahin geeinigt hat, mit diesem Namen ausschließlich chronische Zustände zu belegen, und wiewohl es wünschenswert wäre, daß in der Terminologie so starke Differenzen der Benennung vermieden würden. Sie führen unstreitig den Lernenden, für den doch die Lehrbücher der Psychiatrie geschrieben sind, irre, dem es auch zu wünschen wäre, daß auch die psychiatrische Nomenklatur möglichst vereinfacht würde, anstatt daß jeder Autor seine eigenen Bezeichnungen prägt und verwendet (phrenoleptische Vorstellungen, Eknoia etc.). In dieser Hinsicht besteht ja leider bei vielen die entgegengesetzte Tendenz, wobei nur an die famose „Schizophrenie“ des letzten Psychiatertages erinnert sei.

Die allgemeine Psychopathologie umfaßt jetzt ca. 330 Seiten (gegen 270 der ersten Auflage). Erweitert ist, entsprechend den Fortschritten der Methodik, das Kapitel über allgemeine Diagnostik und Untersuchungslehre. Bei der Behandlung der allgemeinen Aetiologie ist den kalorischen Schädlichkeiten die Aufmerksamkeit zugewendet, die Bedeutung der physiologischen Ausnahmezustände des Weibes ist intensiver betont, die ursächlichen Beziehungen körperlicher Krankheiten sind spezialisierender betrachtet. Das Kapitel über Imitation und psychische Infektion ist erweitert. Fast wörtlich gleich lautet das Kapitel über die allgemeine Prognostik in der ersten und der dritten Auflage. Darin liegt die stillschweigende Anerkennung der Tatsache, daß wir hinsichtlich der Fähigkeit, den Ausgang einer Geistesstörung vorherzusehen, nach wie vor uns Reserve auferlegen müssen und im Laufe der letzten Dezennien in der Prognostik leider keine erheblichen Fortschritte gemacht haben.

Zur speziellen Psychopathologie leiten kürzere Abschnitte über Untersuchungstechnik und allgemeine Therapie hinüber. — Ziehens Einteilung der Psychosen ganz zu geben, das Pro und Kontra bezüglich der für ihn dabei maßgebenden Gesichtspunkte abzuwägen, reicht hier der Raum nicht. Erstere ist mit den Jahren recht kompliziert geworden, und ich frage mich, ob eine so minutiöse ätiologische Differenzierung der Dämmerzustände beispielsweise überhaupt möglich ist. Sollte nicht mancher „Migränedämmerzustand, Affektdämmerzustand, angiospastischer Dämmerzustand“ in letzter Linie doch epileptische Basis besitzen?

Die Notwendigkeit, ein breites Kapitel der Darstellung der psychologischen Eigenart und des Verhaltens der Psychopathen zu widmen, hat sich, wenn wir die neueren Lehrbücher der Psychiatrie betrachten, jedem Autor stets erheblicher aufgedrängt. Z. ist ihr gerecht geworden durch die Kapitel über neurasthenische, hysterische, epileptische, erblich-degenerative, traumatische, toxisch-psychopathische Konstitutionen. — Ein Einblick in diese Kapitel wird ebenso wie ein Durchgehen der Darstellung der Defektpsychosen auch dem langjährig im Fache tätigen Arzte zahlreiche neue Gesichtspunkte erschließen.

Ziehens Schreibweise ist stets knapp, präzis und ungemein verständlich. Gleiches gilt für seine Definitionen. Die Berücksichtigung der Fachliteratur kann wohl kaum eine gründlichere sein und zeugt von einer erstaunlichen Belesenheit des Autors. Und so ist dem Werke zu wünschen, daß es den Weg in die Bibliothek vieler Mediziner finden und ihnen das Verständnis für das Wesen psychischer Störungen eröffnen und mehren möge.

Dannemann-Gießen.

ALLGEMEINES.

Berichtigung.

Daß in Nr. 38 die „Kleinen Mitteilungen" im redaktionellen Teil abgedruckt worden, beruht auf einem Versehen der Druckerei.

IV. Internationaler Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia. Erzherzog Rainer hat das Protektorat über den IV. Internationalen Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia übernommen; an der Spitze des Ehrenkomitees steht der Statthalter von Triest Prinz Konrad Hohenlohe-Schillingsfürst. Das Ehrenpräsidium bilden bekanntlich Exzellenz Professor von Leyden und Geheimrat Kirchner in Berlin, Sir Hermann Weber-London, Professor Albert Robin-Paris, Minist.-Rat Dr. Daimer und Hofrat Winternitz in Wien.

Die österr. Regierung bringt dem Kongresse großes Interesse und jegliche Förderung entgegen; sicherem Vernehmen nach werden der Minister des Innern, der Unterrichtsminister und der Minister für öffentliche Arbeiten den Kongreß unter ihren besonderen Schutz nehmen.

Auch die Anmeldung von Referaten über die ausgewählten Fragen und die zahlreichen Vorträge legen Zeugnis ab, welche Bedeutung dem Kongreß überall beigelegt wird. Als Referenten sind bis jetzt eingetragen: Dr. Bardier, Prof. Glax, Dr. Gmelin, Dr. Haeberlin, San.-Rat Dr. Hennig, Dr. Lavergne und Dr. Sadoveanu.

In Verbindung mit dem Kongreß wird eine Ausstellung von medizinischen Instrumenten und Präparaten veranstaltet und ferner eine Ausstellung alter und moderner Erzeugnisse istrischen und dalmatinischen Kunstgewerbes. Eine Rundfahrt durch den Quarnero soll den Mitgliedern des Kongresses die landschaftlichen Schönheiten der Gegend vor Augen führen; zu diesem Zwecke stellt der österreichische Lloyd gratis einen Dampfer zur Verfügung. Geplant ist auch ein Ausflug längs der dalmatinischen Küste, der event. bis Korfu ausgedehnt wird.

Nicht durch die Tagesblätter, sondern allein auf Grund seiner effektiven Vorzüge bei der Behandlung von Skrofulose und Rachitis soll das Nährfett Fucol sich seine Stellung im Arzneischatze erringen. Diesen Weg der Einführung wird jeder Praktiker billigen. Man verordne Orig.-Flaschen 1/2 Liter à M. 2,—. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.
Druck der Heynemannschen Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

PURO wird stets nur aus erstklassigem Rohmaterial hergestellt.
◇◇
Tausende von Klinikern und prakt. Aerzten haben sich über PURO anerkennend ausgesprochen.
PURO
konzentriertestes flüssiges
Fleischpräparat
Der Betrieb steht unter Kontrolle des chemischen Laboratoriums von Dr. Bender u. Dr. Hobein durch die staatlich anerkannten Nahrungsmittelchemiker Dr. Hobein u. Dr. Hoppe in München.

Fernruf 1179
Leistungsfähiges
Institut
für bessere, künstlerische Orthopädie.
Durchweg Neuheiten begutachtet von Geheimrat Professor Dr. Alb. Hoffa Berlin.
Auslands-Patent und D. R. G. M.
Reparaturen v. chirurg Instrumenten u. sonstigen Apparaten prompt.
Arn. Festerling,
Bielefeld
Victoriastr 6.

Dr. Bernard's Kuranstalten
Godeshöhe
bei Bad Godesberg am Rhein.
Kuranstalten für Nerven- und Gemüts-Leidende beiderlei Geschlechts. Neu erbaut, in landschaftlich schönster Lage. Der Neuzeit entsprechend eingerichtet. 2 Aerzte.

Echter
bulg. Milchpudding
nicht trinkbar, Topf für 1—2 Tage Mk. 0,75.
Trinkfertige
Yoghurt-Milch
per Flasche Mk. 0,50, u.
Yoghurt-Sahnenkäse
à Dose Mk. —,50
in Berlin frei Haus.
Maya Mühlradt
zur Bereitung des echten bulgarischen
Yoghurt
für viele Portionen M. 3,—.
Bequemster Ersatz:
Yoghurt - Tabletten Mühlradt
(konzentrierter Yoghurt)
3 mal täglich 1 Tablette
Schachtel Mk. 3,—.
Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.
Yoghurt - Laboratorium
Berlin - Wilmersdorf
Weimarischestr. 12 p.

Spinnerei, Weberei und Strickerei
Zur Lust bei Hameln.
Wollene Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Berlin, 4. Oktober 1908. **Nr. 40.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
G. Edlefsen, Hamburg: Erfahrungen über die Anwendung des Kamphers und Oxykamphers 581
E. Rohlff, Potsdam: Schmerzloses Zahnziehen mittels lokaler Betäubung in der allgemeinen Praxis 587
Referate:
C. Bachem, Bonn: Pharmakologie 590
H. E. Schmidt, Berlin: Radiotherapie 591
G. Abelsdorff, Berlin: Augenheilkunde 591
Ernst Meyer, Charlottenburg: Lungenkrankheiten 592
M Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten 592
M. Peltzer, Steglitz: Militärmedizin 593
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 593
Technische Neuerscheinungen:
Kindler, Düsseldorf: Eine regulierbare Inhalationspfeife . 594
Wohlfahrt, Görbersdorf: Saug- und Inhalationsapparate . 594
Bücherbesprechungen:
E. Wulffen, Dresden: Psychologie des Verbrechers (Referent H. Hoffmann, Berlin) 595
Allgemeines 596

ORIGINALIEN.

Ueber die Anwendung des Kamphers und Oxykamphers.

Erfahrungen eines alten Praktikers.

Von Prof. Dr. **G. Edlefsen,** Hamburg.

Von dem Kampher mache ich in meiner Praxis schon lange sehr ausgiebigen Gebrauch und, wenn das geschieht, so wird man daraus schon schließen können, daß ich auch sehr gute Erfolge damit erziele. Wenn ich dagegen in der konsultativen Praxis immer wieder aufs neue die Erfahrung mache, daß es in Fällen, in denen mir die Indikation für seine Anwendung fast selbstverständlich und die Aussicht auf einen günstigen Einfluß des Mittels fast sicher zu sein scheint, den Kollegen oft gar nicht einmal in den Sinn gekommen ist, daß sie mit dem Kampher in passender Form weit mehr müßten erreichen können, als mit ihrer bisherigen, noch so wohl überlegten Behandlungsweise, so ist es mir, wie ich wohl sagen kann, oft bedauerlich erschienen, daß, wo dann auf meinen Rat die Verordnung von Kampher allein oder in Verbindung mit anderen Arzneimittel beschlossen wurde, den Kranken die damit gewährte Wohltat nicht früher zuteil geworden war, und daß wohl manchmal mir der Hauptanteil an dem Danke zufiel, den der Kollege so leicht sich selbst hätte erwerben können. Ich habe deshalb schon öfter mich mit dem Gedanken beschäftigt, den ich jetzt in die Tat umzusetzen mich anschicke, einmal — wie ich hoffe, zum Nutzen der Herren Kollegen und zum Wohle der leidenden Mitmenschen — einiges aus meinen in einer vieljährigen Praxis gesammelten Erfahrungen über die Wirksamkeit des Kamphers mitzuteilen und die daraus gezogenen Lehren auch anderen nutzbar zu machen. Und ähnlich wie mit dem Kampher steht es auch mit dem Oxykampher. Ich selbst habe ihn in den letzten Jahren ziemlich häufig verordnet und mehrfach auch Kollgen zu seiner Anwendung veranlaßt, dann aber fast jedesmal gefunden, daß diese ihn entweder kaum dem Namen nach kannten oder doch mit der Art seiner Verordnung durchaus nicht vertraut waren. Auch über meine dieses Mittel betreffenden Beobachtungen in aller Kürze etwas zu berichten, meine ich deshalb in dem Gefühle, damit wenigstens einigen Aerzten vielleicht etwas nützen zu können, fast verpflichtet zu sein. Und durchaus passend schließt sich diese Mitteilung an die auf den Kampher bezügliche an, weil die Wirkung der beiden Mittel, die ich denn auch in manchem Falle zeitweilig nebeneinander gegeben habe, sich oft in gewissem Sinne ergänzt. Jeder Arzt aber, der bisher noch schwankend, nur erst Vertrauen zu dem Mittel gefaßt hat und sich, wo die Indikation dafür vorliegt, zu Versuchen mit der Anwendung des Oxykamphers entschließt, wird sehr bald zu der Ueberzeugung gelangen und es dankbar anerkennen, daß wir in diesem ein wertvolles Heilmittel besitzen, das es uns ermöglicht, in einer Anzahl von Fällen den Kranken die Erleichterung zu verschaffen, die wir vorher uns vergebens bemühten durch andere Behandlungsmethoden herbeizuführen.

Was ich hier — ich darf wohl sagen aus der Praxis für die Praxis — zu bringen gedenke, ist also nur eine Wiedergabe der Eindrücke, die ich bei der Beobachtung der Einwirkung der beiden Mittel auf verschiedenartige Krankheitszustände erhalten, und der Regeln für die Behandlung, die ich daraus abgeleitet habe. Ich glaube, dabei, obgleich ich alles vermeiden möchte, was der Befürwortung eines schablonenmäßigen Vorgehens in der Krankenbehandlung auch nur ähnlich sehen könnte, auch die Anführung einiger Rezeptformeln nicht unterlassen zu dürfen, die ich, gewissen sich in verschiedenen Fällen immer wieder ähnlich gestaltenden Kombinationen von Krankheitserscheinungen angepaßt, zusammengestellt und immer wieder bewährt und für die meisten gleichartigen Fälle gleich geeignet gefunden habe. An die Benutzung solcher Formeln wird sich niemand gebunden halten; aber manchem werden sie, wo es sich um eine ihm noch nicht geläufige Behandlungsweise handelt, wenigstens anfangs einen ganz willkommenen Anhalt bieten, und dem, der meine Angaben einer Prüfung zu unterziehen wünscht, verschafft ihre Mitteilung jedenfalls die Möglichkeit, seine Beobachtungen unter genau denselben Bedingungen anzustellen, die den meinigen zugrunde lagen.

Eine ausführliche Besprechung aller die Wirkungsweise der beiden Mittel betreffenden Fragen, vor allem ein näheres Eingehen auf die Erörterungen über die physiologischen Wirkungen des Kamphers und die Versuche, die auf experimentelle Untersuchungen begründeten Anschauungen mit dem in Einklang zu bringen, was wir bei seiner Anwendung als Heilmittel beobachten und demgemäß bei der Indikationsstellung als maßgebend gelten lassen, liegt völlig außer meiner Absicht. Das würde meines Erachtens schon mit dem Charakter dieser Zeitschrift nicht recht verträglich sein und überdies eine Berücksichtigung der Literatur verlangen, wie sie hier wegen der gebotenen engeren Begrenzung des dem Einzelnen zu gewährenden Raumes weder zulässig noch durchführbar sein würde. So mag es erklärt und entschuldigt werden, wenn ich in diesem Aufsatze jeden Hinweis auf fremde Arbeiten vermissen lasse.

Zweimal schon habe ich zu der Frage des Wirkungs- und Anwendungsbereiches des Kamphers das Wort genommen. Zuerst im Jahre 1888 auf dem VII. Kongreß für innere Medizin bei Gelegenheit der Diskussion über die chronischen Herzmuskelerkrankungen und ihre Behandlung und sodann in einem 1901 unter dem Titel „Die Euthanasie und die Pravazsche Spritze“ in der „Deutschen Aerzte-Zeitung“ (S. 49) erschienenen kleinen Aufsatz, in dem ich auf die wohltätige Wirkung einer Kampherinjektion noch in den letzten Stunden des schon erlöschenden Lebens hinwies, eine Wirkung, die sich, wie aus dem ganzen Verhalten des Kranken zu entnehmen ist, darin zu erkennen gibt, daß das Gefühl der namenlosen, niederdrückenden Schwäche und die damit verbundene körperliche Angstempfindung ebenso, wie die begleitende Atemnot vermindert wird, derart, daß unverkennbar durch diesen, das Leben und somit auch das Leiden keineswegs verlängernden Eingriff das Sterben manchmal noch mehr als durch eine Morphiuminjektion (deren gleichzeitige Anwendung damit ja übrigens nicht ausgeschlossen ist) erleichtert werden kann.

Auf die letzterwähnte Indikation hier zurückzukommen, habe ich keine Veranlassung. Dagegen möchte ich das, was ich vor 20 Jahren auf dem Kongresse gesagt habe, gerade zum Ausgangspunkte für meine heutige Besprechung wählen.

Die chronischen Herzmuskelerkrankungen oder, allgemeiner gefaßt, die uns so häufig begegnenden Fälle von chronischer Insuffizienz des Herzens, denen bekanntlich keineswegs immer eine wirkliche anatomische Erkrankung, sondern oft nur eine durch unzulängliche Versorgung mit normal beschaffenem Blute herbeigeführte vorübergehende, mit der Besserung der Blutzufuhr allmählich wieder schwindende Störung der Ernährung des Herzmuskels zugrunde liegt, diese Fälle sind es doch eben, die, abgesehen von der durch akut entstandene Herzschwäche gegebenen Indikation, am häufigsten Veranlassung geben, den Kampher für die Behandlung mit heranzuziehen. In letzter Linie ist es ja auch, so oft wir Kampher verordnen, eigentlich immer die Kräftigung des Herzmuskels, die uns als das zu erstrebende Ziel vorschwebt, ein Ziel, das wir denn ja auch, wo nicht schwerere Degenerationen des Herzfleisches vorliegen, tatsächlich häufig genug damit erreichen.

Auf welchem Wege es erreicht wird, ob durch eine direkte Einwirkung des Kamphers auf die Muskelfasern des Herzens oder durch allmähliche Wiederherstellung der für die normale Füllung der Koronararterien und somit auch für die Ernährung des Herzmuskels unerläßlichen Gleich- und Regelmäßigkeit der Herzaktion vermittelst einer in diesem Sinne wirkenden Beeinflussung der Herz- und Gefäßnerven, das ist eine schwer zu beantwortende Frage und, um die mir nach eigenem Ermessen gesteckten Grenzen nicht zu überschreiten, begnüge ich mich damit, hier einige der in Betracht zu ziehenden Möglichkeiten nur angedeutet zu haben.

Eins läßt sich aber mit Sicherheit behaupten: Wo eben chronische und oft schon lange bestehende chronische Krankheitszustände vorliegen, da wird jenes Ziel nicht durch eine kurz dauernde Kampherbehandlung erreicht werden können, sondern es wird dazu einer lange fortgesetzten Anwendung des Mittels bedürfen. Und das ist der Punkt, in dem hauptsächlich, wie ich glaube, mein Behandlungsprinzip von dem im allgemeinen von den Aerzten befolgten abweicht. Ich darf wahrscheinlich mit gutem Rechte annehmen, daß ich häufiger als die Mehrzahl der Aerzte den Kampher bei chronischen Krankheiten zur Anwendung bringe, vor allem aber ist es der, wie ich sagen möchte, chronische Gebrauch des Kamphers, worauf ich besonderes Gewicht lege, und dafür auch die Herren Kollegen zu gewinnen, ist mein lebhafter Wunsch. Ich vermute zwar, daß mancher überrascht sein wird, wenn ich sage, daß ich den Kampher in der Dosis von dreimal täglich 0,2 g sehr häufig 3 Monate lang und selbst noch länger ohne Unterbrechung habe nehmen lassen, und daß mancher wohl sich zweifelnd die Frage vorlegen wird, ob ein derartiges Verfahren wirklich zulässig sei; aber ich kann mit der größten Bestimmtheit behaupten, daß ich auch nicht ein einziges Mal etwas von einer ungünstigen Einwirkung wahrgenommen, im Gegenteil immer nur in jeder Hinsicht befriedigende Erfolge mit dieser Behandlung erzielt habe, so daß ich nur mit voller Zuversicht, wie schon oft im unmittelbaren Verkehr mit den mich konsultierenden Aerzten, so jetzt auch an dieser Stelle empfehlen kann, mir darin zu folgen.

Ich habe freilich nur verhältnismäßig selten den Kampher ganz für sich allein angewandt, schreibe daher auch nicht ihm allein meine zahlreichen guten Heilresultate zu; daß er aber gewöhnlich vorwiegend an der unter Mithilfe der ihm beigegebenen Arzneistoffe erlangten Heilwirkung beteiligt war, dafür besitze ich Beweise in Menge.

Bei der erwähnten Gelegenheit 1) habe ich darauf hingewiesen, wie wichtig es sei, bei der Behandlung der chronischen Herzmuskelerkrankungen im allgemeinen, ganz besonders aber bei den mit Anämie und Fettsucht in Zusammenhang stehenden Formen die Anwendung von Eisen zu Hilfe nehmen, um den Kranken die Durchführung der ohne Zweifel sehr notwendigen Bewegungs- und Uebungstherapie (Terrainkuren, Gymnastik, Schwimmbäder etc.) zu erleichtern oder in manchen Fällen überhaupt nur erst zu ermöglichen, da man nie vergessen dürfe, daß die Ernährung des Herzmuskels nicht nur von der Menge, sondern auch von der Beschaffenheit des ihm zugeführten Blutes abhängig ist. Aber, wie ich damals schon weiter ausführte, mit dem Eisen allein erreicht man seinen Zweck immerhin doch nur selten oder jedenfalls nur sehr langsam, während es bei diesen Kuren doch gerade darauf ankommt, dem Kranken möglichst rasch zu der Leistungsfähigkeit zu verhelfen, die er schon besitzen muß, um seine Kur beginnen zu können, vor allem aber in möglichst kurzer Zeit den Herzmuskel

---

1) s. Verhandlungen des VII. Kongresses für innere Medizin, S. 66.

soweit zu kräftigen, daß ihm aus der ihm zugemuteten sehr bedeutenden Mehrarbeit kein Schaden erwächst. Denn — das ist wohl zu berücksichtigen: einmal kann man von sehr geschwächten Kranken (mir schweben namentlich die sehr korpulenten, dann aber auch die nicht eben übermäßig fetten, aber schwer anämischen, vielleicht auch noch mit Emphysem behafteten Personen vor, bei denen ich selbst diese Erscheinungen habe beobachten können), die schon nach dem Ersteigen einer Treppe oder einer ganz geringen Höhe völlig erschöpft, in Schweiß gebadet, keuchend und nach Atem ringend angetroffen werden, nicht die Energie verlangen, die allein schon nötig ist, um den Entschluß zu fassen und nun gar erst durchzuführen, sich dieser Qual immer von neuem auszusetzen, zweitens aber droht in solchen Fällen dem Herzen die große Gefahr, daß es infolge der übergroßen Arbeitsleistung zur Herzermüdung und zur Entstehung einer Erschöpfungsdilatation und somit statt zur Besserung zu einer Verschlechterung seines Zustandes kommt, die, wenn überhaupt, in der Regel nur sehr allmählich durch wochenlange Schonung und kräftigende Behandlung wieder ausgeglichen werden kann. Der überwachende Arzt ist daher nach meiner Meinung einfach verpflichtet, wo sich bei den ersten Versuchen derartig schwere Erschöpfungssymptome einstellen, oder wo er nach seiner Kenntnis des Patienten im voraus auf deren Eintritt gefaßt sein muß, den Beginn einer regelrechten strengen Kur nach Oertelschen Prinzipien solange hinauszuschieben, bis es ihm durch eine zweckmäßige Behandlung gelungen ist, das Herz bis zu dem Grade zu kräftigen, daß es sich den von ihm zu fordernden größeren, natürlich auch nur langsam zu steigernden Leistungen gewachsen zeigt.

Dies nun erreicht man nach meiner Erfahrung bisweilen schon in überraschend kurzer Zeit, fast sicher aber, falls überhaupt reparable Störungen der Ernährung des Herzens vorliegen, im Verlauf einiger Wochen, wenn man den Gebrauch des Kamphers in wirksamen Dosen mit dem des Eisens kombiniert. Als eine Form der Verbindung, die sich mir seit dem Tage, an dem ich sie zum ersten Male verordnete, immer in gleicher Weise bewährt hat, kann ich die Kampher-Eisenpillen in der Zusammensetzung, die ich ihnen vor nunmehr fast 25 Jahren nach Beratung mit einem Apotheker gegeben und später nur in einem Punkte von untergeordneter Bedeutung verändert habe, bezeichnen.

Die Formel, die übrigens allen Aerzten, die meine Vorlesungen gehört oder noch unter meiner Leitung in der Kieler medizinischen Poliklinik praktiziert haben, bekannt ist, findet sich in den Verhandlungen des VII. Kongresses für innere Medizin (l. c.) abgedruckt. Da aber diese nur wenigen zugänglich sind, glaube ich sie auch hier in der ein wenig (nur in bezug auf die Menge des Extr. chinae) veränderten Gestalt, in der ich sie jetzt zu schreiben pflege, mitteilen zu müssen. Sie lautet:

Rp. Ferri reducti
Camphorae tritae aā 6,0
Extr. chinae aquos. 4,0
Pulv. gummos.
Aqu. destill āā q. s.
Fiant pil. No. 90, consp. plv. Cass. Cinnamom.

D.S. Dreimal täglich nach dem Essen 3 Pillen z. n.

Die Zahl 90, die auf die Einteilung der früher gebräuchlichen Pillenmaschinen zugeschnitten war, verträgt sich freilich, ebenso wie die Normierung der Gewichtszahlen, nicht mit dem Dezimalsystem, aber ich habe an ihr festgehalten, weil sie, wenn man 3 Pillen pro dosi geben will, die Berechnung der Einzeldosen des Kamphers bequem macht. Wenn man etwa 10 g Kampher und die gleiche Menge Ferrum reductum, und dann auch 5 g Extr. chinae auf 100 Pillen verschreibt, um von diesen dreimal täglich 2 nehmen zu lassen, so wird man häufig finden, daß die Patienten sich über ihre unerlaubte, das Schlucken schwer machende Größe beklagen. Indessen bleibt es ja jedem unbenommen, die ihm zusagende Form zu wählen, wenn man es nur als Regel gelten läßt, die Einzeldosis des Kamphers auf nicht weniger als 0,2 g zu berechnen. Den Zusatz des Extractum chinae betrachte ich nicht als bedeutungslos, da ich glaube, daß dieses wohl, gleich dem Chinin in kleinen Dosen, als Tonikum auf das Herz einwirken und demnach die Wirkung des Kamphers und Eisens in erwünschter Weise ergänzen kann, eine Annahme, die mich auch eben veranlaßt hat, die Dosis gegen früher etwas zu erhöhen. Wo man jedoch auf die Kosten Rücksicht zu nehmen hat, kann man statt dessen Extr. gentianae in der gleichen Menge verschreiben. Etwas Pflanzenextrakt ist schon zur Herstellung der Pillenmasse erforderlich.

Von diesen Pillen kann ich ungefähr dasselbe sagen, was ich oben bezüglich des lange fortgesetzten alleinigen Gebrauches von Kampher bemerkt habe. Sie werden fast ohne Ausnahme gut, manchmal sogar besser als andere, vorher angewandte Eisenpräparate vertragen; gar nicht selten konnten die Kranken nach einiger Zeit über eine ohne Zuhilfenahme anderer Mittel eingetretene erfreuliche Zunahme ihres Appetits berichten, manche von ihnen hoben außerdem noch den auffallend wohltätigen Einfluß der Pillen auf ihre vorher sehr träge und ungeregelte Darmtätigkeit rühmend hervor, und nur in sehr vereinzelten Fällen habe ich mich gezwungen gesehen, aus irgendwelchen Gründen nach kürzerer oder längerer Zeit von ihrem ferneren Gebrauch Abstand zu nehmen. Sonst habe ich die Kampher-Eisenpillen fast immer — das will sagen bei vielen Hunderten von Kranken — 10—12, ja 15 Wochen lang ohne Unterbrechung und zuweilen dann nach einer Pause von 5 bis 6 Wochen noch einmal wieder etwa 6 Wochen hindurch nehmen lassen, und es ist mir kaum ein einziger Fall, der überhaupt noch einer Behandlung zugängig war, vorgekommen, in dem nicht ein durchaus befriedigender Erfolg zu verzeichnen gewesen wäre. Zahlen anzugeben ist mir allerdings augenblicklich nicht möglich. Die dazu nötige Durchsicht meiner sämtlichen Notizen aus den letzten 24 Jahren würde einen Aufwand an Zeit erfordern, wie sie mir in den letzten Monaten zu Gebote stand. Doch behalte ich mir gern vor, diese Lücke später noch einmal auszufüllen. Jedenfalls aber ist es keine Uebertreibung, wenn ich von Hunderten von Kranken allein in meinem Wirkungskreise spreche, denen die Pillen, falls sie nur, der Verordnung gemäß, lange genug genommen wurden, eine langdauernde Besserung ihres Zustandes, von Hunderten auch, denen sie eine bleibende Wiederherstellung ihrer Gesundheit gebracht haben. Vorwiegend waren es fettleibige Personen mit mehr oder weniger ausgesprochenen Symptomen der Herzschwäche, häufig auch mit den Zeichen eines auf die hinteren unteren Partien der Lungen beschränkten (Stauungs-) Katarrhs, sehr anämische, nicht selten auch korpulente Emphysematiker bald mit, bald ohne Bronchialkatarrh, anämische Kranke mit Klappenfehlern, dann wieder auch solche, bei denen die Diagnose nur auf Anämie lauten konnte, bei denen aber die besonders schweren Krankheitserscheinungen, wie Ohnmachts- und Schwindelanwandlungen, größte Kurzatmigkeit und sofortiger Eintritt von Herzklopfen und Pulsbeschleunigung beim Treppensteigen und schon beim Aus- und Ankleiden in der Sprechstunde, gleichwie die in solchen Fällen freilich, wie bekannt, oft nur wenig sicheren Anhalt gebenden Befunde bei der Untersuchung auf einen besonders hohen Grad von Herzschwäche schließen ließen, — vorwiegend also waren es Kranke dieser Art, deren Leiden mir die Indikation für

Public Domain in the United States, Google-digitized

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die, wie gesagt, meist erfolgreiche Behandlung mit Kampher-Eisenpillen lieferte. Gelegentlich aber, wenn ernstere Erscheinungen, die das Vorliegen einer Herzinsuffizienz höheren Grades erkennen ließen, dazu aufzufordern schienen, habe ich sie auch Chlorotischen, selbst wenn diese noch in jugendlichem Alter standen, gegeben; indes geschah dies doch immer nur ausnahmsweise und für eine beschränkte Zeit, nach deren Ablauf sie, vorausgesetzt, daß jene schweren Symptome geschwunden waren, mit einem der sonst gebräuchlichen Eisenpräparate ohne Kampher vertauscht wurden.

In neuerer Zeit habe ich öfter und nach und nach in dem Maße, wie die erzielten Resultate mich dazu antrieben, in zunehmender Häufigkeit, wenn die soeben in gedrängter Uebersicht aufgezählten Symptome und Folgezustände der Herzschwäche mir in besonders schwerer Form entgegentraten, namentlich wenn sich noch Arythmie der Herzaktion und vielleicht bereits die Zeichen eines beginnenden Hydrops hinzugesellten, dem Gebrauch der Kampher-Eisenpillen zunächst die Darreichung einer Kombination des Kamphers mit Digitalis in kleinen Dosen voraufgehen lassen. Auch dafür habe ich, weil immer ein längerer Gebrauch in Aussicht zu nehmen war, die Pillenform gewählt, und auch deren Formel hier mitzuteilen, meine ich wohl berechtigt zu sein, da sie tatsächlich für jeden Fall (es kommen ja fast ausschließlich Erwachsene in Betracht) in gleicher Weise paßt und ich im Laufe der Zeit immer mehr die Ueberzeugung gewonnen habe, daß die Zusammensetzung, die ich, auf einen dreiwöchigen Gebrauch berechnet, den Pillen gegeben, und somit auch die Dosierung der beiden Hauptmittel (Kampher 0,2, Digitalis 0,05 pro dosi) gerade das Richtige trifft, insofern gewöhnlich — immer vorausgesetzt, daß es sich um heilbare oder wenigstens für längere Zeit zu bessernde Zustände handelt, — nach Verbrauch von zwei Portionen der Pillen die bedrohlichen Erscheinungen mit Einschluß des Hydrops und der Verminderung der Harnabsonderung geschwunden sind, so daß nunmehr der Gebrauch der Kampher-Eisenpillen folgen kann, und nur ausnahmsweise die Anwendung noch einer dritten Pillenportion sich als nötig erweist, die man in Anbetracht der kleinen Dosis, in der die Digitalis gegeben wurde, ohne alle Bedenken empfehlen kann.

Ich verschreibe also wie folgt, lasse jedoch, je nach Wunsch und Schluckfähigkeit des Patienten, aus der Masse entweder 90 Pillen anfertigen und dreimal täglich 3, oder 60 und dreimal täglich 2 davon nehmen: Camphor. trit. 6,0, Fol. digital. pulv. 1,5, Extract. taraxaci, Massae pilularum āā q. s. (etwa 3,0), fiat massa e qua formentur pilul. No. 60, consp. D.S. Dreimal täglich nach dem Essen 2 Pillen z. n. Statt des Extr. taraxaci kann man natürlich auch wieder Extr. chin. aquos. zu etwa 4 g zusetzen und benutzt dann am besten Pulv. gummos. als Konstituens.

Ueber die Wirkung dieser Medikation habe ich nach den im vorstehenden bereits enthaltenen Andeutungen wohl kaum nötig, mich weiter auszulassen. Ich kann nur sagen, daß ich, wo überhaupt noch Besserung möglich war, immer die besten Erfolge damit erzielt habe, manchmal wohl zur freudigen Ueberraschung der Kranken selbst, die kaum noch geglaubt hatten, auf eine Besserung oder gar vollständige Wiederherstellung hoffen zu dürfen. Ich weiß nun recht gut, daß die Verbindung des Kamphers mit der Digitalis in der Behandlung der Herzkrankheiten an und für sich durchaus nicht neu ist. Oft genug — wieder vielleicht sogar häufiger als die Mehrzahl der Kollegen — habe ich selbst sie (ähnlich wie Kalomel mit Kampher) bei schweren Kompensationsstörungen zur Anwendung gebracht; aber dann wurden die Digitalisblätter in Pulverform von mir, wie wohl der Regel nach auch von anderen Aerzten, immer in größeren Dosen, drei- bis viermal täglich 0,1 mit der gleichen oder doppelten Menge Kampher, und demgemäß auch immer nur für kurze Zeit gegeben. Die hier besprochene Verwendung dieser Kombination, die mir selbst gewissermaßen noch neu, jedenfalls erst in den letzten Jahren von mir in Gebrauch genommen ist, hat dagegen den Vorzug, daß die Kampherwirkung fast sofort, die Digitaliswirkung aber nur allmählich, auch mehr dem tonisierenden Verfahren entsprechend, zur Geltung kommt, dafür aber um so nachhaltiger zu sein pflegt, und, was nicht zu unterschätzen ist, daß diese Art der Digitalisbehandlung keine ärztliche Ueberwachung erforderlich macht, demnach ohne Bedenken auch ambulanten Kranken verordnet werden kann.

Bis hierher habe ich immer Krankheitszustände im Auge gehabt, bei deren Behandlung mit Kampher (wenigstens nach meiner Auffassung) das Eisen nicht zu entbehren ist. Es kommt aber natürlich oft genug vor, daß der Gebrauch von Kampher indiziert erscheint, wo zur Anwendung von Eisen keine Veranlassung gegeben ist. Verhältnismäßig selten freilich handelt es sich um Fälle von chronischem Charakter, die eine lange Fortsetzung des Kamphergebrauchs erforderlich machen. Wo sich aber diese Notwendigkeit ergiebt, wie es z. B. wohl bei Klappenfehlern, bei Emphysem, bei Kyphoskoliose höheren Grades mit chronischer Bronchitis und sonst gelegentlich der Fall sein kann, da kann man ihr nach meiner Meinung und Erfahrung kaum besser gerecht werden, als einfach durch Verordnung der Kampher-Eisenpillen ohne Ferrum reductum.

Häufiger sind es jedoch akute Krankheiten oder akute Steigerungen chronischer Leiden oder zu diesen hinzutretende Fieberzustände, sind es z. B. Kompensationsstörungen bei Klappenfehlern, fieberhafte akute Bronchitis oder vielleicht Influenza bei Emphysem und dergleichen mehr, die zu der Notwendigkeit führen, den Kampher als wirksamstes, manchmal wohl gar lebensrettendes Heilmittel zu benutzen, oft freilich natürlicherweise nicht als das alleinige. Wie häufig wir uns in diese Lage versetzt sehen, wenn herzschwache Personen von einer Pneumonie befallen werden, vor allem von einer Influenza- oder Wander-Pneumonie, ist jedem Arzte bekannt, und jeder Arzt wird denn auch wahrscheinlich in solchen Fällen, unbedingt gewiß im Notfalle, tatsächlich zum Kampher greifen, mag er ihn nun subkutan oder innerlich und im letzten Falle allein oder in Verbindung mit anderen Mitteln, wie Acid. benzoic. sublimat., Koffein, Liqu. ammon. anisat. usw. anwenden wollen. Ich würde also über diesen Punkt mit Stillschweigen hinweggehen können, wenn dabei nicht doch (nach meinem vielfältiger Erfahrung entsprungenen Urteil) in zweierlei Hinsicht so häufig gefehlt würde. Es wird nämlich einesteils mit der Verordnung des Kamphers gewöhnlich zu lange gezögert, und andernteils werden die Dosen oft zu klein bemessen. Wenn viele Aerzte, namentlich die aus der Leubeschen Schule stammenden, es für geboten halten, sobald eine Veränderung der Pulsbeschaffenheit auf ein beginnendes Erlahmen der Herzkraft hinzuweisen scheint, immer sofort Digitalis, Digitoxin oder Digalen zu verordnen, so kann ich nach meinen Erfahrungen nur raten, davon ganz abzusehen und statt dessen in solchem Falle von vornherein als Hauptmittel Kampher zu geben. Mit der Unterlassung der immer zweischneidigen Digitalisbehandlung wird nach meiner Ueberzeugung nichts versäumt, mit der Kampherbehandlung aber wird man jedenfalls nie schaden. Man sollte meines Erachtens bei der Pneumonie, wenn auch nur eben der Eintritt oder eine bedenkliche Steigerung einer schon bestehenden Herzinsuffizienz zu drohen scheint, immer sofort, eventuell schon am zweiten oder dritten Krankheitstage mit der Darreichung von Kampher, zunächst nur per os und in der Dosis von etwa 4 mal täglich 0,1 g, beginnen, um demnächst, wenn es nötig zu sein scheint, auf 0,2 g, ebenso häufig oder vielleicht dreistündlich gegeben, zu steigen und endlich, wenn die Gefahr drohender wird, zumal während der Krisis, zu subkutanen Injektionen überzugehen. Die Einzeldosis für diese aber sollte, wie ich schon früher einmal betont habe[2]), beim Erwachsenen hier wie in jedem anderen Falle von akuter Herzschwäche, nie weniger als 0,2 g betragen.

Es ist daher zweckmäßig, der Kampheröllösung eine solche Stärke zu geben, daß in einem Kubikzentimeter, dem Inhalt einer Spritze, gerade oder doch annähernd diese Dosis enthalten ist. Teils um ihre Wirksamkeit noch etwas zu erhöhen, teils, um sie dünnflüssiger zu machen, fügt man zu der öligen Lösung passend eine kleine Menge Aether hinzu, verschreibt also, wie es übrigens von seiten vieler Aerzte auch bereits geschieht, Camphor. 2,0, Ol. amygdal. dulc. 8,0, Aether sulfur. 2,0.

Ich glaube, daß mancher Pneumoniekranke durch eine frühzeitig beginnende und während des ganzen Verlaufes der Krankheit fortgesetzte Kampherbehandlung dem Leben erhalten bleiben könnte, der auch durch die stärksten Kampherdosen, die ihm erst im letzten Stadium subkutan beigebracht werden, nicht mehr zu retten ist.

Häufiger noch als die Pneumonie hat mir, wie ein Rückblick auf meine bald 40 jährige Praxis mir sagt, die akute oder die akute Steigerung einer chronischen Bronchitis, auch wohl der Eintritt von Herzschwäche bei der letzteren ohne besonders auffällige Steigerung der bronchitischen Erscheinungen bei Erwachsenen und Kindern Veranlassung geben, den Kampher, dann natürlich nur für beschränkte Zeit, zur Anwendung zu bringen, nicht eben oder doch nur selten, um das Leben zu retten, das ja durch diese Erkrankungen, wenn wir von der Bronchopneumonie der Kinder und der Bronchitis bei Influenza absehen, nicht leicht gefährdet wird, sondern weil es sich oft so außerordentlich nützlich erweist, um im Verein mit Expektorantien den Kranken rasch eine große Erleichterung zu verschaffen, und, wie ich glaube, auch manchmal eine Abkürzung der Krankheitsdauer bewirken kann. Wieder waren es vorwiegend Fettleibige, Emphysematiker, Kyphoskoliotische und Influenzakranke, kurz Leute mit schon geschwächtem oder wenig leistungsfähigem und ausdauerndem Herzen und Kinder mit kapillärer Bronchitis und sich daraus entwickelnden lobulären Pneumonien, deren Zustand die Kampherbehandlung nach meiner Ansicht nötig machte.

Seit langer Zeit habe ich mich gewöhnt, in solchen Fällen den Kampher in einer Emulsion zu geben, der ich Elixire succo liquiritiae in einer Menge zusetze, die ausreicht, um auch die Wirkung des Liquor ammonii anisatus voll zur Geltung kommen zu lassen, und oft genug — so noch kürzlich bei einem 69jährigen, etwas korpulenten Emphysematiker und fast zur selben Zeit bei einer an Influenza leidenden 65 jährigen Frau, bei der ein vorher vom Hausarzte verordnetes Digitalisinfus in Begleitung von Expektorantien völlig unwirksam geblieben war, — hat diese Medizin, um mich des von den Patienten gebrauchten Ausdruckes zu bedienen, „wirklich Wunder getan".

Kunstgerecht verschrieben lautet die Formel für Erwachsene: Rp. Camphor. trit. 2,0, Gummi arab. q. s., Aqu. destill. 175,0. Fiat lege artis emulsio. Adde Elixir. e succo liquirit 25,0 (—30,0). M.D.S. Viermal täglich (oder in schwereren Fällen dreistündlich) einen Eßlöffel voll oder besser 15 ccm zu nehmen. Für Kinder im jüngsten Alter kann man Kampher 0,5 auf 60,0 Emulsion mit 15 g Elixir teelöffelweise (4 ccm), für etwas ältere dieselbe Mixtur kinderlöffelweise (7,5 ccm), für noch ältere etwa Camphor. 1,0 auf 75,0 Emulsion mit 20,0 Elixir, gleichfalls zu 7,5 ccm pro dosi, verschreiben. Das Elixir dient zugleich als Geschmackskorrigens.

Ich brauche kaum erst zu sagen, daß diese Medikation zwar Erwachsenen häufig gleich nach der ersten Feststellung des Tatbestandes empfohlen wurde, wo immer die auskultatorischen Zeichen auf Anwesenheit eines sehr zähen Sekretes in den Bronchien schließen ließen und demnach die Indikation vorlag, auf eine „Lösung des Katarrhs" hinzuwirken, daß sie aber bei Kindern mit kapillärer Bronchitis oder Bronchopneumonie immer erst zur Anwendung kam, nachdem sich herausgestellt hatte, daß, von anderen therapeutischen Maßnahmen abgesehen, durch Ipekakuanha- oder Senegainfus mit Liqu. ammon. anisat. der gewünschte Erfolg nicht zu erzielen und einer allmählichen Verschlechterung des Gesamtzustandes nicht genügend entgegenzuarbeiten war.

Ob der Kampher selbst zu der erstrebten und gewöhnlich auch erreichten Verflüssigung des Bronchialsekretes beiträgt, oder ob er nur vermittelst der Kräftigung der Herzaktion und Verbesserung des Blutumlaufes in der Bronchialschleimhaut die Wirkung des gleichzeitig eingeführten Expektorans unterstützt, lasse ich dahingestellt.

In derselben Form kann man übrigens unter Umständen den Kampher auch bei der krupösen Pneumonie mit Vorteil verwenden. Dann nämlich besonders, wenn durch die auskultatorischen Zeichen und die Beschaffenheit des Sputums das Vorhandensein eines Bronchialkatarrhs bewiesen wird, wenn also z. B. die Pneumonie einen an chronischer Bronchitis leidenden Kranken befallen hat. Andererseits möchte ich jedoch bemerken, daß ich mich weder in einem solchen Falle, noch auch bei der Behandlung der einfachen unkomplizierten Bronchitis herzschwacher Personen immer an diese Art der Darreichung des Kamphers gebunden gehalten habe, um so weniger demnach sie anderen zum ausschließlichen Gebrauch zu empfehlen beabsichtige. Ich habe vielmehr in Uebereinstimmung mit anderen Aerzten nicht selten auch Kampher (0,2) mit Benzoësäure (0,1) in Kapseln, eine Verbindung, deren Wert z. B. in der Behandlung asthenischer Pneumonien ich gewiß nicht unterschätze, manchesmal auch in Begleitung von Coffeinum natro-benzoicum, Terpenhydrat oder anderen Mitteln gegeben, wie sie eben der Fall zu erfordern schien.

Ueber die Wirkung des Oxykamphers habe ich mich zuerst schon bald nach seiner Einführung unterrichten können, als ich am 3. Juli 1899 bei einem an Schrumpfniere und urämischem Asthma leidenden Kranken, dem der behandelnde Arzt das Mittel kurz vorher schon verordnet hatte, zu Rate gezogen wurde. Seitdem habe ich es bei einer größeren Zahl von Kranken, die ich längere Zeit anhaltend beobachten konnte, selbst angewandt und wiederholt Kollegen bei Konsultationen empfohlen und, soweit mir erinnerlich, hatte es immer die gute Wirkung, die nach den Ergebnissen der experimentellen Untersuchungen zu erwarten war, eine Wirkung also, die der physiologischen entsprach und die Richtigkeit der zu ihrer Erklärung aufgestellten Theorie bestätigte. Der Oxykampher soll das Atmungszentrum in der Weise beeinflussen, daß die Atemzüge vertieft werden

---

[2]) s. „Die Euthanasie und die Pravazsche Spritze", S. 51.

Public

und, weil infolge ihrer vermehrten Tiefe eine kleinere Zahl von Einzelatmungen genügt, um das Sauerstoffbedürfnis zu decken, die Atmungsfrequenz sinkt. Bei Kranken geht damit eine wesentliche Verminderung der Atemnot und des Gefühls von Luftmangel parallel und — was wohl nicht daraus allein zu erklären, sondern, wie es scheint, auf eine dem Mittel noch innewohnende besondere Kraft zurückzuführen ist — es gesellt sich dazu als sehr willkommene Beigabe auch noch eine unverkennbar beruhigende manchmal geradezu hypnotische Wirkung.

Bei der Verordnung des Oxykamphers, dessen 50 proz. alkoholische Lösung bekanntlich als Oxaphor bezeichnet wird, habe ich mich anfangs genau an die den Merckschen Empfehlungen beigegebene Formel gehalten. Nachdem ich jedoch wiederholt beobachtet hatte, daß die nach dieser Vorschrift bereitete wässerig-alkoholische Lösung sich nach kurzer Zeit durch ausgeschiedenen Oxykampher zu trüben begann, habe ich die Menge des zugesetzten Spir. vini auf das Doppelte erhöht und verschreibe demnach jetzt regelmäßig wie folgt:

Rp. Oxaphor.	10,0
Aqu. amygdal. amar. . .	3,0
Spir. vini gallic. . . .	40,0
Aqu. destill. ad	150,0

Von dieser Lösung, die also in 15 ccm 0,5 Oxykampher enthält, habe ich meistens nur abends einen und gewöhnlich nach einer halben Stunde einen zweiten, in besonderen Fällen sogar im Laufe der Nacht noch einen dritten Eßlöffel voll nehmen lassen, zuweilen aber auch dreimaltäglich die gleiche Dosis gegeben. Das gilt selbstverständlich für Erwachsene, bei denen ich nach diesen Dosen niemals (mit einer Ausnahme, wo es sich jedoch nur um eine angeblich ungünstige Wirkung bei einem sehr ängstlichen Kranken handelte) unerwünschte Erscheinungen habe auftreten sehen. Im kindlichen Alter kommen Krankheitszustände, die den Gebrauch von Oxykampher indiziert erscheinen lassen könnten, wohl so gut wie niemals vor, es sei denn, daß das Mittel auch beim eigentlichen Asthma nervosum mit Nutzen zu verwenden wäre, worüber ich bis jetzt keine Erfahrungen besitze.

Ueber den Geschmack dieser Medizin haben sich meine Kranken, soweit mir erinnerlich, nie beschwert; dagegen klagten einige über ein durch das Einnehmen verursachtes lästiges Brennen im Halse, eine Unannehmlichkeit, der sich durch Vermischung mit Haferschleim leicht abhelfen läßt.

Unter meinen Kranken befand sich einer, ein 58 jähriger Kaufmann, der an chronischer Myokarditis infolge von Arteriosklerose litt und vom 5. Februar 1903 bis zu seinem am 27. April desselben Jahres erfolgten Tode von mir behandelt wurde. Bei diesem Kranken traten in den letzten 3 Wochen seines Lebens unter Steigerung der bis dahin noch mit Erfolg bekämpfte Herzschwäche und unter rascherer Zunahme des schon bestehenden Hydropsanasarca stenokardische Anfälle auf, die, anfangs noch leichter Art und nur nächtlicherweile sich wiederholend, mit der Zeit immer schwerer und qualvoller für den Kranken wurden und, obgleich er dauernd das Bett hütete, sich allmählich immer häufiger auch am Tage einstellten, durch die gebräuchlichen Mittel kaum merkbar beeinflußt. Am 18. April verordnete ich die obige Oxykampherlösung, und zwar ließ ich davon dreistündlich einen Eßlöffel nehmen, jedoch mit der Maßgabe, daß mit einer etwaigen Verlängerung der Pausen zwischen den Anfällen auch die Zwischenräume zwischen der Darreichung der Dosen wachsen sollten. Die Wirkung war eine sehr befriedigende. Tatsächlich wurde die Zahl der in der vierundzwanzigstündigen Tagesperiode erfolgenden Anfälle bedeutend vermindert und ihre Form wesentlich leichter; aber, — was mit Rücksicht auf seine physiologische Wirkung hervorgehoben zu werden verdient — das Mittel vermochte den Eintritt des Cheyne Stokesschen Phänomens in den letzten 24 Stunden vor dem Tode nicht zu verhüten.

Die übrigen Kranken, mit Ausnahme einer Dame, bei der nur sehr erhebliche Korpulenz mit Anämie und Herzschwäche vorlag, litten sämtlich an Emphysem und Bronchitis. Eine Kranke war dabei zugleich sehr korpulent; bei einem der männlichen Kranken, demselben, den ich oben bei der Besprechung der Wirksamkeit der Kampheremulsion erwähnte, bestand Korpulenz mäßigen Grades. Die anderen befanden sich in einem guten Ernährungszustande. Eine Kranke ausgenommen, war bei allen das Herz so beschaffen, daß es größeren Anforderungen nicht mehr genügte und nur bei ruhigem Verhalten die durch das Emphysem bedingte Erschwerung des Blutumlaufes noch zu kompensieren vermochte. Bei allen diesen Kranken stellte sich daher während des Gehens wie bei jeder größeren Anstrengung mehr oder weniger große Kurzatmigkeit ein, und sie alle nahmen zeitweise, abwechselnd mit anderen Expektorantien oder die Sekretion beschränkenden Mitteln, aber oft wochenlang Kampheremulsion mit Elixir pectorale. Bei der Mehrzahl traten oft auch nächtliche, mehr oder weniger lange anhaltende, manchmal sich nach Pausen mehrfach wiederholende Anfälle von Atemnot auf, die bei zwei Kranken, darunter auch die erwähnte, im Alter von 55 Jahren stehende Frau mit gesundem, leistungsfähigem Herzen, einen vollkommen asthmaartigen Charakter annahmen, obgleich beide nie zuvor an Asthma gelitten hatten und später wieder ganz von derartigen Anfällen verschont blieben. Daraus ergab sich ganz von selbst die Notwendigkeit, den Oxykampher abends zur Verhütung der Anfälle oder, wo deren Eintritt nicht vorauszusehen war, nachts beim Beginn eines Anfalls nehmen zu lassen. In beiden Fällen fiel die Wirkung, wo es sich um einfache, im wesentlichen nur inspiratorische Dyspnoe — übrigens zum Teil recht schwerer Art — handelte, fast immer vollkommen befriedigend aus. Die abendliche Darreichung einer Dosis von zuweilen nur einmal, häufiger wohl zweimal 0,5 g hatte in der Regel ein Ausbleiben der Anfälle, mindestens aber ihr Auftreten in sehr abgeschwächter, ganz erträglicher Form zur Folge und, wenn das Mittel in der Nacht erst beim Beginn des Anfalles gegeben wurde, machte sich oft schon nach der ersten, immer aber nach einer zweiten Dosis von 0,5 g, ehe noch eine halbe Stunde vergangen war, ein bedeutendes Nachlassen der Dyspnoe bemerkbar, die dann in der Regel sehr bald einer vollständig freien unbehinderten Atmung Platz machte. Die asthmaähnlichen Anfälle, die immer von vorwiegend exspiratorischen, noch in einer gewissen Entfernung hörbaren, pfeifenden und giemenden, bei der Untersuchung während des Tages nicht wahrzunehmenden Geräuschen begleitet wurden und bei dem männlichen Kranken, wie ich zu konstatieren Gelegenheit fand, zu einer erheblichen akuten Lungenblähung führten, waren durch Einnehmen von ein- oder zweimal 0,5 g Oxykampher vor dem Einschlafen nicht ganz zu verhüten, wurden aber dadurch und ebenso durch eine bei ihrem Eintritt gegebene Einzeldosis von 0,5 g wesentlich gemildert, bei der Frau aber, wenn sie beim Schlafengehen noch, einer ihr schon vorher gegebenen Vorschrift gemäß, eine Dosis Jodkalium in Verbindung mit Bromnatrium genommen hatte, auch meistens bedeutend abgekürzt.

Im Gegensatz zu diesen Fällen wurde der Oxykampher in den übrigen beiden nur am Tage gegeben. Der erste dieser Fälle betraf den vorhin als „mäßig korpulent“ charakterisierten, fast 70 Jahre alten Emphysematiker. Bei diesem Kranken hatte sich längere Zeit nach der erfolgreichen Behandlung mit Kampheremulsion und Brustelixir im Anschluß an eine (freilich nicht durch ärztliches Zeugnis beglaubigte) Influenza, deren Nachwirkungen noch in Gestalt schwerer Neuralgien in verschiedenen Nervengebieten fortbestanden, die eigentümliche Erscheinung einer bei ruhiger Bettlage beständig in wechselnder Stärke empfundenen Atemnot eingestellt, deren Vorhandensein in der ganzen Atmungsform zum Ausdruck kam (Einzelheiten sind mir nicht erinnerlich) und sich zeitweise auch sehr deutlich in den Gesichtszügen ausprägte, die aber — darin mußte ich dem Hausarzte vollkommen beistimmen — nicht recht zu dem Untersuchungsbefunde im Verhältnis zu stehen schien. Dieser bestand nämlich, abgesehen von dem übrigens nicht sehr erheblichen Emphysem, nur in den Zeichen eines wenig ausgebreiteten Bronchialkatarrhs in den hinteren unteren Lungenabschnitten, wie sie bei dem Kranken auch in den Zeiten relativen Wohlbefindens fast immer noch gefunden wurden. Auf die Wirkung irgendeines Medikamentes ließ sich die eigentümliche Atemnot nicht zurückführen; der Kranke hatte in der letzten Zeit vor meinem Besuche nur etwas Kampher erhalten. Man konnte sich in der Tat des Eindrucks nicht erwehren, daß der Erscheinung eine eigenartige Alteration des Atmungszentrums zugrunde liegen müsse, die wohl auch in das wechselreiche Bild der Influenza hineinpassen konnte, zumal hier, wo auch andere schwere Nervenaffektionen vorlagen. Um so mehr mußte gerade in diesem Falle der Oxykampher indiziert erscheinen. Wir verordneten ihn in der gewöhnlichen Form der Lösung und der Kranke wurde angewiesen, von dieser dreimal täglich mit etwa 6 stündigem Zwischenraum 15 ccm zu nehmen. Die günstige Wirkung machte sich gleich mit dem ersten Tage der Anwendung bemerkbar und der bleibende Erfolg, den der Kranke nicht genug zu rühmen wußte, war ein derartiger, daß er wohl unsere, immerhin ziemlich gewagte, Annahme einigermaßen berechtigt erscheinen lassen konnte, jedenfalls aber die Wirksamkeit des Oxykamphers in geeigneten Fällen aufs klarste bewies.

Der zweite Fall, zugleich der letzte, über den ich noch kurz zu berichten habe, und wieder einer der ersten in der Reihe meiner Beobachtungen, ist aus dem Grunde interessant und lehrreich zugleich, weil er nicht nur den Wert des Oxykamphers auch für die Behandlung der durch Anstrengungen hervorgerufenen Atemnot, sondern auch seine Unschädlichkeit bei Einhaltung der wirksam befundenen Dosen erkennen läßt: Eine 41 jährige, sehr korpulente Frau. bei der ich, obgleich das Herz der Brustwand in großer Ausdehnung anlag, die Herztöne, so oft ich untersuchte. immer auffallend leise, den Puls jedoch zwar ziemlich klein, aber bei ruhigem Verhalten nie beschleunigt oder unregelmäßig fand, und die im Hause vormittags fast beständig in Bewegung war und oft mehr als nötig treppauf und treppab lief, ohne mit erheblichen Atembeschwerden zu kämpfen zu haben, wurde bei jedem Gang auf der Straße in einer Weise kurzatmig und geriet dabei unter Hinzutreten wirklicher Beängstigungsgefühle dermaßen in Schweiß, daß die Ausdehnung eines solchen Ganges über die Dauer von 5 oder höchstens 10 Minuten hinaus sich in der Regel absolut nicht erzwingen ließ. Daß die Angaben der Dame nicht übertrieben waren, davon habe ich mich wiederholt überzeugen können, wenn ich ihr zufällig unmittelbar nach ihrer Rückkehr vor oder in ihrem Hause begegnete. Eine Bewegungstherapie erschien unter diesen Umständen einfach unausführbar. Der längere Gebrauch von Kampher-Eisenpillen, von anderen Eisenpräparaten und allerlei tonischen Mitteln sowie Gymnastik und Massage änderten so gut wie nichts an diesem Krankheitsbilde. Endlich entschloß ich mich, da ich zu jener Zeit bereits einoder zweimal Gelegenheit gefunden hatte, die Wirksamkeit des Mittels bei nächtlichen Anfällen von Atemnot zu erproben, einen Versuch mit Oxykampher zu machen, riet also der Kranken, jedesmal, wenn sie auszugehen beabsichtigte, eine halbe Stunde vorher einen Eßlöffel voll von der bekannten Lösung zu nehmen. Nicht ohne Bedenken freilich traf ich diese Verordnung, da ich mir wohl sagen mußte, daß die Wirkung des Mittels auf Herz und Atmung sich bei in Bewegung befindlichen Menschen in nicht zu berechnender Weise anders gestalten könnte, als bei ruhenden. Indessen hat der Erfolg bewiesen, daß ich mir unnötigerweise Sorge gemacht hatte. Der Oxykampher in dieser Weise angewandt, bewirkte nur, daß es der Kranken ermöglicht wurde, bei Vermeidung jeder Ueberhastung ihre Wege weiter, und zwar bald bis zur Dauer einer halben Stunde und darüber auszudehnen, und sie hat nie über irgendeine beunruhigende Erscheinung während des Gehens zu klagen gehabt. Wenn aber das Mittel sich bei dieser Kranken und unter den hier obwaltenden Verhältnissen als unschädlich erwies, so wird noch viel weniger in irgendeinem anderen Falle eine Gefahr von seiner Anwendung zu befürchten sein.

Schmerzloses Zahnziehen mittels lokaler Betäubung in der allgemeinen Praxis.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

Die Zeiten des „Zahnreißens“, wo jeder Barbier oder Bader dasselbe im Nebenamte betrieb, sind fast überall vorbei, nur in den „Fliegenden Blättern“ werden der Bader und sein Klient als Witzfiguren noch eine Weile ihr Dasein fristen. Auch der Zahntechniker wird schon bedroht in seiner Existenz durch den approbierten Zahnarzt. Und weiter geht der Zug der Zeit: Der „Spezialarzt für Zahn- und Mundkrankheiten“ ist auf dem Plan erschienen, um den Kampf aufzunehmen mit dem nur für die Zahnheilkunde ausgebildeten Dr. med. dent.

Galt das Behandeln der Zähne früher für die Aerzte als standesunwürdig, so hat sich darin eine Wandlung vollzogen. Die hohe Ausbildung der Zahnheilkunde einerseits, sowie die gewinnbringende Ausübung dieses Faches haben den Aerzten die Augen geöffnet. Andererseits ist jetzt fast jeder Arzt gezwungen, sowie er nur Kassenpraxis betreibt — also wohl die meisten der Kollegen — wenigstens Zähne zu ziehen, wenn er sich auch sonst nicht weiter mit Zahnheilkunde befaßt. Zahnziehen ist eine vollberechtigte Operation geworden, und es ist aus moralischen wie aus technischen Gründen eigentlich nicht mehr erlaubt, diesen schmerzhaften und leider manchmal langdauernden Eingriff ohne jene schmerzlindernden Mittel vorzunehmen, die bei jeder sonstigen Operation selbstverständlich sind. Zwar verhalten sich die Aerzte noch recht gleichgültig gegen diese berechtigten Forderungen, törichterweise. In den Augen des Patienten ist die Zahnextraktion eine entsetzliche Operation, in den Augen des Arztes ein unbedeutender Eingriff, wenn nicht etwa — er selbst sich muß einen Zahn ziehen lassen. Dann macht er es genau so wie das Laienpublikum, nämlich daß er einen Zahnoperateur aufsucht, der die gefürchtete Operation möglichst schmerzlos ausführt. Ein jeder Blick in die

Zeitung zeigt uns marktschreierische Anzeigen über schmerzloses Zahnziehen, daß man beinahe annehmen könnte, es müsse ein wahres Vergnügen sein, in jenen Ateliers einen Quälgeist loszuwerden. Selbstverständlich beruhen diese Anzeigen auf frechen Schwindel, da es heutigen Tages noch nicht möglich ist, jeden Zahn schmerzlos zu ziehen mittels lokaler Betäubung. Aber tatsächlich läßt es sich erreichen, daß von 10 Patienten 9 voll befriedigt sind. Warum duldet denn der praktische Arzt, daß dies Unwesen fortdauert? Das Publikum heutigen Tages hat mehr Vertrauen zum Arzt als zum Techniker. Der Arzt braucht nur zu wollen, und seine Praxis bereichert sich alsbald mit einer neuen Gruppe Patienten, solchen, denen er schmerzlos einen Zahn ziehen soll. Täglich wird in den medizinischen Zeitungen geklagt, wie gering das Einkommen praktischer Aerzte trotz Sonntags- und Nachtarbeit sei. Leider ist dem so! Vielleicht benutzen einige Kollegen die Winke, welche ihnen hier ein allgemein tätiger Arzt gibt, gegründet auf vieljährige Erfahrungen im „schmerzlosen Zahnziehen", um sich durch Ausbildung in dieser Technik eine neue Einnahmequelle zu schaffen. In nachstehendem wird nur das Wesentliche, so wie ich es jetzt mache, nach vieljährigen Versuchen, geschildert, also das praktisch Wichtige. Wer sich der Sache annehmen will, tut gut, sich noch einige Hilfsmittel zuzulegen. Ich empfehle ihm z. B. zu kaufen:

1. Busch: Die Extraktion der Zähne. 2 M.
2. Jessen: Zahnheilkunde. 6 M.

Sehr gut sind auch die Artikel von Partsch in Bergmann Mikulicz Handbuch der Chirurgie.

Mit diesen Lehrmitteln kommt man vollkommen aus.

Bevor wir zur Schilderung des gesamten Operationsverfahrens übergehen, müssen wir zunächst klarstellen, wie weit man schmerzloses Zahnziehen dem besorgt fragenden, ängstlichen Patienten versprechen kann.

Niemals darf der Arzt die Unwahrheit sagen! Zwar macht manche Patientin ein bedenkliches Gesicht, wenn sie nun vernimmt, ganz gegen ihre Hoffnung, die Sache sei mitunter doch schmerzhaft, versichert man dann aber weiter, es sei immerhin so erträglich, daß, wenn etwa noch ein Zahn entfernt werden müßte, sie sich nicht vor der zweiten Operation ängstigen würde, so heitert sich alsbald das Gesicht wieder auf. Und ist die Extraktion selbst ein wenig schmerzhaft gewesen, nun, überstandene Leiden sind bald vergessen, und dankbar drückt sie beim Abschied dem Arzte die Hand, während sie einen Betrug mit Recht nie verzeihen würde.

Besonders bei dem ersten Dutzend von Zahnextraktionen sei der Arzt sehr vorsichtig mit seinen Versprechungen. Alles will gelernt sein, auch das Einspritzen. Ich sage ausdrücklich: das Einspritzen, denn gar manche Gelegenheit lauert hier, daß der Arzt beim Einspritzen selbst ganz empfindliche Schmerzen macht.

Vorwiegend jedoch gelten diese einschränkenden Bemerkungen für untere Molarzähne mit Periostitis. Einzelheiten folgen später.

Bei großer Besorgnis der Patienten pflege ich sie zu ersuchen, ein Plakat durchzulesen, auf welches ein Zeitungsauschnitt geklebt ist, der den Inhalt eines vor einem Berliner Gerichtshof abgegebenen Gutachtens über schmerzloses Zahnziehen seitens eines Sachverständigen wiedergibt. Es lautet:

Niemand sei in der Lage, unterschiedslos in allen Fällen absolute Schmerzlosigkeit beim Zahnziehen usw. zu versprechen. Die örtlich wirkenden Mittel Kokain usw. seien wohl an sich geeignet, die Schmerzen erheblich herabzusetzen, auch in manchen Fällen die Schmerzempfindung vollständig aufzuheben. Ein bestimmter Erfolg könne aber niemals allgemein versprochen werden, da die anatomischen Verhältnisse besonders des Unterkiefers dem entgegenstehen, auch die Arzneien selbst nur in der durch die Maximaldosis gegebenen Menge Verwendung finden dürfen. Alle diese örtlich anzuwendenden Mittel wirken zudem individuell verschieden, der Grad des Erfolges sei also schwer voraus zu bestimmen. Auch die allgemeine Betäubung sei nicht geeignet, ein generelles Versprechen für absolute Schmerzlosigkeit zu rechtfertigen. Eine Narkose könne bekanntlich nicht gefahrlos bei jedermann eingeleitet werden, sie sei bei sehr schwierigen, lebensrettenden Eingriffen nicht zu umgehen, doch sei das Ausziehen von Zähnen zu letzteren nicht zu rechnen. Weiterhin könne aber auch besonders bei kurzdauernden, nicht sehr tiefen Narkosen der Patient erwachen, ehe der Eingriff beendet sei. In solchen Fällen werde ein Eingriff, wenn auch vielleicht abgeschwächt, so doch immerhin schmerzhaft empfunden.

Die mit diesem Verfahren erzielte Wirkung war stets ausgezeichnet. Etwaige Erinnerungen an Schwindelreklame wurden unschädlich gemacht, die Patienten gaben sich vertrauensvoll in Behandlung und verlangten nichts Unmögliches. Aufforderungen von Patienten zu einer Narkose lehne man ab mit der Begründung, daß eine solche, die immerhin todbringend sein könne, nicht mehr erlaubt sei aus unbegründeter Furcht vor großen Schmerzen bei einem sonst ungefährlichen Eingriff. Die Patienten werden einer bestimmten Erklärung stets folgsam sein.

Die nächste Frage lautet nun: darf man ohne jede Rücksicht auf Alter, Konstitution, etwaige Schwangerschaft, Herzkrankheiten usw. einspritzen? Diese Frage ist unbedenklich mit „ja" zu beantworten, wenn man nur die ganz unerläßliche Vorsichtsmaßregel beobachtet, den Patienten stets sich noch vollzogener Einspritzung hinlegen zu lassen und dann und wann mit ihm zu plaudern, um ihn von Beobachtungen etwaigen Herzklopfens abzulenken. Zugleich kontrolliert man von Zeit zu Zeit den Puls.

Ich habe Leuten in den 70 er Jahren sowie Patienten im Endstadium der Leberzirrhose (Periostitis nach Kalomelkuren) mehrere Zähne auf einmal schmerzlos gezogen, andererseits auch Kindern von 7 Jahren. Letzteres tue ich allerdings nicht gerade gern. Kinder sind natürlich oft ängstlich. Sie machen keinen Unterschied zwischen einem kleinen und einem bedeutenden Schmerz, es fehlt ihnen die Einsicht, daß es vorteilhafter sei, einen Nadelstich zu ertragen, als das Ausziehen eines Zahnes ohne Betäubung. So gebe ich dem Willen der Mütter nur dann nach, wenn das Kind einer Auseinandersetzung über das, was der Arzt tun muß, um einen großen Schmerz zu ersparen, aufmerksam folgt. Kommen aber Tränen in die Augen, oder erhebt das Kind den Arm gleichsam zur Abwehr, schreite ich zur sofortigen Operation, denn dieses Kind würde einfach beim Einstechen der Nadel den Kopf wegreißen und sich bei erneutem Versuch nur in immer größere Aufregung hineinarbeiten. Bei verständigen Kindern steht der Anästhesierung nichts im Wege. Sie haben ein kräftiges Herz, die verbrauchten Mengen Kokain (eigentlich Kokain-Ischämingemisch, was ich nur noch verwende statt des reinen Kokain) sind nur gering wegen des dünnen Kiefers und der kurzen Wurzeln. So zog ich einmal einem 9 jährigen Knaben in einer Sitzung 5 Zähne mit zusammen 2,5 cg Kokain und 5 Tropfen Ischämin in 1 proz. Lösung ohne die geringste Störung.

Daß Schwangerschaft kein Hindernis bildet, dürfte heutzutage als bekannt vorausgesetzt werden.

Auch Fieberkranken, die außerdem noch von einem kranken Zahn geplagt werden, erweise man unbedenklich die Wohltat des schmerzlosen Ausziehens.

Hier und da wird man Nervöse treffen, welche die lange Dauer der ganzen Vorbereitung usw. so erregt, daß man den Eindruck gewinnt, für diese Leute wäre es besser, sie würden sofort ohne Betäubungsmittel mit möglichster Schnelligkeit operiert. Die Mehrzahl dieser Patienten ist aber bei einer neuen Operation viel ruhiger. Bei noch anderen Nervösen, auch Männern, erlebt man es, daß trotz eingetretener Unempfindlichkeit der Kranke den Mund zumacht, sobald die Zange angesetzt werden soll. Man mache ihn darauf aufmerksam, die kurze Zeit der Unempfindlichkeit verfliege, der Schmerz komme bald wieder, er müsse sich zur Operation entschließen. Folgt er dann nicht, so entlasse man ihn, ohne sich über seine Torheit zu erregen, weiteres ärgerliches Reden würde erfolglos bleiben.

Vereinzelte mißtrauische Patienten lassen sich einen Zahn ziehen, um dann — wenn es nicht geschmerzt hat — die Extraktion eines zweiten zu verlangen. Man lehne das sofortige Ziehen mit dem Hinweis auf die neue erforderliche Kokainmenge ab, wenn der — oder fast immer die Patientin — sich nicht als sehr widerstandsfähig gegen Kokain erwies.

Nach diesen allgemeinen Vorbedingungen kommen wir nun zu den Einzelheiten der Technik.

Zunächst: welches Instrumentarium ist nötig? Erstens die Extraktionsinstrumente. Sie müssen die Sicherheit bieten:

1. Ueberhaupt jeden Zahn zu entfernen. Es darf nicht vorkommen, daß der Arzt einen Zahn nicht herausbekommt, wenn er nicht gerade auf den ganz seltenen Fall eines Odontoms stoßen sollte.
2. Der Zahn muß möglichst schnell und
3. möglichst schonend entfernt werden.

Infolgedessen ist es nicht gestattet, mit einer Universalzahnzange zu operieren, sondern man braucht eine Anzahl verschiedener Zangen. Das Unerläßliche ist folgendes:

1. Für die Oberkiefer.

a) Zwei Zangen nach Tomes für die zwei ersten Molaren. Dieselben Zangen bezüglich die gleich zu erwähnende Bajonettzange genügen auch für den Weisheitszahn.

b) Eine mittelstarke Resektions-Bajonettzange. Mit derselben entfernt man alle übrigen Zähne des Oberkiefers, sowie alle Wurzeln. Zur Not kann man sie auch in ausgedehnter Weise im Unterkiefer gebrauchen.

c) Eine schmale Bajonettzange für eingeklemmte Wurzelstückchen oder für in der Tiefe abgebrochene Wurzeln. Im allgemeinen ist aber zu raten, für Wurzeln die breitere Zange zu benutzen, wenn man auch das Zahnfleisch etwas weiter abhebt, weil man die Wurzeln doch beträchtlich fester packt.

2. a) Für den Unterkiefer bedarf man zunächst einer Zange in Habichtschnabelform für die molaren Zähne. Diese über die Kante gebogene Zange gestattet ein viel ruhigeres und zugleich kräftigeres Lockern der Mahlzähne als eine über die Fläche gebogene. Eine Zange mit geraden Armen genügt für beide Seiten, da die Wange sich ohne weiteres genügend zurückziehen läßt.

b) Eine Zange für Wurzeln der Molaren. Man wähle eine nicht zu schmale, denn erstens läßt sich damit sicherer fassen, und zweitens erfordert der feste Kiefer auch eine starke Widerstandsfähigkeit des Zangenmaules. Mit dieser Zange entfernt man auch sämtliche übrigen Zähne und Wurzeln des Unterkiefers. Ob das Maul dieser Zange sowie dasjenige der Bajonettzange entsprechend im Oberkiefer gerade genau sich an den Hals dieser Zähne anschließt, ist nicht so wichtig, weil sie alle verhältnismäßig leicht auszuziehen sind. Besitzt man Zangen, welche die schwierigsten Operationen vollenden, so ist es genug, für die übrigen Zahnextraktionen dient schließlich jede Zange.

c) Für die Weisheitszähne bedarf man noch mehrerer Zangen, besonders wenn Kieferklemme besteht. Sehr bequem sind oft die Wurzelzangen nach Witzel. Es gelingt damit sehr leicht, wenn durch den Mundsperrer nur um Fingerbreite die Zahnreihen vorn auseinandergebracht sind, den eingeklemmten Weisheitszahn zu erreichen. Diese Zangen sind auch sonst oft mit Vorteil zum Ausziehen von Unterkieferwurzeln zu verwenden. Man braucht eine für rechts, eine zweite mit entgegengesetzter Krümmung für links.

d) Handelt es sich aber um einen sehr starken Kiefer und noch tiefverborgenen Weisheitszahn, so bedarf man noch einer sehr starken Zange. Sie muß über die Fläche gebogen sein. Einen besonderen Namen führt sie nicht, so daß ein jeder aus einem Katalog sie sich heraussuchen muß. Professor Busch hat eine von ihm angegebene Modifikation als ultima ratio bezeichnet. Der Name sagt wohl schon genug. Nach ihrer Anlegung muß man sie, wenn keine Klemme hindert, noch möglichst kräftig mit auf dem Schloß liegenden linken Daumen hinabdrücken und während des Zusammenpresens den Druck fortwirken lassen, damit sie möglichst tief am Kiefer sich einbeißt.

e) Wenn nun auch schon für Wurzeln unterer Molaren uns zwei Zangen zur Verfügung stehen, rate ich doch, noch eine sehr kräftige Zange anzuschaffen und zwar nicht ein bloß stärkeres Exemplar nach dem Modell der ersten Wurzelzange. An den hinteren Teilen des Unterkiefers gleitet wegen des Leistenvorsprunges die Zange sehr leicht ab, wenn sie am Zahn selbst wegen vorgeschrittener Zerstörung keinen rechten Halt mehr findet. Es ist daher besser, noch eine zweite starke Zange zu haben, deren Maulbranchen unter einem anderen Winkel zusammenstoßen, wie diejenigen der gewöhnlichen Wurzelzange. Am besten ist es, eine Art Resektionszange mit einem Maul ähnlich der Bajonettzange zu wählen, aber nur in Habichtschnabelstellung des Maules. Auch bei deren Verwendung muß man energisch den Druck mit dem linken Daumen zu Hilfe nehmen. Je nach dem Verhältnis der Winkel zwischen den Armen des Maules und demjenigen, unter welchem die labialen und lingualen Kieferknochenseiten bei einer gedachten Verlängerung zusammentreffen würden, legt sich bald die eine, bald die andere Zange fester an. Bei Ausrüstung mit diesen Zangen kommt auf 2—300 Molarzähnen höchstens einmal der Meißel zur Anwendung.

3. Für Kinderzähne braucht man nur noch eine Zange für die zweiwurzeligen Unterkieferzähne. Das für Erwachsene bestimmte Exemplar ist oft zu breit.

Andere Zahnzangen sind überflüssig, da die Kinderzähne sämtlich leicht auszuziehen sind.

4. Unerläßlich ferner ist ein Meißel nebst Hammer. Der Meißel muß an der Schneide eine Breite von 3—4 mm haben. Ein langer Griff ist empfehlenswert. Gebraucht wird er für die Unterkieferwurzeln und für einen verirrten Zahn im Gaumen.

5. Geißfuß und Vaynasche Hebel sind ja viel in Gebrauch. Ihre Anwendung bietet kaum einen Vorteil, wenn die Wurzel noch sichtbar ist. Die Vaynaschen Hebel können allerdings tief abgebrochene Wurzel aus den Alveolen herausholen. Medizinisch liegt dazu kein eigentlicher Grund vor, da ein steckengebliebenes Wurzelstückchen keine besonderen Erscheinungen macht. In den Augen des Patienten wird aber die Operation und damit der Operateur durch ein solches Ereignis herabgesetzt. Es ist daher empfehlenswert, wenigstens einen schonenden Versuch noch zu machen, das fehlende Stückchen durch Heraushebeln mit dem Vayna ans Licht zu bringen.

Zur Ausführung einer guten Einspritzung ist unerläßlich eine tadellose Spritze. Sie muß schlank gebaut sein, Querstangen besitzen und absolut dicht sein. Modelle gibt es zahlreich, das einfachste ist aber das beste. Ich habe mir in eine der bekannten Metallspritzen einen Lederkolben machen lassen. Diese Spritze versagt nie. Zwar gilt der Lederkolben heute nicht für voll, weil er nicht ausgekocht werden kann. Benutzt man aber diese Spritze nie zu einer

Public

Probepunktion, so kann tatsächlich keinerlei Unheil angerichtet werden.

Soll man nun allerlei krumme Ansätze anschrauben, um an der lingualen Unterkieferseite hinten bequemer einspritzen zu können? Ich rate entschieden davon ab, ich bin noch stets mit der einfachen Spritze fertig geworden.

Wie befestigt man die Nadeln auf dem Konus? Da oft unter sehr starkem Druck eingespritzt werden muß, so kommt es anfangs leicht vor, daß plötzlich Nadel und Spritze sich trennen, die Injektionsflüssigkeit spritzt herum. Allein bald gewöhnt man sich, die Nadeln sehr fest auf den Konus zu drücken, auch manchmal mit zwei Fingern der linken Hand während des Spritzens selbst die Nadel dort festzuhalten. Nur Nadeln mit Metallhütchen sind brauchbar, die Kautschukhütchen sind oft nicht gleichmäßig rund und schließen daher nicht dicht.

Schwierig zu sagen ist, welche Nummer der Nadeln man wählen soll. Am idealsten wäre die feinste. Der schnelle Einstich wird tatsächlich fast gar nicht gefühlt, aber erstens brechen diese feinen Nadeln sehr leicht, was immerhin den Patienten erschreckt, und zweitens verstopfen sie sich sehr leicht, sogar während des Spritzens, erst recht in der Zwischenzeit des Lagerns, wenn man vergessen hat, einen Draht einzuführen. Endlich finden sich in diesen Nadeln nicht ganz selten seitliche Löcher, durch welche die Injektionsflüssigkeit heraustritt. Ich ziehe deshalb meistens die zweitfeinste Nummer vor. Die dritte ist kaum noch erlaubt, da die Einstiche, besonders an der Gaumenseite, schon zu schmerzhaft werden, was beim „schmerzlosen“ Zahnziehen doch nicht angeht.

Die Spitzen dürfen nicht zu lang ausgezogen sein, sonst wird wiederum der Einstich zu lange dauernd schmerzen.

Iridiumnadeln sind nicht zu gebrauchen, weil jede der feinen Nadeln nur bei 2—3 Zähnen Dienste tut. Ihre Lebensdauer ist zu kurz.

Betreffs der Sterilisierung der Instrumente ist zu bemerken, daß eine einfache, mechanische Reinigung nie genügt. Ich habe noch die Zeit durchgemacht, wo man so die Instrumente „reinigte“; bösartige Entzündungen der gequetschten Weichteile waren oft die Folge. Auskochen ist leicht gesagt, manchmal aber unbequem durchzuführen. Seit vielen Jahren lege ich die Zahnzangen (wie auch Specula, geburtshilfliche Instrumente usw.) auf beliebig lange Zeit einfach in einen Kasten mit reinem oder etwas verdünntem Seifenkresol, welches ebenso gut wie das teure Lysol ist. Spült man sie alsdann in Wasser ab, trocknet sie mit einem reinen Handtuch und bewahrt sie in einem Glaskasten auf, so ist eine genügende Sterilisation tatsächlich vorhanden, mag sie auch in bakteriologischer Hinsicht nicht strengsten Anforderungen genügen. Die Nadeln werden in einem Kästchen mit gleicher Lösung aufbewahrt. Sie rosten nie! Ein Draht muß aber in die Lichtung eingeführt sein, sonst verstopfen sie sich leicht. Das Unangenehme an dem Lysol oder Seifenkresol ist der Geruch, sonst wäre diese Sterilisierungsart für den Praktiker das Ideal an Einfachheit und Zeitersparnis. Muß man zufällig eine Zange in derselben Sprechstunde noch einmal benutzen, so wasche man sie ab, trockne sie und halte sie dann solange über eine Flamme, wie man denkt, daß bei gleichem Verhalten mit einem Finger dieser tüchtig verbrannt sein würde. Der Stahl hat alsdann in der kurzen Frist noch nicht gelitten, ist aber sicher steril.

Anmerkung: Seit 14 Tagen liegen die Nadeln in einer Glasdose, gefüllt mit Seifenspiritus. Bisher sind sie völlig rostfrei. Da ihre Lebenstage gezählt sind, werden sie vermutlich ihren Glanz bis zum Ende bewahren. Dann wäre dieses Sterilisierung- und Aufbewahrungsmittel für feine Nadeln dem Lysol oder Kresol vorzuziehen, weil jene Lösungen einen feinen Schlamm ablagern, durch welchen das ärgerliche Verstopftsein der Nadeln in erster Linie bewirkt wird. (Schluß folgt.)

REFERATE.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Gesichtspunkte für die Einführung des Extractum Digitalis depuratum.** Von Hoepffner. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 34.

2. **Ein Fall von Bromismus.** Von Hankeln. Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 65, S. 366.

3. **Ein interessanter Fall von Chininintoxikation.** Von Salomon. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 34.

1. Da die Anwendung der Digitalisblätter und ihrer galenischen Präparate vor den chemisch rein dargestellten Glykosiden der Pflanze immer noch von den Praktikern vorgezogen wird, hat die Firma Knoll & Co. in Ludwigshafen auf Anregung von R. Gottlieb (Heidelberg) ein gereinigtes Digitalisextrakt hergestellt. Bei seiner Darstellung werden alle chemischen Eingriffe vermieden, die zersetzend auf die wirksamen Stoffe einwirken. Fast die Gesamtheit dieser Substanzen ist in das Extrakt übergegangen. Die Einstellung des Präparates erfolgt so, daß (die Einzeldosis 0,1) der Wirkungsstärke von 0,1 g stark wirkender Digitalisblätter entspricht. Verf. kommt zu den Schlüssen, daß dem Extractum Digitalis depuratum eine zuverlässige und prompte therapeutische Wirkung zukommt. Die Wirkung auf Puls (Qualität und Freqenz) und Diurese tritt relativ schnell ein. Mit 0,4 g Digipuratum (wie das Extrakt der Einfachheit halber genannt wird) erreicht man in 24 Stunden Wirkung, mit 0,3 g kann man in den folgenden 2 Tagen den Effekt erhalten, mit 0,2 g, noch einige Tage weiter gegeben, eine vollständige Digitalisierung erreichen. Das Digipuratum scheint den Magen weit weniger zu stören, als eine in Bezug auf den therapeutischen Erfolg gleich energische Kur mit Digitalisblättern. In den angeführten Fällen traten nennenswerte Nebenerscheinungen seitens des Magens nicht auf. Es gelingt mit dem gereinigten Extrakt leichter als mit den inkonstant zusammengesetzten Digitalisblättern energische Digitaliskuren durchzuführen, ohne daß sich Vergiftungserscheinungen durch Kumulation geltend machen. Solche energische Digitaliskuren sind nach H. der Prüfstein für ein gutes Digitalispräparat.

Verf. hält sich für berechtigt zu sagen, daß das Extractum Digitalis depuratum alles das leistet, was man von einem guten Digitalispräparat verlangen kann.

2. Es handelte sich um eine 49 jährige Kranke mit epileptischen Anfällen, die nach einer Pause von einigen Dezennien wieder auftraten und den Gebrauch großer Mengen Bromkalium notwendig machten. Alsbald zeigten sich Erscheinungen von Bromismus: Sprach- und Schriftstörungen, Verwirrtheit, Schlaflosigkeit, wenig Appetit und Halluzinationen; dazu gesellte sich Störung der Merkfähigkeit. Die Pupillen reagierten träge, Konjunktival-, Korneal- und Rachenreflex waren abgeschwächt, die Patellarreflexe gesteigert, der Harn enthielt viel Brom. Nach Aussetzen des Broms war ein Zurückgehen der Vergiftungserscheinungen zu konstatieren. Verfasser bespricht dann die Frage des Entstehens des Bromismus, indem er kurz auf die Untersuchungen von Laudenheimer, Hoppe, Kunkel u. a. eingeht, wonach das Brom in erheblicher Menge im Körper aufgespeichert wird (Bromdepots), im Blute an Stelle des Chlors tritt und so der Organismus lange Zeit unter Bromwirkung gehalten wird. Nach H. ist der Bromismus, wenigstens die schwereren Formen desselben, eine seltene Erkrankung und steht die Zahl der Vergiftungsfälle im Gegensatz zu der enormen Menge Bromkalium, die täglich in allen Kulturstaaten verbraucht wird.

3. Eine Kranke mit Lupus erythematosus hatte zur Heilung ihrer Krankheit im ganzen 18 g salzsaures Chinin genommen, ohne Beschwerden wahrzunehmen. Wegen eines Rezidivs sollte wieder Chinin gegeben werden; schon nach dem ersten Pulver klagte sie über Uebelkeit, Brechreiz und Ohrensausen. Nach einer weiteren Dosis von 0,15 g war das Gesicht gedunsen, stark

ödematös, Blutungen im Gesicht (im Verlaufe des Lupus) und in die Bindehaut, sowie Purpura haemorragica der Beine. Im Vordergrund des Krankheitsbildes standen Atemnot, Blutbrechen, blutige Durchfälle, Hämaturie und Schleimhautblutungen.

Styptica und Analeptica brachten in wenigen Tagen Heilung. Besonders lehrreich ist dieser Fall dadurch, daß eine erworbene Idiosynkrasie vorlag, da die Patientin das Mittel früher besser vertragen hatte und sonst eine allmähliche Angewöhnung an Chinin bekannt ist. Merkwürdig war sodann die außerordentliche Schwere der Vergiftung auf eine Gabe von nur 0,45 g in 24 Stunden.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, ehem. Oberarzt am Universitätsinstitut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Aktinotherapie mit Kosmetik.** Von Dr. G. J. Müller. Med. Klinik, 1908, Nr. 35.

2. **Radiumemanation als Heilfaktor.** Von Dr. Felix Davidsohn. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, 17. September.

3. **Ueber den Einfluß der Fulguration auf die Lebensfähigkeit von Zellen.** Von Th. v. Wasiliewski und L. Hirschfeld. Münch. med. Wochenschrift, 1908, 15. September.

4. **Phototherapie.** Von Dr. H. E. Schmidt. Zeitschrift für neuere physikal. Medizin, 1908, Nr. 17.

1. Der Verfasser empfiehlt die Röntgenbehandlung bei der Seborrhoea oleosa, der Hyperhidrosis, bei hartnäckigen Fällen von Akne, bei Folliculitis nodosa und Acnekeloid.

Auch das seborrhoische Ekzem, die Psoriasis und chronische Ekzeme bilden dankbare Objekte für die Röntgenbehandlung, die eventuell auch beim Angiom versucht werden kann, während bei den flachen Naevi vasculosi das Radium, die Finsenlampe oder die Quarzlampe in Frage kommen.

Auch Molluscum cotagiosum und Verrucae lassen sich durch Röntgenbestrahlung beseitigen.

Der Warnung des Verfassers von der Bestrahlung „verhornter Warzen“ an den Händen kann Referent nicht beistimmen; auch diese Warzenform reagiert meist prompt auf Röntgenbestrahlung, mitunter sogar besser als die weichen juvenilen Warzen; auch eine Dermatitis ersten Grades ist an den Händen unbedenklich.

Hyperhidrosis soll nur in sehr ausgedehnten, besonders entstellenden Fällen mit Röntgenstrahlen behandelt werden; bei Pernionen wirkt Röntgenbestrahlung recht günstig, besonders kommt hier der schmerz- und juckreizlindernde Einfluß zur Geltung.

Die Quarzlampe kommt für die Behandlung des Lupus erythematodes und der Alopecia areata in Betracht. Zur Röntgenbestrahlung der Trichorrhexis nodosa, die vom Verfasser und anderen Autoren gleichfalls empfohlen wird, hat sich Referent inn Anbetracht der Unsicherheit des Erfolges bisher noch nicht entschließen können.

2. Der Verfasser hat ca. 100 Fälle von chronischem Rheumatismus und Neuralgien mit emanationshaltigem Wasser behandelt. Es wurde immer mit einer Trinkkur begonnen, und nur in den Fällen, in welchen der Erfolg nicht befriedigte, auch eine Badekur angewandt. Das Wasser wurde von den Apparaten der Radiogen-Gesellschaft geliefert. Trotzdem die Resultate laut Tabelle recht günstig zu sein scheinen, muß man sich doch immer vergegenwärtigen, daß es sich bei „Muskelrheumatismus“ und „chronischen Gelenkrheumatismen“ um Erkrankungen handelt, die zeitweise spontan erhebliche Besserungen des Zustandes zeigen. Außerdem ist es zwar sehr bequem, aber m. E. doch nicht zulässig, jede Verschlechterung als „Reaktion“ aufzufassen. Wegen derartiger Verschlimmerung mußte in 5 Fällen die Kur eingestellt werden. Referent steht trotz aller bisher veröffentlichten, anscheinend günstigen Resultate der Heilwirkung des emanationshaltigen Wassers nach wie vor sehr skeptisch gegenüber.

3. Die Verfasser haben Bakterien und Amöben fulguriert und konstitiert, daß gutentwickelte Kulturen durch 15 bis 30 Minuten dauernde Beblitzung nicht abgetötet werden, dagegen sind frisch ausgestrichene Kulturen weniger widerstandsfähig.

Geschwulstzellen des Mäusekrebses erwiesen sich sowohl in vitro als in situ gleichfalls sehr resistent gegen die Fulguration, die Ueberimpfung glückte meist trotz der Fulguration, in drei Versuchen sogar besser als ohne Beblitzung. Vergleichende Versuche mit Radium- und Röntgenstrahlen, auf welche am Schlusse kurz hingewiesen wird, haben nach Ansicht des Referenten nur dann Wert, wenn man die den genannten Strahlen eigentümliche Latenzzeit berücksichtigt, die bis zum Eintritt der Wirkung vergeht. Wenn man also unmittelbar nach einer Röntgenbestrahlung mikroskopisch oder durch Impfversuche keine Schädigung der Zellen, keine Abnahme ihrer Vitalität nachweisen kann, so ist damit gar nichts gesagt. Wir wissen, daß z. B. Spermatozoen stundenlang unverletzt bleiben und trotzdem nicht befruchtungsfähig sind.

4. Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Lichtbehandlung, über die Anwendungsgebiete der Finsen-, Quecksilberlicht- und Glühlicht-Apparate; nur bei den beiden erstgenannten Lichtquellen sind die „chemischen“ Strahlen das wirksame Agens, beim Glühlicht dagegen die „Wärme“-Strahlen; die Sonnenbäder nehmen eine Mittelstellung ein. Die Indikationen sind verschieden, je nach der wirksamen Strahlenart.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Ueber Behandlung der Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum.** Von W. Gilbert. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 30.

2. **Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Schädigung des Auges durch ultraviolettes Licht.** Von Birch-Hirschfeld. Zeitschrift f. Augenheilkunde, Bd. 20, Heft 1.

3. **Kurzer Bericht über die in der Berliner Universitäts-Augenklinik gemachten Erfahrungen mit Deutschmannschem Heilserum.** Von O. Napp. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. 20, Heft 1.

4. **Beitrag zur Deutschmannschen Serumtherapie.** Von W. Zimmermann. Ophthalmolog. Klinik, 1908, Nr. 13.

1. In der Münchener Universitäts-Augenklinik hat man die Versuche Moros und Mandelbaums, eitrige Prozesse mit frischem Rinderserum zu behandeln, auf die Augenblennorrhoe des Neugeborenen in der Weise angewandt, daß man in 8 Fällen alle 2 Stunden den Konjunktivalsack mit Rinderserum ausspülte. In zwei bis drei Wochen trat fast ohne jede Anwendung von Silberpräparaten Heilung ein. Mikroskopisch war nach der Ausspülung eine erhöhte Phagozytose den Gonokokken gegenüber (durch Opsonine des Rinderserums) zu beobachten. G. empfiehlt, die Ophthalmoblennorrhoe nicht lediglich mit Serumspülungen zu behandeln, aber statt der bisher üblichen Spülungen mit leichten antiseptischen Lösungen Rinderserum zu benutzen und mit der Silbertherapie zu kombinieren.

2. Birch-Hirschfeld hat in 5 Fällen nach länger dauernder Beschäftigung an der an ultravioletten Strahlen reichen Quecksilberdampflampe (Uviollampe, Heraeuslampe) neben konjunktivaler Reizung eine Störung der Netzhautfunktion beobachtet, die sich in Form eines vorwiegend perizentralen Skotoms für Rot und Grün bei voller Sehschärfe und normalem Augenbefund geltend machte.

Nur in zwei Fällen war der zentrale Farbensinn im Sinne einer Herabsetzung der Rot-Grün-Empfindung beeinträchtigt. Das Farbenskotom bildete sich im Laufe mehrerer Wochen (bei geeigneter Schutzbrille auch bei fortgesetzter Arbeit im Uviollicht) zurück. Verf. verlegt die anatomische Läsion in die Netzhaut. Wenn auch der Anteil der leuchtenden Strahlen für die Störung nicht auszuschließen ist, so wirken doch wohl die ultravioletten Strahlen mit.

Die Beobachtungen fordern zu einem Schutz der Augen aller derjenigen Personen auf, die längere Zeit in direkter Nähe von Lampen zu arbeiten haben, die intensives, an ultravioletten Strahlen reiches Licht ausstrahlen. Da nach unseren heutigen Kenntnissen gerade die kurzwelligsten Strahlen das Auge schädigen, dürften im allgemeinen Muschelschutzbrillen aus gewöhnlichem Glase ausreichen, für besondere Fälle Schutzgläser und Lampenglocken aus Glas von hohem Absorptionsvermögen für Ultraviolett (Schwerflintglas, Euphosglas) sich empfehlen.

Public Domain in the United States, Google-digitized

3. In der Berliner Universitätsaugenklinik wurden 15 Patienten mit infektiösen Augenerkrankungen, besonders Pneumokokkeninfektion mit Deutschmannschem Heilserum behandelt. Abgesehen von harmlosen Exanthemen wurde zwar keine Schädigung beobachtet, ebenso wenig konnte aber ein heilender Einfluß konstatiert werden, vielmehr nahmen die Erkrankungen den den klinischen Erfahrungen entsprechenden Verlauf ohne jede Abkürzung der Krankheitsdauer. Es wurde daher vorläufig von der weiteren Verwendung des Mittels Abstand genommen.

4. Zimmermann kann diesem abfälligen Urteil auf Grund seiner Beobachtungen nicht beistimmen, er hat eine Anzahl von Augenverletzungen, infektiösen Eiterungen, typischem Ulcus serpens, Infektionen nach operativen Eingriffen und einen Fall von sympathischer Ophthalmie mit Deutschmanns Hefeserum behandelt und kommt zu dem Schlusse, daß man selbst bei sehr vorsichtiger Beurteilung das Hefeserum nicht als wirkungslos ad acta legen dürfe, sondern bei der absoluten Unschädlichkeit des Mittels ausgiebigen Gebrauch von demselben machen müsse Einer ausgedehneten Anwendung steht noch der hohe Preis des Serums im Wege.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer,** Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Erfahrungen mit Marmoreks Antituberkuloseserum.** Von C. Damanski und G. G. Wilenko. Medizinische Klinik, 1908, Nr. 36, S. 1379.

2. **Ueber Tuberkulintherapie.** Von M. John. Therapie der Gegenwart, September 1908, S. 387.

3. **Die operative Brustwand-Lungenmobilisierung (Pneumolysis) zwecks Behandlung einseitiger Lungenphthise.** Von P. L. Friedrich. Medizinische Klinik, 1908, Nr. 33, S. 1258.

Damanski und Wilenko wandten das Marmoreksche Antituberkuloseserum bei fünf Patientinnen an, hatten aber in keinem Falle eine Heilung zu verzeichnen. In zwei Fällen trat eine ganz geringe Besserung ein, in den übrigen 3 Fällen eine deutliche Verschlechterung des Leidens, die vielleicht auf die Anwendung des Serums zurückzuführen war. Da bei der Anwendung auch sonst unangenehme Nebenwirkungen eintraten, sahen die Verfasser von der weiteren Anwendung des Mittels ab.

2. Verfasser wandte bei ca. 100 Fällen von Tuberkulose die Kochsche Bazillenemulsion an und sah hierbei in einer großen Anzahl von Fällen eine erhebliche Besserung eintreten. Die Mißerfolge anderer Autoren führt er darauf zurück, daß diese Autoren mit den Dosen zu schnell gestiegen seien. Je langsamer man mit der Dosis steige, um so besser würde die Kur von den Patienten vertragen. Nur bei hoch fiebernden vorgeschrittenen Fällen sei ein rascheres Vorgehen am Platze. Außer der Fieberreaktion müssen alle anderen sog. lokalen Reaktionen wie erhöhte Pulsfrequenz, Kopfschmerzen, vermehrter Husten, Hämoptoe etc. etc. berücksichtigt werden. Akute Erkrankungen, z. B. Angina, gebieten Unterbrechung der Kur, während die Menses außer Betracht gelassen wurden. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Kur wenigstens in ihrem ersten Teile in einem Krankenhause vorgenommen werden müsse und nicht ambulant zulässig sei.

3. Wenn man auf den Standpunkt gekommen war, daß die chirurgische Behandlung der kavernösen Phthisen unzweckmäßig sei, so hat sich diese Ansicht in neuester Zeit wieder geändert. Friedrich ging von dem Standpunkt aus, daß es in der Hauptsache auf die Schrumpfung der Kavernen ankomme. Er sucht dies bei einseitigen Phthisen dadurch zu erreichen, daß er auf der erkrankten Seite die Rippen in großer Ausdehnung resezierte und die Pleura costalis loslöste, wobei er jedoch streng darauf achtete, daß die Pleurahöhle nicht verletzt wurde, um mit der Operation den Atmosphärendruck auf die erhaltene Pleura costalis und nicht auf die Lunge selbst wirken zu lassen. Die Erfolge waren so gute, daß Verfasser rät, bei schweren anscheinend aussichtslosen Fällen fortschreitender einseitiger Lungenphthise bei noch leidlichem allgemeinen Kräftezustand des ganzen Körpers den operativen Eingriff der Pneumolyse zwecks Lungenschrumpfung zu versuchen.

Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt,** Berlin.

1. **Zur Behandlung der Gicht.** Von Dr. Falkenstein. Berl. klin. Wochenschr., 1908, pag. 1649 ff.

2. **Ein Beitrag zur Frage der Haferkur.** Von Dr. v. Westenrijk. Wiener klin. Wochenschr., 1908, pag. 1265.

3. **Aperitol.** Ein schmerzloses Abführmittel. Von Prof. Hammer und Dr. Vieth. Med. Klinik, 1908, pag. 1410.

4. **Sind Gallensteine in der Galle löslich und läßt sich die Lösungsfähigkeit der Galle durch Medikamente (Chologen) steigern?** Von Prof. A. Löwy und Dr. Glaser. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 12.

1. Verf., welcher schon seit Jahren für die Behandlung der chronischen Gicht mit größeren Dosen von Salzsäure eintritt — cf .auch Referate über dieses Thema in dieser Zeitschrift —, warnt davor, etwaige Anfälle, welche im Verlauf der Behandlung eintreten sollten, als Mißerfolg zu deuten; sie sind vielmehr so zu deuten, daß die alten Harnsäuredepots durch die Medikation erst nach Jahren, wenn überhaupt, angegriffen werden und natürlich, solange sie eben bestehen, Anfälle machen können, während die Salzsäure nur bestimmt und imstande ist, die Bildung neuer Niederschläge zu verhindern.

F. glaubt aber jetzt ein Mittel gefunden zu haben, welches imstande ist, auch die alten Niederschläge aufzusaugen und diese wirksam zu bekämpfen, so daß diese bis jetzt in der Gichttherapie vorhandene Lücke geschlossen wäre. Dieses Mittel ist das Jod, das sich aber wegen der Intoleranz der meisten Patienten in den bisherigen Formen nicht als praktikabel erwies; eine solche fand F. nunmehr im Jodglidine, einer — organischen — Verbindung von Jod mit einem Pflanzeneiweiß, welches auch als Nährpräparat Verwendung findet. Dieses Jodpräparat macht in den gewöhnlichen Dosen keinen Jodismus und hat einige Eigenschaften — Vermehrung der Stickstoffausscheidung; es entzieht dem Körper Alkalien, indem es ihn als Alkaliverbindung verläßt — welche „bei der Gicht heilsam wirken müssen".

F. hat eine solche günstige Wirkung an sich und anderen Gichtikern beobachtet, welche sich auf Appetit, Verdauung, Schweißabsonderung und Schlaf bezieht. Bezüglich der Durchführung der Behandlung werden folgende Vorschriften gegeben: Zunächst eine einmalige Kur von 4 Röhrchen à 20 Tabletten: vom ersten Röhrchen täglich 2 Stück: nach dem ersten Frühstück und zum Nachmittagskaffee je eine; von den übrigen Röhrchen nur eine Tablette täglich nachmittags. Bei angegriffenem Magen nur halbe Tabletten, eventuell mit tagelangen Pausen, um beim Gichtanfall bis auf 3 Tabletten zu steigen. Im Anfall gibt F. Jod aber lieber als Jodipin per injectionem: 10 ccm mit der Serumspritze, erwärmt, mit weiter Kanüle in das in der Nähe des erkrankten Gelenkes befindliche lockere Zellgewebe; nebenher eventuell Morphium.

2. Durch von Noorden ist in die Therapie des Diabetes die sogenannte Haferkur eingeführt worden, d. h. die periodische Ernährung Zuckerkranker — mittelschwerer und schwerer, besonders letzterer, d. h. solcher, welche Neigung zu Azidosis i. e. Bildung von Azetonkörpern haben — mit pro die 200—250 g Hafermehl mit Zusatz von Eiweiß in Form von Roborat oder dergl. Trotz so großer Mengen von Kohlenhydraten sank in denjenigen Fällen, die darauf reagierten — die aber durchaus die Minderzahl aller bilden, Ref. —, nicht nur die Quantität der im Harn ausgeschiedenen Kohlenhydrate, sondern auch des Azetons, ähnlich der Wirkung der Hungertage (Naunyn) oder der Gemüsetage (von Noorden). Die Untersuchung des Verf. beweist zahlenmäßig, daß es sich um eine quasi spezifische Wirkung des Hafermehls handelt, da unter gleichen Bedingungen den gleichen Versuchspatienten gegebene Mengen Weizenmehl diesen Effekt nicht hervorbrachten. (Es liegen Versuche von anderer Seite vor, die zu beweisen scheinen, daß sogar die verschiedenen Sorten Hafermehl different wirken. Ref.).

3. Um die laxative Wirkung des bewährten Phenolphthaleins mit einer sedativen zu verbinden, wurde dasselbe mit Valeriansäure gekoppelt, und zwar derart, daß es den Magen passiert und erst im Darm zerfällt. Dieses Mittel — nom de guerre: Aperitol — wurde nach vorhergehenden Tierversuchen, welche seine Unschädlichkeit erwiesen, bei akuter und chronischer Obstipation gegeben; es zeigte sich, daß das Präparat beiden Indikationen gerecht wurde. Es kommt in der Dosierung von 0,2 als Fruchtgeléebonbon in den Handel.

(Ref. kann die gleichmäßige und sichere, sowie schmerzlose

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Wirkung nach mehrmonatigen Versuchen an seiner Poliklinik bestätigen.)

4. Das unter dem Namen Chologen bekannte Kompositum mehrerer immer noch geheim gehaltener Pharmaka hat neben vielen Freunden auch viel Gegner gefunden, welche den von Glaser — dem intellektuellen Autor — behaupteten Effekt bei Cholezystitis und Cholelithiasis leugneten. (Ref. schließt sich auf Grund von 45 genau beobachteten und peinlich nach den Vorschriften Glasers behandelten Fällen unbedingt den letzteren an.) L. hat durch sinnreich angestellte Versuche bewiesen, daß bei Gallensteinkranken — nach der Operation! — die Menge der abgeschiedenen Galle und ihr Lösungsvermögen durch Chologen Nr. 1 und 2 gesteigert werden. Wenn aber im Resumé der Publikation — von G. — daraufhin geschlossen wird, daß das „zu einer Besserung bez. Heilung unkomplizierter Fälle führen kann in dem Sinne, daß keine Weiter- bezw. Neubildung von Steinen zustandekommt“, so trifft das insofern nicht den Kern der Sache, als es in der übergroßen Mehrzahl der Fälle klinisch überhaupt nicht auf die Steine, sondern auf die Entzündung ankommt. Abgesehen davon sind die Gewichtsabnahmen, welche die Steine — extra corpus — durch die Chologengalle erfahren haben, so minimal, daß wohl mehr als ein Menschenleben dazu gehören würde, um den Inhalt einer steinerfüllten Blase intra corpus zur völligen Lösung zu bringen.

Militärmedizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer**, Steglitz.

1. **Ein Fall von Pneumokokken-Peritonitis.** Von Oberstabsarzt Dr. Koloman Gömöry. Der Militärarzt, 1908, Nr. 15.

2. **Beitrag zur Trommlerlähmung und deren Behandlung.** Von Stabsarzt Dr. Würth v. Würthenau-Wiesbaden. Deutsche militärärztliche Zeitschr., 1908, Heft 16.

3. **Ueber Schrapnellverletzungen.** Von Marine-Oberassistenzarzt Dr. Scheel. Ibidem, Heft 15, S. 633.

4. **Rückblick auf 100 Operationen wegen Erkrankung des Wurmfortsatzes.** Von Stabsarzt Dr. Derlin, Ibidem, S. 641.

5. **Improvisation der Feldtrage aus einem Zeltblatt.** Von Reg.-Arzt Dr. Th. Ruhig, Chefarzt des Inf.-Reg. Nr. 34. Der Militärarzt, 1908, Nr. 16.

6. **Die neue Offiziersgamasche als Universalschiene.** Von Stabsarzt Dr. Jul. Kaufmann. Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1908, Heft 16.

1. Das Wesentliche an dem von Oberstabsarzt Gömöry veröffentlichten Fall von Pneumokokkenperitonitis bei einem Soldaten war seine bakteriologische Seite, insofern es sich dabei um das extrapneumonale Vorkommen des Fränkelschen Pneumokokkus (Diplococcus pneumoniae nach Weichselbaum) handelt, der von einer Pneumonie ganz unabhängig einmal in der Bauchhöhle und sodann im Pharynx zur Entstehung eitriger Entzündungen geführt hatte. Ueber die Art dieser Entstehung ließen sich nur Vermutungen aufstellen.

2. Die erste ausführliche Arbeit über Trommlerlähmung war unseres Wissens die 1891 erschienene Inauguraldissertation von v. Zander, der, als Referent Regimentsarzt des 2. Garde-Regiments zu Fuß in Berlin war, u. a. auch bei diesem Material sammelte. Seitdem wurde die Daumenerkrankung — denn um eine solche handelt es sich — gewöhnlich als Extensorenlähmung, Trommlerlähmung ‚Trommlersehne bezeichnet und als richtige Lähmung einzelner Muskeln oder Muskelgruppen angesehen, bis Düms 1896 darauf hinwies, daß im allgemeinen wohl häufiger eine Erkrankung der Sehne (des langen Daumenstreckers) als des Muskels vorliegt. Czerny und Stendel stellten dann in den von ihnen operierten Fällen eine Zerreißung der Sehne des linken langen Daumenstreckers infolge angestrengten Trommelns fest, und diese scheint denn in der Tat auch häufiger vorzukommen als die des gleichnamigen Beugers. Verfasser sah unter 62 bezüglichen Fällen nur 3 der letzteren Art und unterzieht einen davon, der operiert war, einer eingehenden Besprechung.

3. Verletzungen durch Stahlschrapnells (nach ihrem Erfinder, dem englischen Oberst Shrapnell, mit Bleikugeln gefüllte Hohlgeschosse, die meist schon in der Luft platzen — Granaten platzen beim Aufschlagen—) kommen im Frieden begreiflicherweise nur ausnahmsweise vor; am 21. IX. 07 explodierten jedoch auf dem Artilleriedepot zu Wilhelmshaven 20 Schrapnells und brachten Verwundungen hervor, wie sie ein Zukunftskrieg wahrscheinlich in Masse bringen wird. Die Beschreibung und Veröffentlichung der dadurch herbeigeführten Verletzungen durch den Verfasser ist daher von allgemeinem kriegschirurgischen Interesse.

4. Auf den von Stabsarzt Derlin veröffentlichten Rückblick auf 100 Operationen wegen Erkrankung des Wurmfortsatzes kann hier nur hingewiesen werden. Er bildet eine wertvolle Ergänzung der bezüglichen Statistik überhaupt. Ausgeführt wurden die Operationen in den Garnisonlazaretten Thorn und Magdeburg sowie in einzelnen Lazaretten des 17. und 4. Armeecorps an Offizieren, Unteroffizieren und Mannschaften (mit 6 Todesfällen), davon innerhalb der ersten 48 Stunden 22 mit 2 Todesfällen, 19 im intermediären Stadium mit 4, im anfallsfreien Stadium 52 ohne Todesfall.

5. und 6. Regimentsarzt Dr. Ruhig und Stabsarzt Dr. Kaufmann liefern gleich zwei neue Beiträge zu der für den Sanitätsoffizier namentlich im Felde so wichtigen Improvisationstechnik: ersterer stellt aus einem Zeltblatt eine Feldtrage, letzterer aus der neuen Offiziersgamasche eine Universalschiene her. Da ein Referat ohne Abbildungen jedoch nicht verständlich sein würde, so soll hier nur darauf aufmerksam gemacht werden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Atoxyl als Tonikum.** Von Dr. Schacht. Med. Klinik, 1908, No. 37.

2. **Ein Beitrag zur Behandlung der Blutarmut und Nervenschwäche mit Hämatose und Arsen-Hämatose.** Von Dr. Neubauer. Oesterreich. Aerzte-Zeitung, 1908, Nr. 16.

3. **Einiges über Europhen.** Von Dr. Meißner. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 35.

1. Verfasser wendet das Atoxyl seit 5 Jahren systematisch als Tonikum und Roborans an und war mit den Erfolgen stets zufrieden. Er wandte das Mittel intramuskulär an und benutzte als Einstichstelle die Glutäalgegend. Niemals hat er lokale Reizungen oder Abszedierungen gesehen. Die intravenöse Anwendung des Atoxyls hält Verfasser nicht für einen wesentlichen Vorteil; über die Darreichung per os fehlen ihm Erfahrungen. Für den Injektionsgebrauch wandte er die kleinen Ampullen an, die bei sicherer Sterilisierung eine Zersetzung ausschließen sollen, und zwar analog einer Arsenikkur in steigenden und fallenden Dosen, also etwa nach dem Schema 0,02—0,04—0,06—0,08—0,10—0,12—0,15—0,15—0,15—0,15—0,12 u. s. f. bis 0,02 wie im Beginn. Demgemäß erstreckte sich eine Kur auf einen Monat, wenn jeden zweiten Tag eine Einspritzung vorgenommen wurde. Im ganzen wurden 1½ g Atoxyl verbraucht. Diese Dosis erscheint klein im Vergleich zu den in neueren Arbeiten erwähnten Mengen, ist aber gegenüber der mit Fowlerscher Lösung oder asiatischen Pillen in den Organismus eingeführten Arsenikmenge die 3—5 fache Dosis. Verfasser wandte Atoxyl in jenen Fällen an, wo sonst Arsen verordnet wird, und sah gute Erfolge, oft auch da, wo eine Arsenkur fehlgeschlagen war.

2. Nach N. besitzt die von Apotheker Richard Paul hergestellte Hämatose (Vin. chin. ferr. phosph.) alle die unbedingt erforderlichen Eigenschaften, die man an ein gutes Eisenpräparat stellen muß. Es ist dies ein Eisen in glyzero-phosphorsaurer Verbindung mit einem Gehalt an Alkaloiden der Chinarinde. Das Präparat soll wohlschmeckend und gut bekömmlich sein. Auch die von dem gleichen Apotheker hergestellte Arsenhämatose (Vin. chinae arso-ferr. phosphor.) soll eine gute Kombination von Eisen und Arsen sein, die den Vorzug der ziemlich genauen Dosierbarkeit des Arsens besitzt; denn ein Likörglas = 20 g (im Original steht — wohl irrtümlich — = 200 g!) enthält 1 mg arsenige Säure.

3. Um die teilweise unangenehmen Eigenschaften des Jodoforms zu beseitigen, ist man seit Jahren bemüht gewesen, einen Ersatz zu schaffen, den man in dem 1891 entdeckten Präparate Europhen gefunden zu haben glaubte. Dieses ist ein Isobutyl-ortho-Kresoljodid, das in seinen physiologischen Wirkungen eine

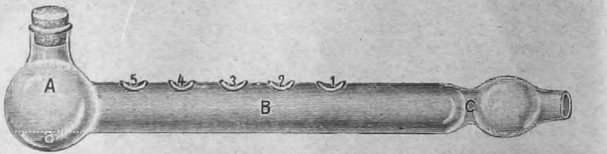
große Uebereinstimmung mit dem Jodoform aufweist, ohne dessen penetranten Geruch und seine Giftigkeit zu besitzen. Das Präparat ist ein gelbes, leichtes, schwach nach Safran riechendes Pulver, welches in Wasser unlöslich, jedoch in Alkohol, Aether, Chloroform und fetten Oelen löslich ist. Der Jodgehalt des Europhens beträgt etwa 28%. Es haftet gut auf Schleimhäuten und Wunden. Am besten findet Europhen Anwendung zu gleichen Teilen mit fein pulverisierter Borsäure. Da meist die weichen Schanker mit Jodoform behandelt werden und das Publikum mit dieser Therapie vertraut ist, so genügt der penetrante Geruch des Jodoforms, den Träger zu brandmarken. Es ist deshalb sehr erfreulich, daß nach M. die Anwendung des Europhens solche günstigen Resultate gezeitigt hat, daß man dasselbe statt des Jodoforms künftighin bei Ulcus molle benutzen kann. Die Heilungsdauer betrug 6—10 Tage. Auffallend war bei Verfassers Fällen die ausgesprochen schmerzlindernde Wirkung. Die Behandlung geschieht in folgender Weise: Das Ulcus wird zunächst mit lauwarmer 4 proz. Borsäurelösung gewaschen und gereinigt, mit steriler Gaze abgetupft und mit Europhen-Borsäurepulver dick bestreut. Ist ein Präputium vorhanden, so wird zwischen Glans und Präputium an geeigneter Stelle ein nach außen führender Gazestreifen eingelegt. Ist ein Präputium nicht vorhanden, so tritt an Stelle dieses Gazestreifens ein trockener Gazeverband. Jeden Morgen und Abend wird der Verband bezw. der Gazestreifen entfernt und ohne neue Waschung von frischem Europhenpulver aufgepudert. Allmählich bildet sich ein fester Europhenschorf, der nach vollendeter Ueberhäutung der Geschwürsfläche von selbst abfällt. Auch auf exstirpierte Initialsklerosenwundränder streut M. Europhen auf. Nach seiner Auffassung ist dieses von den bisher in die Praxis eingeführten Wundstreupulvern das beste, weil es reinigend, die Heilung befördernd, schmerzstillend wirkt und geruchlos ist.

Technische Neuerscheinungen.

Eine regulierbare Inhalationspfeife.

Von Dr. **Kindler**, Düsseldorf.

Die Inhalationspfeife soll es ermöglichen, auf einfache und bequeme Weise die wichtige Forderung einer Erfolg versprechenden Inhalationstherapie, die angewandten Heilmittel reizlos, tief und gleichmäßig einatmen zu können, zu erfüllen und auch bisher zu diesem Zwecke wegen zu heftiger Schleimhautreizung ungeeignete; aber wirkungsvolle Medikamente dazu verwendbar zu machen. Verf. sucht dies zu erreichen durch Regulierung der Luftzuführung. Die Pfeife ist aus Glas hergestellt und besteht aus dem mit einer Eingußöffnung versehenen Medikamentenbehälter A, dem Rohrstück B und dem olivenförmigen Endstück C, das für Nasen- und Mundinhalation gleichmäßig zu verwenden ist. Auf der oberen Seite des Rohrstücks sind fünf rundliche Oeffnungen angebracht; Größe und Abstand voneinander sind so bemessen, daß sie gleichzeitig alle oder beliebige einzelne durch die Finger des Inhalierenden zugehalten werden können. Diese verschiedentlich offen oder geschlossen gehaltenen Löcher ermöglichen es, beim Einatmen der Medikamente denselben soviel Luft beizumengen, daß die Inhalation ohne jeden Reiz tief und gleichmäßig vor sich gehen kann. Das Gefühl des Patienten gibt am besten Aufschluß über den nötigen Grad der Abschwächung. Je mehr Oeffnungen frei bleiben und je weiter diese vom Medikamentenbehälter entfernt sind, um so schwächer ist das Inhalationsgemenge und umgekehrt.

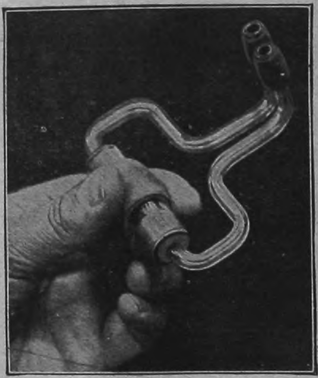


Fabrikation und Vertrieb des Instrumentes durch die Deutschen Glas-Präzisionswerkstätten in Brakel bei Dortmund; dasselbe soll unter der Bezeichnung „Inhalationspfeife Adda“ zum Preise von 1 M. in den Handel kommen.

Saug- und Inhalationsapparat

nach Dr. **Wohlfahrt**, Görbersdorf.

Der Apparat soll in erster Linie eine Saugwirkung entfalten. Wie aus der Abbildung ersichtlich, besteht derselbe aus zwei seitlichen Glasröhren, die an ihrem einen für die Einführung in die Nase bestimmten und entsprechend abgebogenen Ende mit Gummiringen armiert sind, während die anderen Enden durch ein Mittelrohr in Verbindung gebracht sind, in dem ein Schlitz vorhanden ist, der durch einen Gummiringschieber verkleinert resp. geschlossen werden kann. Der Apparat wird luftdicht in die Nasenöffnungen eingeführt, wozu Gummiringe von verschiedener Stärke beigegeben sind, alsdann atmet der Patient nur durch den Apparat bei geschlossenem Munde ein, während die Ausatmung auf beliebigem Wege vor sich gehen kann. Dabei bedingen die seitlichen Glasröhren eine Luftverdünnung in den Luftwegen, die durch Verkleinern des im Mittelrohr befindlichen Schlitzes mehr oder weniger verstärkt werden kann. Die Verminderung des Druckes in den Lungen soll eine größere Ueberflutung dieses Organes mit Blut zur Folge haben. Soll mit der Saugwirkung eine Inhalationswirkung verbunden werden, so gibt man etwas Watte in das Mittelrohr und tränkt diese mit einigen Tropfen Inhalationsflüssigkeit (eine solche, aus ätherischen Oelen in Verbindung mit Perubalsam und Menthol usw. bestehend, ist durch Apotheker Carl, Friedland, Bez. Breslau, zu beziehen).



Der Apparat eignet sich zur Behandlung von mehr oder weniger chronischen Katarrhen der Atmungsorgane — Tuberkulose der Lungen 1. und 2. Stadiums, Luftröhren- und Bronchialkatarrhen, chron. Affektionen des Kehlkopfes, chron. Katarrhen der Nase und des Rachens. Ungeeignet ist der Apparat bei Lungenblutungen und fieberhaften Affektionen. Er soll in der Regel nicht länger als 3—4 Stunden täglich benutzt werden. Die Schlitzöffnung, die in 10 Teile geteilt ist, wird ganz allmählich verkleinert, wobei als Regel gelten soll, daß der Patient im Beginn jeder Einatmung regelmäßig eine leichte Atemnot verspürt. Eine im Anfang der Anwendung bisweilen sich einstellende stärkere Atemnot, Kopfdruck, Gesichtsrötung, Brustschmerzen usw. sind ohne Bedeutung, einige Einatmungen bei geöffnetem Munde beseitigen leicht die Beschwerden. Die Desinfektion des Apparates kann leicht durch Einlegen in eine Lysoformlösung bewirkt werden.

Zu beziehen durch E. Waldow, Friedland, Bez. Breslau. Preis 5 M.

M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Psychologie des Verbrechers. (Enzyklopädie der modernen Kriminalistik.) Von Staatsanwalt E. Wulffen, Dresden. 2 Bände, (1. Band 448, 2. Band 546 S.) Gr. 8⁰ 25 M., geb. 30 M. Verlag Dr. P. Langenscheidt, Groß-Lichterfelde-Ost.

Sicher eine verdienstvolle Arbeit, eine Psychologie des Verbrechers zu schreiben. Wulffens Abhandlung ist ein großes Werk, nicht etwa nur dem Umfange nach. Ob man in allen Einzelheiten mit dem Verfasser einverstanden sein kann, ist eine andere Frage; ich möchte gleich die beiden Hauptpunkte erwähnen, in denen ich mit ihm dissentiere.

Der erste Band bringt außer Vorwort und Einleitung ein Kapitel über Physiologie und Psychologie und ein zweites über Psychiatrie. So sehr auch beides bei einer „Psychologie des Verbrechens" gewürdigt werden muß, so wenig sympathisch erscheint es mir, daß ein Jurist Aufsätze über Anatomie und Pathologie schreibt, auch wenn er sich auf anerkannte Autoren stützt; aus diesem Gedanken heraus mißbillige ich auch — an und für sich richtige — Urteile, wie: „Ein ganz einfacher Schulfall der Epilepsie."

Ich verkenne zweitens durchaus nicht, daß ein Beispiel viel lehrreicher wirkt, den Fall viel prägnanter zeichnet, als es die beste Schilderung vermag, trotzdem kann ich hier die Befürchtung nicht unterdrücken, daß die zahlreichen, bis ins einzelne gehenden Erzählungen geeignet sind, die Sensationslust zu erwecken und dem Werke eher schaden als nützen.

Bei dem großen Umfange des Werkes ist es natürlich im Rahmen einer Besprechung nicht möglich, auf alle Einzelheiten einzugehen; es sei gestattet, nur dieses und jenes besonders hervorzuheben. Wenn W. im „Vorwort" sagt, daß die empirische Menschenkenntnis nur dann als wertvoll anerkannt werden kann, wenn sie zum mindesten einen sicheren Vergleich mit experimentell geprüftem Materiale zuläßt, so ist zu bedenken, daß unsere schönsten Experimente oft von der allmächtigen Natur ad absurdum geführt werden. Dagegen stimme ich dem Verf. durchaus bei, wenn er meint, daß eine latente Kriminalistik fast jedem Menschen innewohnt, und daß das Milieu eine große Rolle dabei spielt.

Deshalb glaube ich nicht an einen geborenen Verbrecher. „Gelegenheit macht Diebe."

Die Forderung, daß der praktische Kriminalist sich selbst auf der vom Arzte vorgetragenen Grundlage ein Gutachten aufzubauen vermag, ist wohl zu weitgehend, aber unbedingt zu fordern ist, daß er dem Gutachten folgen, es genau verstehen und würdigen kann; dann wird auch der Gutachter immer zu seinem Rechte kommen. Mit den Gerichtsärzten scheint Verf. übrigens schlechte Erfahrungen gemacht zu haben, sie kommen bei seiner Beurteilung nicht gerade gut weg. Sehr richtig ist, daß sowohl Staatsanwalt wie Vorsitzender die Persönlichkeit des Verbrechers fast nie kennen.

Wenn W. in seinem dritten Kapitel „Anthropologie" sagt, daß das Vorhandensein auffälliger Tätowierungen ein Anzeichen für die Minderwertigkeit der ethischen Gefühle und des Intellekts darstelle, so kann ich nur dann beistimmen, wenn das Wort „auffällig" besonders betont und unterstrichen wird. Ich habe — ich möchte fast sagen — unzählige Tätowierte gesehen, Kriminelle und andere, ich halte das Tätowieren für eine Modesache, einen Sport, einen Zeitvertreib; ich bin hierin ebenso Baers Ansicht, wie in der Frage, ob bei Verbrechern, besonders bei Verbrecherinnen, Linkshändigkeit häufig anzutreffen sei; meine gewiß nicht kleinen Erfahrungen können dies nicht bestätigen.

Ob wirklich nur aus dem allgemein weiblichen Bedürfnisse heraus, sich an eine stärkere Persönlichkeit anzulehnen, die Prostituierte sich einem Zuhälter anschließt, erscheint mir fraglich, ich glaube doch, daß hier auch die Liebe mitspielt; außer ihrem Berufe will die Prostituierte — wenn ich so sagen darf — auch etwas fürs Herz haben; und man könnte sich viele Züge und Vorkommnisse nicht erklären, wenn man die Liebe (oder ein ihr absolut ähnliches Gefühl) ganz ausscheiden wollte.

Daß unter den Verbrechern ein großer Teil Geisteskranker, geistig „Minderwertiger", moralisch, ethisch und intellektuell Tiefstehende sich befinden, bedarf keiner weiteren Frage, deshalb erklärt sich wohl auch das häufige Fehlen von Treue und Freundschaft in diesem Kreise; daß aber die größte Zahl Schwachsinniger nach Bezzolas Berechnung gezeugt werden soll zur Zeit des Weinmosts, des Faschings usw., ist wohl nicht allzuernst zu nehmen, denn Mosttrinken und Faschingfeiern ist nur auf örtlich eng begrenzte Gebiete beschränkt.

Im vierten Kapitel bringt W. eine ausgedehnte Statistik, während im 5. und 6. Kapitel „Ethik und Charakterologie" besprochen werden. Was hier z. B. über die Tätigkeit der Verteidigung und über die Nachsicht der Geschworenen gesagt wird, kann ohne weiteres unterschrieben und durch zahlreiche Beispiele belegt werden: Delikte, die die Geschworenen für sich oder ihre Angehörigen fürchten können, haben fast nie auf Freispruch zu rechnen, deshalb wurde auch Terrnow trotz der ärztlichen Gutachten verurteilt.

Sehr richtig ist, daß uns allen größere Kenntnis der Gesetze not tut; wie erstaunt ist bisweilen der Angeklagte, wenn er hört, als was eigentlich seine Tat im Sinne des Strafgesetzbuches ausgelegt wird, wie er vom Verlesen des Eröffnungsbeschlusses, worauf W. in seinem 8. Kapitel (Psychologie im Strafverfahren und im Strafvollzug) hinweist, fast gar nichts versteht, denn diese Vorlesung ist tatsächlich oft die reine Farce; auch alle sonst betonten Schattenseiten der Hauptverhandlung sind nur zu richtig. Aber woran liegt das meist? An der Ueberlastung der Richter! Sie müssen so und so viele Sachen in einer Sitzung erledigen, sonst ist gar kein Durchkommen mehr, und deshalb geht alles im Fluge, und deshalb hört man nachher so oft von dem Verurteilten die Klage: „Ich bin ja gar nicht zu Worte gekommen!"

Auch das „Witzeln" des Vorsitzenden geht oft zu weit, wie W. richtig hervorhebt, wie überhaupt bisweilen die Behandlung des Angeklagten nicht die richtige zu sein scheint. Neulich erlebte ich, daß ein etwas sehr derb angeredeter Angeklagter antwortete: „Sie brauchen nicht so zu schreien!" Die Zuhörer brachen in lautes Lachen aus. Dient das dazu, eine Verhandlung würdiger zu gestalten?

Natürlich wird sich der Gewohnheitsverbrecher, der seine Diebstähle usw. oft als Sport betreibt, viel leichter auf der ihm sattsam bekannten Anklagebank zurechtzufinden als der Neuling, der erstmals Angeklagte.

Von fundamentaler Bedeutung ist die Ansicht, daß der Verbrecher fast nie regelmäßig arbeiten gelernt, nie den Segen der Arbeit erfahren hat.

Aus dem Abschnitt über „Aberglauben" möchte ich hervorheben, daß die vom Verf. geschilderten Vornahmen, um einen Eid ungültig zu machen, ihn nicht zum Meineid werden zu lassen, sehr verbreitet sind. Ich nehme etwas vorneweg, wenn ich hier schon auf den „Aberglauben der Wilddiebe" zu sprechen komme. W. meint: „Für den Grad der Intelligenz spricht ihr Aberglaube." Ich weiß nicht, ob dieser Satz in seiner Allgemeinheit richtig ist, denn fast jedem Waidmann, auch dem gebildeten, wohnt ein gewisser Aberglaube inne: ich erinnere nur an das Begegnen einer alten Frau beim Aufbruch zur Jagd oder bei derselben Gelegenheit an den Wunsch: „Viel Glück!" usw.

Ein Wort noch über unsere Erziehungsmethoden.

Auch hier scheint mir W. durchaus das Richtige zu treffen, wenn er verlangt, daß beim Kinde die ethische Seite mehr betont werden müßte.

Aus dem 7. Kapitel (Psychologie des Verbrechens und Verbrecherspezialisten) möchte ich folgendes hervorheben: Erlebt man zahlreiche Gerichtsverhandlungen wegen Diebstahls, so muß man dem Verf. unbedingt Recht geben, daß aus echter Not verhältnismäßig wenig gestohlen wird; weiter wird mit Recht eine zwischen dichterischem Vermögen und strafbarem Schwindel bestehender Zusammenhang betont, der sich bei beiden in der Lebhaftigkeit der Phantasie äußert. Was die Simulation von Geistesstörung angeht, so ist diese nicht so häufig als man früher glaubte, aber auch nicht so enorm selten, wie man jetzt oft anzunehmen geneigt ist; ich verweise in dieser Richtung auf einen kleinen Aufsatz von mir im „Archiv von Groß", Bd. 25, 1906.

Auch die Simulation von Körperkrankheiten habe ich mehrfach erlebt und zwar ebenfalls auch Taubstummheit und Stummheit. Eine russische Bettlerbande durchzog die Lande, von ihnen überreichte Briefe schilderten ihr Elend usw., es wurde behauptet, die Vorzeiger seien gemartert und ihnen die Zunge ausgerissen. Ein flüchtiges Hineinblicken in den Mund zeigte, daß die Zunge fehlte; nur genaue Untersuchung mit Spatel brachte die Zunge zutage.

Bei der Blutschande spielt ganz sicherlich, wie W. hervorhebt, in den allermeisten Fällen der Alkohol eine Rolle. Das

Public Domain in the United States, Google-digitized
Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

letzte Kapitel: „Psychologie im Strafverfahren und im Strafvollzug" interessiert mich am lebhaftesten.

Als Beispiel der häufigen Depression und Verzweiflung der Täter nach der Tat führt W. den von mir behandelten und beobachteten Fall „Waldeck" an; solche Beispiele lassen sich noch eine große Menge anführen, ich habe eine kleine Statistik über Selbstmorde gegeben in dem Aufsatz über Gefängnishygiene (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin etc., Band 31, 3. Folge, 1906) und füge hinzu, daß diese Depression naturgemäß sich meistens äußert in den allerersten Tagen, bisweilen Stunden nach der Einlieferung in das Gefängnis oder kurz nach der Verurteilung.

Außer Butterbrot und Bier üben vor allen Dingen Zigarren und Zigaretten eine oft unwiderstehliche Gewalt auf den Angeschuldigten aus und versetzen ihn häufig in eine gewisse gute, zu Mitteilungen und Geständnissen geeignete Stimmung.

Gewalttätige Angriffe habe ich nicht nur auf den Gerichtshof und den Gerichtsdiener, sondern auch auf den Sachverständigen erlebt.

Einverstanden muß man unbedingt mit der Ansicht von W. sein, daß die Abschaffung der Todesstrafe nicht unbedingt zu fordern ist.

Weinen und Hilfeschreien habe ich vor den verhältnismäßig zahlreichen Hinrichtungen, denen ich beigewohnt habe, nicht erlebt.

Auch das Schreien von Hennig (ich habe auch diese Hinrichtung gesehen und den H. bis zu seiner Ueberführung nach Plötzensee beobachtet), war kein Schreien aus Angst und Furcht; H. wollte seine Hinrichtung mit allen Mitteln vereiteln, und uns, die wir den ganzen Verlauf des Falles genau kannten, kamen diese Szenen nicht unerwartet.

Der Forderung des Verfassers, bei der Strafverbüßung auch die Gesetze der Hygiene zu berücksichtigen, die Gefangenen individuell zu behandeln usw., ist man wohl jetzt überall zu entsprechen bemüht, dafür sprechen die verlangten regelmäßigen Zellenbesuche aller Gefangenen durch die Oberbeamten, ferner die bessere Ausbildung dieser Beamten, die Lehrkurse für das Gefängniswesen und dergl. mehr. Ob man hier, auf den Gefangenen auch ästhetisch und künstlerisch zu wirken, nicht manchmal über das Ziel hinausschießt, erscheint mir doch nicht unmöglich: ich meine, daß eine schön geschmückte und modern verzierte Kirche (wir haben im Neubau des Untersuchungsgefängnisses auch eine solche) nicht ins Gefängnis gehört. Natürlich soll sie sich nicht ausnehmen wie ein Ort des Schreckens, aber ihr Aeußeres soll dem Rechtsbrecher stets gemahnen, daß er sich im Gefängnis befindet.

Was die jugendlichen Verbrecher anlangt, so stehe ich auf dem Standpunkt, daß diese viel eher in ein Erziehungshaus, in Familienpflege usw. gehören als in ein Gefängnis. Unsere Fürsorge müßte — auch darin stimme ich dem Verf. bei — viel mehr ausgebildet werden, damit sie wirklichen Segen und Nutzen bringen kann, denn der „Wiedereintritt des Strafentlassenen in die Gesellschaft" ist nicht nur nicht leicht, sondern meistens sehr schwer.

Und schließlich bin ich auch mit W. der gleichen Ansicht, daß die Geldstrafen proportional dem Vermögen, der Stellung des Bestraften verhängt werden müßten.

Wie lange braucht ein Arbeiter, um eine Geldstrafe von 100 Mark zu zahlen? In der Regel ist ihm dies unmöglich, denn sein Verdienst steht zu dieser Summe in gar keinem Verhältnis; auf der anderen Seite hätte man z. B. im Falle Sternberg eine Geldstrafe von mehreren Millionen vielleicht neben einer kleinen Gefängnisstrafe ausgesprochen oder vielmehr aussprechen können, so würde man die Schuldigen vielleicht schwerer getroffen haben, ohne ihn zu ruinieren, ganz abgesehen von der Einnahme des Fiskus. Man erzählte sich, Sternberg besäße 7 Millionen: auch von der Hälfte dieser Summe läßt sich noch einigermaßen leben.

Alles in allem ist die „Psychologie des Verbrechers" ein großes Verdienst Wulffens. Wir versuchen die Seele des Täters, sein Inneres, seine Motive für die Tat kennen zu lernen, und wenn uns dies gelingt, so können wir natürlich auch die Tat selbst besser und richtiger beurteilen und verstehen; das, was uns sonst oft allein ein vollständiges Rätsel erscheint, trägt die Lösung in sich, wenn es uns gelingt, dem Täter auf den verschlungenen Pfaden seines Denkens und Ueberlegens zu folgen. Und darin liegt das Verdienst des Verfassers. Was die äußere Gestaltung des Werkes angeht, so ist sie des bekannten Verlages würdig.

Med.-Rat Dr. H. Hoffmann (Berlin).

Allgemeines.

Der Vorkämpfer der **Hetolbehandlung der Tuberkulose,** Dr. med. Weißmann-Lindenfels i. O., läßt an alle Freunde der Hetoltherapie eine Einladung zu einer Versammlung ergehen, die am 18. Oktober d. J., nachm. 2 Uhr, in Köln a. Rh. im Hotel Westminster (gegenüber dem Dom) stattfinden und zur Gründung einer freien Vereinigung der Hetolfreunde führen soll. Die Tagesordnung ist:

1. Eröffnungsansprache durch Dr. Weißmann. Wahl eines Versammlungsleiters und zweier Protokollführer.
2. Zweck der Versammlung. Referent: Dr. Großkopf-Osnabrück.
3. Beratung über die angeregte Gründung einer freien Vereinigung der Hetolfreunde; event. Wahl des Vorstandes. Festsetzung der Beiträge. Vereinsorgan.
4. Beratung über die Form der Propaganda für die Hetolbehandlung. Programm und Arbeitsplan der Vereinigung.
5. Mitteilungen über Erfahrungen mit Hetol, über die Technik der intravenösen Injektion und die Technik der Hetolbehandlung.
6. Gemeinsames Essen um 5 Uhr (mit Damen; das trockene Gedeck 3 M.).

Anmeldungen mit Angabe der gewünschten Anzahl Gedecke und des gewünschten Nachtquartiers nimmt Dr. Weißmann bis spätestens 10. Oktober entgegen.

Poliklinik für Nervenmassage. Durch Verfügung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten ist in dem zur Charité gehörigen Hause Luisenstr. 11, pt., eine Poliklinik für Nervenmassage eröffnet worden, deren Leitung dem Spezialarzt für Nervenmassage, Oberstabsarzt Dr. Cornelius von der Kaiser Wilhelms-Akademie, übertragen worden ist.

Zweck dieser Einrichtung ist: Die Behandlung periphernervöser Leiden (Neuralgien aller Art, zumal Ischias, Kopfschmerzen, nervöser Magen-Darmbeschwerden, nervöser Herzbeschwerden, nervöser Frauenleiden, von Unfallsneurosen und deren Beurteilung) mittels Nervenmassage. Die Aufnahmestunden sind täglich, außer Sonntag und Donnerstag, zwischen 12 und 2 Uhr. Die Behandlung erfolgt für Unbemittelte kostenlos, für Kassenkranke usw. zu Minimalsätzen.

Das Institut dient gleichzeitig als Lehrinstitut für Aerzte in der Corneliusschen Nervenmassage, deren Bedeutung für die Behandlung dieser Nervenleiden mehr und mehr anerkannt wird. (Deutsche militärärztl. Ztschr., 1908, Nr. 18.)

Kürzlich erschien: **„Ich weiß Bescheid in Berlin"** (380 Seiten auf dünnstem Papier in bequemem Taschenformat, mit Pharusplänen und 24 Illustrationen. Preis M. 1,—, geb. M. 1,50. B. Behrs Verlag, Berlin W. 35). — Unter der Mitarbeit hervorragender Fachgelehrter und Schriftsteller wie Georg Bernhard, Friedrich Dernburg, Albert Dresdner, Edmund Edel, Dr. v. Erdberg, Julius Hart, Anselm Heine, Theodor Kappstein, Otto Kynörck, Conrad Matschoß, D. Friedrich Naumann, Hans Ostwald, Geheimrat Proskauer, Ernst Schur u. a., ist hier ein ebenso praktischer wie literarisch wertvoller Führer entstanden, der in klarster, systematischer Verteilung auf 30 Kapitel ein schier unerschöpfliches Material an allem Sehenswerten und Wissenswürdigen in Berlin bietet. Die Wünsche der Vergnügungs- und „Schnellreisenden" wie die der Studienreisenden jeder Art sind in gleicher Weise berücksichtigt.

Wattenbergs colloider Knochenstoff
ist gesetzlich geschützt unter dem Namen
Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Knochenbildungs- und Knochenkräftigungsmittel, welches leicht verdaut und im Säftestrom ausgenützt wird, bestens empfohlen als Zusatz zur Ernährung schwächlicher, schlecht fundamentierter, rachitischer Kinder.
Abhandlung und Prospekte durch
Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle a. S., Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald**, Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger**, Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**, Abbazia, Prof. Dr. **M. Koeppen**, Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch**, Breslau, Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**, Berlin, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Gießen, Prof. Dr. **P. G. Unna**, Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht**, Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius**, Heidelberg.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz**, Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Berlin, 11. Oktober 1908. **Nr. 41.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
A. S. Bylina, Kiew: Zur Kasuistik der primären chronischen fibrinösen Bronchitis 597
E. Rohlff, Potsdam: Schmerzloses Zahnziehen mittels lokaler Betäubung in der allgemeinen Praxis (Schluß) 599
Referate:
Otfried O. Fellner, Wien: Interne Komplikationen der Schwangerschaft (Sammelreferat) 603
J. Ibrahim, München: Kinderheilkunde 605
Gustav Tugendreich, Berlin: Säuglingsfürsorge 606
G. Flatau, Berlin: Neurologie 607
Heinrich Landau, Berlin: Chirurgie 607
M. Peltzer, Steglitz: Soziale Medizin 608
M. Peltzer, Steglitz: Militärsanitätswesen 609
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 609
Technische Neuerscheinungen:
Kantorowicz, Berlin: Ein neuer Perkussionshammer 610
Bücherbesprechungen:
A. Hellwig: Aus Natur und Geisteswelt (Referent: H. Hoffmann, Berlin) 611
P. Näcke, Hubertusburg: Ueber Familienmord durch Geisteskranke (Referent: H. Hoffmann, Berlin) 611
Korrespondenz 611
Allgemeines 612

ORIGINALIEN.

Aus der therapeutischen Fakultätsklinik des Prof. W. P. Obrastzow an der Universität Kiew.

Zur Kasuistik der primären chronischen fibrinösen Bronchitis.

Von Privatdozent Dr. **A. S. Bylina**.

Als „Curiosity of medicine“ bezeichnet J. West die in hohem Grade eigentümliche Affektion der Bronchien, welche unter dem Namen der fibrinösen Bronchitis bekannt ist. Zu dieser Bezeichnung sah er sich durch zahlreiche Momente veranlaßt. Die große Seltenheit der Krankheit, die vollständig dunkle Aetiologie derselben, die wenig erforschte Pathogenese und hauptsächlich das außerordentlich charakteristische Symptom dieser Krankheit, welches in dem Abgang von schönen, baumartig verästelten Abgüssen mit dem Sputum besteht — alle diese Momente haben West veranlaßt, die fibrinöse Bronchitis als eine vollständig eigenartige Erkrankung zu bezeichnen, die in der gesamten Pathologie kein Analogon besitzt.

Das Grundsymptom der fibrinösen Bronchitis, welches, wie gesagt, im Abgang von charakteristischen Abgüssen besteht, hat natürlich nicht umhin können, die Aufmerksamkeit der klassischen und mittelalterlichen Aerzte auf sich zu lenken. Die ersten Hinweise auf solche Abgüsse kann man schon bei Galen finden. Jedoch hat erst Tulpius im Jahre 1646 durchaus sichere Fälle von dieser Krankheit beschrieben und der Beschreibung deutlich und genau ausgeführte Abbildungen beigegeben. Seitdem hat sich eine ganze Reihe von Autoren (Nicholsius, Lemery, Morgagni, Hunter, Laennec und viele andere) mit dem Studium der fibrinösen Bronchitis beschäftigt, jedoch hat die schwache Entwickelung der zeitgenössischen Anatomie und Physiologie einerseits und der Pathologie andererseits zu einer falschen Beurteilung und irrtümlichen Deutung der beobachteten Erscheinungen geführt. Jeder Autor erklärte auf seine eigene Art und Weise die Entstehung der verästelten Abgüsse. Manche sprachen von geronnenem und weiß gewordenem Blute, von Bronchial- und sogar Herzpolypen, von abgelöster Bronchial-Schleimhaut, schließlich von nekrotischen Blut- und Lymphgefäßen, die nach außen geworfen werden. Erst in der Mitte des vergangenen Jahrhunderts hat Remak (1845) als erster einen Fall von auf der Basis von fibrinöser Pneumonie entstandener sekundärer fibrinöser Bronchitis beobachtet und die entleerten Blutgerinnsel als Abgüsse, die dem Lumen der Bronchien entsprechen, betrachtet. Die weitere Ausbreitung dieser Frage verdankt die Wissenschaft hauptsächlich Biermer, Lebert und Riegel, die zur Erforschung der in Rede stehenden Erkrankung viel beigetragen haben.

Heutzutage betrachtet man als primäre fibrinöse Bronchitis idiopathisch zur Entwicklung gelangende Entzündungen der Bronchialschleimhaut, wobei auf der Oberfläche der letzteren sich Fibrinschichten auflagern, welche dann in Form von charakteristischen, baumartig verästelten Abgüssen hinausgeworfen werden. Dem Verlauf nach unterscheidet man akute, subakute und chronische Form von idiopathischer fibrinöser Bronchitis. So einfach und leicht es aber theoretisch auch sein mag, die primäre fibrinöse Bronchitis als eine besondere und streng abgegrenzte Krankheitsform darzustellen, so schwer ist es manchmal, in einzelnen in der Praxis vorkommenden Fällen festzustellen, ob wir es mit einer primären Affektion oder nur mit einer eigenartigen Komplikation anderer selbständiger Erkrankungen zu tun haben.

Die fibrinöse Bronchitis befindet sich nämlich vermittelst sehr zahlreicher, zeitweise jedoch schwer faßbarer Verletzungen in Wechselbeziehung zu vielen anderen Krankheitsformen. In dieser Beziehung ist das Studium des Zusammenhanges, der zwischen der fibrinösen Bronchitis und dem Bronchial-Asthma besteht, sehr lehrreich und interessant. In vielen Fällen von Bronchial-Asthma kann man in dem während des Anfalles zur Ausscheidung gelangenden Auswurf feine Fädchen finden, welche bei entsprechender Untersuchung, von der im nachstehenden aus führlich die Rede sein wird, sich als aus Fibrin bestehend erweisen: sie stellen Abgüsse der kleinen Bronchien dar. Neben diesen fibrinösen Fädchen kann man in solchen Fällen gewöhnlich die charakteristischen Bestandteile des Auswurfes der an Asthma leidenden Personen finden: Kristalle von Charcot-Leyden und Spiralen von Curschmann. Das dabei zutage tretende Asthmabild unterscheidet sich von den gewöhnlichen Manifestationen dieser Krankheit nicht: Wie gewöhnlich, so treten auch hier Anfälle von heftigem Asthma, die mit der Expektoration des geschilderten Sputums abschließen, in den Vordergrund. Es kommen aber auch solche Fälle von Asthma vor, wo man im Auswurf größere, fibrinöse, sich baumartig verästelnde Abgüsse sehen kann, welche nicht nur den kleinen, sondern auch den mittelgroßen Bronchien entsprechen; auch in diesem Falle enthält der während des Anfalles zur Ausscheidung gelangende Auswurf meistenteils die charakteristischen Kristalle und Spiralen. Jedoch kann man bei der Untersuchung dieses Auswurfes, wie Adolf Schmidt richtig bemerkt, nicht genau feststellen, mit welcher der beiden Krankheitsformen man es in dem betreffenden Falle zu tun hat. Ferner kommen Fälle vor, wo die im Sputum sich vorfindenden Fibringerinnsel noch größere Dimensionen erreichen, während die charakteristischen Kristalle und Curschmann'schen Spiralen in geringer Quantität und obendrein nicht immer angetroffen werden. Auch das klinische Bild zeigt einen Charakter, der der Vorstellung vom typischen Bronchialasthma weniger entspricht: Die Asthmaanfälle haben, wenn sie auch auftreten, keinen so stürmischen Charakter; die ganze Krankheit verläuft überhaupt weniger stürmisch und akut, und das Auswerfen von Fibrin während der Hustenanfälle tritt als Erscheinung in den Vordergrund. Diese Kombination von Symptomen, in der Reihe der Kettenglieder, welche das Bronchialasthma einerseits und die primäre fibrinöse Bronchitis andererseits mittelst ununterbrochener Kette miteinander verbinden, stellen eine Gruppe dar, welche der rein essentiellen fibrinösen Bronchitis sehr naheliegt.

Auf den zwischen Bronchialasthma und fibrinöser Bronchitis bestehenden Zusammenhang hat zum erstenmal v. Leyden im Jahre 1872 hingewiesen. Analoge Ansichten äußerten Pramberger, Unger, Sokolowski und Posselt. In neuerer Zeit hat A. Fränkel die Vermutung ausgesprochen, daß die fibrinöse Bronchitis ein Kettenglied ist, welches das Bronchialasthma einerseits und die vor kurzem von Lange beschriebene und als „Bronchitis obliterans" bezeichnete besondere Krankheitsform andererseits verbindet. Außer dem Bronchialasthma gibt es noch eine ganze Reihe akuter sowohl wie chronischer Erkrankungen, in deren Verlauf als dauerndes oder vorübergehendes, jedenfalls aber sekundäres Symptom sich Entleerung von fibrinösen Bronchialabgüssen einstellt. So kann man ziemlich häufig, wenn man den Auswurf von mit typischer fibrinöser Pneumonie behafteten Patienten in Wasser gießt, fibrinöse Abgüsse bemerken, die sich im Wasser entfalten und weißlich, häufiger aber blutig gefärbt sind; diese Abgüsse entsprechen ihren Dimensionen nach den kleinsten und kleinen, ab und zu auch den mittelgroßen Bronchien. Die Erklärung der Entstehung dieser Bronchialgerinnsel während der fibrinösen Lungenentzündung verursacht keine große Schwierigkeiten: beim reichlichen Erguß von entzündlichem Exsudat in die Höhlen der Lungenbläschen kann ein Teil derselben nach oben in das Lumen zunächst der kleinsten, dann unter günstigen Verhältnissen (bei reichlichem Exsudat) in das Lumen größerer Bronchien hinaufsteigen; hieraus werden die Gerinnsel im Stadium der beginnenden Resolution der Pneumonie unter starken Hustenstößen samt dem charakteristischen Auswurf nach außen befördert.

Noch verständlicher ist die Entstehung der Bronchialabgüsse, welche in manchen Fällen von Diphtherie des Rachens und des Kehlkopfes beobachtet werden. Von diesen Organen kann der durch die Diphtherie-Bazillen bedingte Entzündungsprozeß sich nach und nach auf die Schleimhaut der Luftröhre ausbreiten, dann auch auf die Bronchien übergehen und auf der Bronchialschleimhaut die Ablagerung von charakteristischen fibrinösen Membranen hervorrufen. Dieser Prozeß steigt gewöhnlich über die größeren und mittelgroßen Bronchien nicht hinunter.

Viele Autoren (Lebert, Lucas Championnière, Model) haben die Entleerung von fibrinösen Abgüssen im Verlauf von chronischer Lungentuberkulose beobachtet.

Ab und zu kann man die Entleerung von Bronchialabgüssen auch bei Influenza beobachten. So hat Nonat im Jahre 1837 bei Gelegenheit einer heftigen Influenza-Epidemie zu Paris bei vielen Kranken im ausgeworfenen Sputum eigenartige Gerinnsel konstatiert.

Eisenlor und Mazzotti berichten über je einen Fall von Typhus, in dessen Verlauf sie Abgang von verästelten Gerinnseln beobachtet haben.

Ferner sind — allerdings nicht besonders zahlreiche — Fälle veröffentlicht, in denen der Abgang von Bronchialabgüssen bei Syphilis, Skrofulose, bei englischer Krankheit und Alkoholismus beobachtet wurde. Desgleichen werden bei Herzerkrankungen, namentlich bei Herzklappenfehlern im Stadium der Kompensationsstörung Bronchialabgüsse expektoriert, die in solchen Fällen gewöhnlich stark blutig gefärbt sind. Solche Fälle sind von Habel, Stark, Bernouilli, Degen und in letzter Zeit von Professor Janowski beschrieben worden. Letzterer beschreibt einen in dieser Beziehung außerordentlich lehrreichen Fall, der einen Patienten aus dem Städtischen Alexander-Krankenhause zu Kiew betrifft.

Es muß noch hervorgehoben werden, daß manche Autoren das Expektorieren von Auswurf mit mehr oder minder charakteristischen Abgüssen (Waldenburg, Streets, Mader) im Verlauf von einigen Hautkrankheiten, wie Ekzem, Herpes tonsurans, ab und zu auch bei Pemphigus der Nasen- und Mundschleimhaut beobachtet haben.

Desgleichen fanden manche Autoren (Brick) Abgüsse im Sputum bei Störungen von seiten der weiblichen Genitalsphäre, namentlich bei unregelmäßiger Menstruation.

Man kann somit Abgang von Bronchialabgüssen von Zeit zu Zeit bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen beobachten; in solchen Fällen ist aber diese Erscheinung nur ein Symptom der primären Grundkrankheit und tritt nur ab und zu als Ausnahme auf; diese Erscheinung kann rasch und für immer verschwinden, während die Grundkrankheit ihren gewöhnlichen Verlauf nimmt. Mit einem Worte, in denjenigen Fällen, in denen das Auftreten von Bronchialabgüssen im Verlauf von anderen Krankheiten beobachtet wird, haben wir gar keinen Grund, anzunehmen, daß primäre fibrinöse Bronchitis vorliege und müssen uns auf die Feststellung eines eigenartigen und seltenen Symptoms der jeweiligen Grundkrankheit beschränken.

Die chemische Zusammensetzung der Gerinnsel, die bei primärer fibrinöser Bronchitis expektoriert werden, bildete längere Zeit hindurch den Gegenstand lebhafter Debatten zwischen den zahlreichen Forschern. Bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts hat Mac Laurin die Ansicht ausgesprochen, daß die Abgüsse aus verdichtetem Schleim beständen. Derselben Meinung schlossen sich L. Championnière und in neuerer Zeit Oscar Beschorner an. Ihre Ansicht haben diese Autoren auf die Resultate der chemischen Untersuchung der von ihren Patienten expektorierten Gerinnsel gestützt, wobei letztere sich als aus Schleim (Mucin) bestehend erwiesen haben. Eine ebensolche chemische Zusammensetzung der Gerinnsel fanden in neuerer Zeit in ihren Fällen Klein (1896), Habel (1898), Prof. Hochhaus (1902), Schwarzkopf u. a. Jedoch läßt in vielen Fällen von primärer fibrinöser Bronchitis die chemische Untersuchung der Gerinnsel keinen Zweifel darüber aufkommen, daß dieselben aus Fibrin bestehen. Zu demselben Schlusse sind im letzten Jahrzehnt folgende Autoren gelangt, die sich vielfach mit der Untersuchung der Bronchialabgüsse ihrer Kranken beschäftigt haben: Jakobsohn (1898), R. Schmidt (1899), H. Strauß (1900), Schittenhelm und einige andere.

Das Hauptunterscheidungsmerkmal, welches für das Fibrin charakteristisch ist, ist bekanntlich die Fähigkeit desselben, sich bei der Färbung nach der Methode von Weigert scharf-blau zu färben, während Schleim bei derselben Färbungsmethode nur eine blaß-blaue Farbe annimmt. Liebermeister hat in seinem sehr interessanten Aufsatze, der 12 Fälle dieser Krankheit aus der Leipziger Klinik umfaßt, als erster darauf hingewiesen, daß in Abgüssen, die aus Fibrin bestehen, zwischen den Fibrillen desselben sich stets in mehr oder minder großer Quantität Schleimklümpchen befinden. Man kann dies sehen, wenn man nach Weigert gefärbte Schnitte mikroskopisch untersucht, wobei man zwischen den blauen Fibrillen des Fibrins blaß-blaue Schöllchen und Schleimklümpchen finden kann. Er hat auch darauf hingewiesen, daß auch in den Schleimgerinnseln häufig mehr oder minder bedeutende Beimischungen von Fibrin-Fibrillen zu finden sind. Mit einem Worte, es gibt zwischen den reinen Fibrin- und den reinen Schleim-Gerinnseln eine ganze Reihe von Uebergangsformen, wo beide Substanzen sich in den verschiedensten quantitativen Beziehungen als vermengt erweisen. Es kommt sogar vor, daß Fibrin und Schleim an der Bildung des Gerinnsels in fast gleichen Quantitäten Anteil nehmen und dabei miteinander so eng vermengt sind, daß es bisweilen unmöglich ist, festzustellen, ob man es mit einem Fibrin- oder mit einem Schleim-Bronchialgerinnsel zu tun hat. In Anbetracht dieser Umstände ist der Vorschlag von Liebermeister durchaus gerechtfertigt, statt von Fibrin oder Schleim zu sprechen, in jedem Falle festzustellen, wieviel Fibrin und wieviel Schleim in den Gerinnseln enthalten ist. (Schluß folgt.)

Schmerzloses Zahnziehen mittels lokaler Betäubung in der allgemeinen Praxis.

Von Dr. **E. Rohlff**, Potsdam.

(Schluß.)

Wir kommen nun zu den Chemikalien, welche zur Anästhesierung erforderlich sind. Wie viele Mittel auch andauernd auf den Markt geworfen werden, so bleibt trotzdem das älteste, das Kokain, noch immer das souveräne Anästhetikum. Eukain, Stovain, Novokain, Alypin sind seine Hauptkonkurrenten, haben bisher jedoch nicht vermocht, das Kokain zu entthronen, obwohl von jedem Mittel behauptet wird, es sei 3—7mal weniger giftig und leiste trotzdem dasselbe. Das Eukain ist wohl fast beseitigt, weil es recht unangenehme Schwellungen hinterläßt. Das Alypin scheint dem Kokain doch nicht gleichzukommen; ich benutze es aber gern, wenn ich mit 3 cg Kokain noch keine genügende Wirkung erzielt habe, zu einer ergänzenden Einspritzung von ca. 2 cg Alypin in 1—1,5 g Wasser. Niemals wurde eine unangenehme Allgemein- oder Lokal-Wirkung bemerkt, während die Schmerzempfindung völlig schwand. Ueber Stovain und Novokain fehlen mir eigene Erfahrungen. Bemerken möchte ich nur im allgemeinen, daß alle gefäßerweiterndn Mittel im Prinzip falsch sind, weil die Stoffe zu schnell weggeführt werden von dem Ort, wo man ihre Wirkung wünscht. Aus dem Grunde, die Lokalwirkung recht ausgiebig zu gestalten, benutzt man ja die Nebennierenextrakte. Es ist also ein gewisser Widerspruch, gefäßerweiternde Mittel mit gefäßverengernden zu verbinden. Zum mindesten ist es kein ideales Verfahren.

Kokain und Alypin hält man sich am besten in Tabletten von 3 cg vorrätig. Verschiedene Größen zu haben, macht die Sache nur umständlicher.

Von den Nebennierenextraktlösungen ist zurzeit das allein empfehlenswerte wegen seiner großen Haltbarkeit das Ischämin. Es ist das eine Stammlösung eines Nebennierenextraktes von 1:1000. Sie hält sich nach Eröffnung der Flasche und einfachem Stöpselverschluß nach jedesmaliger Gebrauchsentnahme mindestens zwei Monate unverändert im warmen Zimmer und dem Lichte ausgesetzt. Das nötige Quantum: 7 Tropfen bei Periostitis, sonst 4—5, wird mit einer durch eine Flamme gezogenen Pipette entnommen. Verwendet wird stets eine 1 proz. Lösung des Kokain, eine 1,5—2 proz. des Alypin. Spritzt man Alypin nach, so wird kein Ischämin mehr zugesetzt. Ischämin wird in Fläschchen von 10 g und 30 g verkauft. Sollte trotz der geringen Menge nach zwei Monaten noch etwas übrig sein, so kann es noch zwei weitere Monate dienen zur Stillung von Nasen- oder Zahnblutungen. Wer Tabletten vorzieht, der wähle die Hemisine von Burrough und Welcome à 0,003 g, gleich 6 Tropfen der Stammlösung. Diese Tabletten sind zwar nicht zur Injektion eigentlich bestimmt, lassen sich aber trotzdem dafür verwenden. Die Kompositionsmasse bewirkt keine Reize. Sie ist äußerst haltbar.

Quer abgeschnittene Glasstäbchen dienen zum Verreiben der Tabletten, Tuschnäpfchen zur Aufnahme der Lösungen. Sie werden mit den Nadeln zusammen aufbewahrt und sorgfältig im Wasser abgespült, weil sich sonst das Ischämin zersetzen kann. Als Lösungsmittel dient einfach frisches Brunnenwasser. Abkochen ist bei den geringen Mengen so wenig nötig wie bei einer Morphiumeinspritzung. Erwärmen, Kochsalzzusatz sind illusorisch. Von solchen Dingen hängt weder die Schmerzlosigkeit des Einspritzens selbst, noch der manchmal auftretende Zahnlückenschmerz ab. Reinigung der Mundschleimhaut vor der Einspritzung ist ganz überflüssig. Ebenso nutzlos ist es, die Einstichstellen unempfindlich machen zu wollen. Ich habe es viel versucht mit Kokain und später mit Karbolsäure, habe es aber längst aufgegeben, weil ein voller Erfolg sich nicht erzielen ließ und andererseits eine feine Nadel mit schnellem Ruck an richtiger Stelle eingestoßen, kaum eine Empfindung macht. An der labialen Seite von Ober- sowie Unterkiefer sticht man medial von dem kranken Zahn in der Mitte des vorhergehenden gesunden in die Uebergangsfalte ein und geht spritzend wagerecht am Periost entlang vor bis in die Mitte des gesunden Zahnes, der dem erkrankten oder der Reihe erkrankter Zähne folgt. Braun erklärt dies für genügend. Es mag ja sein, wenn man sehr lange wartet. Ich ziehe es aber doch vor, alsdann noch am Kiefer hinauf- bzw. am Unterkiefer hinabgehend, eine Anzahl Tropfen zu entleeren in die Nähe der Wurzelenden. Die Durchtränkung des gesamten Gebietes dürfte immerhin schneller erfolgen.

Dies Verfahren bewirkt stets genügend Unempfindlichkeit, außer an den zwei letzten Unterkiefermolaren. Wenn da sich eine sehr breite Leiste vorfindet, so kommt das Kokain nicht tief genug hinunter. Die Extraktion bleibt sehr schmerzhaft. Als einfaches Auskunftsmittel in solchen Fällen fand ich vor einigen Monaten die Umgehung dieser Leiste. Um festzustellen, wann das Ausziehen schmerzlos vor sich gehen kann, läßt man von Zeit zu Zeit den Patienten auf den Zahn drücken und angeben, ob der Schmerz nachläßt oder nicht.

Da auf Nervöse kein Verlaß ist, diese mitunter noch ängstlich Schmerzempfindung äußern, während ihre Angaben nach überstandener Operation ganz das Gegenteil besagen, so kontrolliere man objektiv die Schmerzempfindung durch Beobachtung, wie der Patient sich verhält. Zuerst drückt er nur kurz auf den kranken Zahn, und umgehend folgt die Versicherung: „es tut noch weh!“ Dann ein längeres und immer längeres Herumsuchen mit dem

Finger nach einer etwa noch empfindlichen Stelle. Bemerkt man, daß die Zeiten nicht länger werden, bis endlich die Schmerzangabe erfolgt oder eine Schmerzabnahme angegeben wird, so bleibt nichts übrig als nachzuspritzen. Manchmal wird bestimmt geäußert: hier an dieser Stelle schmerzt es noch — dann ist nur dort eine Hilfseinspritzung notwendig. Mehr als 3 cg Kokain verwende ich für einen einzigen Zahn nie. Bleiben Molarzähne trotzdem noch schmerzhaft, so spritze ich ein Gramm einer 1,5—2 proz. Alypinlösung nach, und zwar steche ich nun nicht wieder in die Uebergangsfalte, sondern mehr in die Wangenschleimhaut ein, die dann längst empfindungslos ist, führe so die Nadel über die Leiste hinab am Kiefer bis in die Gegend der Wurzelenden und entleere dort $^{3}/_{4}$ g, das letzte Viertel wird noch an der lingualen Seite recht tief eingespritzt. Es ist auffallend, wie schnell nun die Empfindungslosigkeit eintritt. Seit Anwendung dieses einfachen Kunstgriffes trage ich kein Verlangen mehr nach Brauns Rat, am aufsteigenden Kieferast 1 cm über der Krone des Weisheitszahnes die Nn. lingual. und alveol. inf. unempfindlich zu machen, wobei man nach 10—20 Minuten auf den Eintritt dieser Anästhesie warten muß. Außerdem gibt Braun an, daß eine leichte Empfindlichkeit dieser Gegend mehrere Tage bestehen bleibt, was dem Patienten nicht erfreulich sein wird. Endlich berichete mir ein Kollege, er habe eine Phlegmone durch eine derartige Einspritzung entstehen sehen! Sollte bei Kieferklemme wirklich nicht die Spritze an den Weisheitszahn heranzubringen sein, was mir noch nicht vorgekommen ist, so steht nichts im Wege, daß man von der äußeren Haut aus an beiden Kiefernseiten hochgehend den Zahn umspritzt. So verfuhr ich, bis mir die einfache Umgehung der Leiste in den Sinn kam.

Habe ich hingegen die Ueberzeugung, daß ein Patient nur noch aus Angst eine überhaupt nicht mehr vorhandene Empfindlichkeit angibt, so spritze ich ihm nur noch 1 cg Alypin ein, teils suggestionis causa, teils um mich zu sichern, daß der Patient wirklich keine Schmerzen empfinden soll. Ein Schmerz, durch einen stärkeren Druck erst erzeugt, braucht kein Anlaß zu sein zum längeren Warten; man drückt ja beim Ausziehen nicht auf den Zahn, legt ihn vielmehr seitlich um.

Nun muß noch die Gaumenseite unempfindlich gemacht werden. Wegen der Festigkeit des Gewebes wäre der Einstich mit einer dicken Nadel recht empfindlich. Man muß sofort bis auf den Knochen gehen. Oft leistet das Gewebe dem Eindringen der Flüssigkeit starken Widerstand, deswegen ist eine Spritze ohne Querstangen ganz unbrauchbar. Wenn man hier nicht sehr vorsichtig ist, kann man dem Patienten recht große Schmerzen machen. Kein Zeichen verrät manchmal eine besondere Empfindlichkeit des Periostes. Sowie man zu spritzen anfängt, erhebt aber der Patient ängstlich abwehrend die Hand und läßt ein leises Stöhnen hören. Pausieren! Zuspruch: nun wisse man die bisher unbekannte Schmerzhaftigkeit, man werde sehr vorsichtig sein! Nur ein Teilstrich darf zunächst eingespritzt werden, doch sofort erhebt sich schon die Hand des Patienten. Kleine Pause, dann wieder Einspritzung eines Teilstriches. Nun können zwei Striche folgen und allmählich langsames, gleichmäßiges Spritzen; der Patient wehrt sich nicht mehr.

Diese Einspritzungen müssen in verschiedener Höhe erfolgen. Am ersten Schneidezahn, ungefähr in 3 mm Höhe über dem Zahnfleischsaum beginnend, steigen sie an bis ungefähr zur Höhe von 1 cm am zweiten Molarzahn. Hat man mehrere Zähne zu ziehen, so braucht man nicht an jedem einzuspritzen, sondern — wegen der Nerventeilung — nur am ersten und letzten je $^{1}/_{2}$ cg Kokain-Ischämin. An der Innenseite des Unterkiefers ist es oft schwierig, hinten, wegen Schiefstandes der Kieferwand und hindernder Zunge, die Nadel einzustoßen; doch bin ich noch stets mit schlank gebauter, gerader Spitze ausgekommen. Ist der Unterkiefer an der Vorderseite sehr dick bei starker Leiste, so kann es vorteilhaft sein, an der dünneren, lingualen Wand 1 cg Kokain statt eines halben einzuspritzen. Die Kokainlösung muß ungefähr in der Gegend des Wurzelendes deponiert werden. Eine wichtige Frage ist, wieviel man nun einspritzen soll. Man findet ja Angaben, daß man z. B. bei einem Oberkieferzahn ohne Periostitis mit 1, ja $^{1}/_{2}$ cg Kokain auskommen könne. Das mag bei sehr langem Warten der Fall sein. In der Praxis liegt die Sache aber nicht so einfach. Die Patienten kommen meist in der Sprechstunde. Draußen sitzen noch weitere Wartende. Also unendliche Zeit kann der Arzt einem Fall nicht opfern. Denn den Patienten nach erfolgter Einspritzung ins Wartezimmer zu schicken, ist nicht angängig. Ueberwachung und Zuspruch bei etwaigem Herzklopfen sind erforderlich. Spritzt man mehr ein, so erfolgt die Gewebsdurchtränkung schneller, und da in die weitere Umgebung das meiste noch nicht eingedrungen ist, so wird beim Ziehen des Zahnes ein Teil des Kokains durch Ausbluten wieder entfernt. Allerdings wird der Patient, wenn man größere Mengen nimmt, eher gewisse unangenehme Nebenerscheinungen, bes. Herzklopfen, in den Kauf nehmen müssen, als bei Verwendung von Mindestmengen. Dazu ist er aber gern bereit, wenn er nur keinen Schmerz empfindet. „Hat es wirklich nicht weh getan?“ wird er nachher gefragt; und er antwortet dann: „Nein, weh getan hat es nicht, aber ich habe Herzklopfen bekommen; doch das machte nichts, da ich keine Schmerzen auszuhalten brauchte!“ — Und, Herr Kollege, wenn Sie selbst sich einen Zahn ziehen lassen, werden Sie nicht dem operierenden Arzte sagen: „Spritzen Sie nur ein bißchen reichlich ein; die Hauptsache ist mir denn doch, daß es nicht schmerzt; ich habe so wie so schon drei Tage und Nächte ausgehalten?“ Das ist die unbestrittene Sachlage: Hier etwas mehr „Gift“, dort längere, ängstliche Wartezeit und Halberfolge; infolgedessen Nachrede für den reellen Arzt, Zulauf zum Charlatan, Verlangen nach Chloroform. Nun kommt aber noch in technischer Beziehung ein wichtiges, ausschlaggebendes Moment hinzu. Manchmal ist ein Zahn morscher, oder er sitzt fester, als man glaubte. Da kommt eine absolute Gefühllosigkeit dem Patienten wieder sehr zustatten, und der Operateur wird bei seinen energischen, wiederholten Eingriffen in keiner Weise gehindert. Ferner gestattet eine recht vollkommene Blutleere, daß das Operationsfeld nach kurzem Abtupfen völlig übersichtlich bleibt. — Demnach nicht die Minimaldosis geben, sondern eine sicher wirkende, die noch absolut ungefährlich ist! — Der verständige Arzt wird natürlich sich erst die Konstitution der Patienten ansehen, Kieferbau, etwaige Entzündungen in Betracht ziehen und nicht schematisch handeln.

Unter Berücksichtigung aller dieser Umstände empfehle ich für einwurzelige Oberkieferzähne nicht unter $1^{1}/_{2}$ cg, für dreiwurzelige nicht unter 2 cg zu geben. Bei Entzündungen $^{1}/_{2}$ cg mehr. Die Unterkieferzähne erfordern unter entsprechenden Verhältnissen $^{1}/_{2}$ cg mehr, als die im Oberkiefer. Bei Peridentitis der Molarzähne im Unterkiefer ist oft noch eine Dosis Alypin nötig, wie schon oben auseinandergesetzt wurde. Soll man nun stets Nebennierenextrakt zusetzen zur Kokainlösung? Ich empfehle, es zu tun, weil, selbst wenn keine Entzündung vorhanden, also die Schmerzlosigkeit verhältnismäßig leicht zu erzielen ist, die Empfindungslosigkeit länger vorhält. Man braucht in diesen Fällen auch nicht so viel Ischämin zu nehmen, 4—5 Tropfen zu 3 cg Cocain genügen.

Sehr wohl kann man in einer Sitzung selbst drei getrennt stehende Zähne auf einmal ziehen, wenn man, der Sachlage entsprechend, mit Ueberlegung das Anästhesierungsmittel richtig verteilt. In solchen Fällen sind nicht alle Zähne gleichmäßig schwierig zu entfernen. Einer ist der Hauptübeltäter; die anderen sollen nur bei der Gelegenheit gleich mit beseitigt werden. Für zwei mehrwurzelige Zähne und einen einwurzeligen z. B. genügen 3 cg Kokain und 3 cg Alypin in 6 g Wasser vollkommen, wenn man nur 10 Minuten bis zum Ausziehen wartet.

Stehen die zu entfernenden Zähne nebeneinander, braucht man verhältnismäßig wenig von den Betäubungsmitteln. Für sämtliche Zähne auf einer Seite des Ober- und Unterkiefers kommt man aus mit 3 cg Kokain, 3 cg Alypin, aufgelöst in 6 g Wasser unter Hinzufügung von 8 Tropfen Ischämin. Derartige bedeutende Eingrifffe nehme man aber nur in der Wohnung des Patienten vor. Empfehlenswert ist es, nach ausgeführter Operation eine Morphiumeinspritzung zu machen und ein Schlafmittelrezept für alle Fälle zu hinterlassen.

Von Nebenumständen ist noch einiges zu sagen.

Fisteln müssen umspritzt werden. Unangenehm können beginnende Abszesse werden, die man noch nicht zu erkennen vermochte. Gerät man da mit der Nadel hinein und spritzt, so verursacht die plötzliche Drucksteigerung enorme Schmerzen. Einen absolut sicheren Schutz dagegen gibt es nicht; aber man beachte genau die Abwehrbewegungen des Patienten und gehe langsam, sehr langsam vor.

Bei außer der Reihe nach vorn stehenden Eckzähnen genügt eine Einspritzung an der Vorderwand.

Zähne alter Leute, schon wackelig, fast nur im Zahnfleisch festsitzend, sind sehr empfindlich. Man lasse sich nicht verleiten, sie ohne Kokain zu ziehen, auch wenn sie offenbar leicht zu entfernen sind. Der Patient wäre Ihnen nicht dankbar. Natürlich genügt 1 cg vollkommen, weil kein Kiefer zu durchdringen ist; aber lange warten, weil die Empfindlichkeit hoch ist.

Vor Einschnitt auf einen Zahnabszeß spritze man 1 cg ein, dann kann man eine sehr breite Eröffnung machen, wodurch eine Fistelbildung vermieden wird. Den schuldigen Zahn sogleich zu ziehen, ist nicht ratsam; dem Patienten würden viele Schmerzen verursacht, und er wollte ja gar nicht den Zahn oder die Wurzel, sondern nur seine Schmerzen loswerden.

Eine Epulis wird beidseitig umspritzt.

Unter solchem Vorgehen wird, sobald erst einige Uebung vorhanden ist, man nur noch wenige Patienten unbefriedigt entlassen.

Beim Verabschieden pflege ich dem Patienten zu sagen: „Sie können Kokain gut — resp. je nachdem, nicht allzu gut — vertragen. Geben Sie das für einen etwaigen zukünftigen Fall dem Arzt an;“ ferner „die entfernte Wurzel war über normal lang (oder kurz); wie eine ist, pflegen alle zu sein. Es ist bei einer etwaigen zukünftigen Operation für Sie vorteilhaft, daß der Operateur darüber Bescheid erhält, damit er nicht zu flach oder unnötig tief einen größeren Teil des Kokains anbringt.“

Zum Schluß fasse ich meine Ratschläge noch einmal in die kurzen Worte zusammen: Wollen Sie Erfolg haben, so zeigen Sie dem Kranken Ihr Mitgefühl in Worten sowohl wie in Zartheit und Geduld. Wer nicht im innersten Herzen mitfühlt mit dem Leidenden, der fange gar nicht erst an mit schmerzlosem Zahnziehen; er bringt es doch nicht zur Vollkommenheit!

Wir kommen nun zum zweiten Abschnitt der Arbeit, zur Extraktionstechnik. Dieser braucht nicht ausführlich behandelt zu werden, da in jedem chirurgischen Handbuch das nötige steht. Ich beschränke mich daher auf Aphorismen.

Zunächst handelt es sich darum, festzustellen, ob ein noch leidlich gut aussehender Zahn wirklich entfernt werden muß, oder ob er etwa noch durch Plombieren erhalten werden kann. Hat der Patient auch nur eine Nacht Schmerzen gehabt, tut Berührung mit Heißem weh, ist der Zahn druckempfindlich, erscheint er länger, sind schon benachbarte Drüsen geschwollen (Peridentitis), so ist nur die Wahl vorhanden: Aushalten und abwarten, ob das Leiden sich nicht spontan bessert, oder: Ausziehen! Die Fäulnis hat die Nervenkanäle ergriffen, darum tritt bei Erwärmung größerer Druck der Fäulnisgase und damit erhöhter Schmerz ein. Zwar vermag die zahnärztliche Kunst durch langwierige, kostspielige Bemühungen unter Umständen einen solchen Zahn zu erhalten. Mitunter aber folgen der Plombierung sofort heftigste Schmerzen — weil doch die Fäulnis nicht völlig beseitigt war — so daß nun die Entfernung noch nachträglich nötig wird. Bei einwurzeligen Vorderzähnen mag der Arzt den Patienten auf die Möglichkeit der Zahnerhaltung hinweisen; bei den mehrwurzeligen Backzähnen dürfte bei dem zweifelhaften Ausgang eines solchen Versuches dieser jedenfalls nur wohlhabenden Patienten vorzuschlagen sein. Bei einfacher Karies (Symptom: Schmerz beim Beißen) oder Pulpitis (Symptom: Schmerz bei Berührung, bei Kälteeinwirkung, oder spontan in ausstrahlender, neuralgischer Form) hängt die Behandlung von vielerlei Umständen ab. Da muß man die Entscheidung von Fall zu Fall treffen. Nur darauf sei aufmerksam gemacht, daß die ersten bleibenden Molaren so hinfällig sind, daß manche Zahnärzte deren Füllung prinzipiell ablehnen.

Was die Technik anbelangt, so ist Schonung des Zahnfleisches, Vermeidung weiterer Ablösung desselben unerläßlich.

Handelt es sich um Extraktion abgebrochener Wurzeln, stoßen Sie die Zange am Oberkiefer hinauf, als wollten Sie oben am Kopf herauskommen, am Unterkiefer hinab, als wollten sie am Kinn durchstoßen, bis Sie den Zahn festhaben. Ein Zahn darf nicht abbrechen, heißt es in den Lehrbüchern. Das ist ein Unsinn, sei dem Anfänger zum Trost gesagt. Es gibt Wurzeln, fast nadeldünn, in dicken Kiefern. Da ist es eine physikalische Notwendigkeit, daß sie brechen. Wer aber ruhig und kunstgerecht arbeitet, wird allerdings weniger Zähne abbrechen, als wer schnell rüttelt. Sie haben ja Zeit bei guter Anästhesierung. Es darf nicht vorkommen, daß Sie bei Extraktion eines Unterkieferzahnes beim Herausfahren (statt Herausnehmen!) der Zange gegen die Oberkieferzähne schlagen und womöglich — es kommt vor! — einen gesunden Zahn herausstoßen. — Ziehen Sie keinen falschen Zahn! Der Patient gibt Ihnen mitunter einen verkehrten an. Prüfen Sie seine Angaben, wenn sie Ihnen verdächtig erscheinen, objektiv noch durch Druck, Berührung mit erhitztem Metall, Sonde. Benutzen Sie den Induktionsstrom. Geben Sie dem Patienten die eine Elektrode in die Hand, die andere nehmen Sie selber in Ihre linke Hand. Dann berühren Sie bei schwächstem, eben fühlbarem Strom die Zähne mit Ihrem rechten Zeigefinger. Wenn Sie an den kranken kommen, zuckt der Patient zusammen. Allerdings würden Sie bei nervösen Frauen scheitern; diese fahren zusammen, sobald sie überhaupt den elektrischen Strom wahrnehmen und geben Ihnen keine entscheidende Auskunft: „es tut alles furchtbar weh!“ Als letztes differentialdiagnostisches Mittel ist zu empfehlen, eine schwache Probeeinspritzung senkrecht an dem verdächtigen Zahn hinunter zu machen und dann zu sehen, ob der Schmerz verschwindet oder nicht. Lieber erschöpfen Sie alle Mittel, ehe Sie einen falschen Zahn ziehen. Es gibt aber auch Fälle, wo Sie schwören möchten, der vom Patienten angegebene Zahn sei gesund. Der kariöse Kanal ist vielleicht so fein und kann so verborgen zwischen eng aneinander stehenden Zähnen liegen, daß Sie ihn nicht finden. Die Probeeinspritzung wird die Sachlage klären. In einem derartigen Fall fiel eine Frau vor mir auf die Knie flehentlich bittend, ihr doch einen anscheinend gesunden Backzahn zu ziehen; schon zwei Zahnärzte hätten es verweigert, und nun wolle auch ich sie nicht von den unerträglichen Schmerzen befreien. Da ließ ich mich bewegen, und — die Frau hatte recht.

Auch beim Zahnlückenschmerz kommt es vor, daß man vergeblich sich mit dessen Behandlung abquält, und erst spät entdeckt man die schuldige Ursache in einem schein-

Publ

bar gesunden Nachbarzahn, mit dessen Entfernung der Patient von seinen Schmerzen erlöst ist. Also Augen auf!

Umgekehrt gebe man nicht dem Drängen des Patienten ohne weiteres nach, gleich zwei Zähne zu ziehen. Sind auch beide druckempfindlich, ist der eine aber noch verhältnismäßig gut erhalten, so spritze man zwar so ein, daß man nötigenfalls beide entfernen kann, ziehe aber zuerst den schlechtesten. Hängt an dessen Wurzel ein Eitersack, so bewege man den Patienten zur Geduld, schreibe ihm ein Schlafmittel auf; wenn aber am nächsten Tage der geschonte Zahn noch ebenso schmerzen sollte, dann allerdings heraus mit ihm! Einen solchen Fehlschlag verdenkt Ihnen Ihr Patient sicher nicht, er wird Ihre gute Absicht anerkennen.

Die bei Extraktion vorderer Schneidezähne empfohlene Rotation ist zwecklos.

Bei vorn außer der Reihe sitzenden Eckzähnen setze man die Zange nicht zu parallel dem Zahn an, sondern mehr gegen den Kiefer, sonst gleitet sie ab. Sollte zufällig ein Nebenzahn krank sein, so entferne man diesen. Der gesunde Eckzahn rückt in die Lücke ein.

Für versprengte Zähne im Gaumen (sehr selten!) lege man Meißel und Hammer bereit, denn sie sitzen sehr fest.

Bei starkem Bluten nach Ausziehen eines oberen Molarzahnes denke man an eine mögliche Eröffnung des Antrum Highmori und tamponiere mit Jodoformgaze.

Unterkiefermolaren wird man, im Besitz der oben geforderten Zangen, fast immer mit diesen entfernen können. Gelingt es ausnahmsweise nicht, so greife man zum Meißel. Nachdem das Zahnfleisch abgehoben und durch Jodoformgaze vom Kiefer getrennt wurde, ist es eine Kleinigkeit bei der vorhandenen Blutleere und Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes mittels einiger Hammerschläge auf den Meißel den vorderen Knochenrand zu entfernen, um einen festen Halt für die Zange zu gewinnen. Dasselbe Verfahren auch noch auf der Innenseite anzuwenden, dürfte kaum nötig sein.

Bei schadhaften Kinderzähnen, wo man schwanken kann nach der Sachlage zwischen Plombieren und Extraktion, darf man die Zähne entfernen, wenn die soziale Lage der Eltern eine teure Füllungsbehandlung mit ihren Revisionen und Neufüllungen nicht gestattet. Der Kiefer leidet nicht in seiner Entwickelung, so daß die neuen Zähne später doch genügend Platz finden. Ehe man den Patienten entläßt, vergewissere man sich, daß sich nicht Kieferstückchen halb gelockert in der Wunde befinden.

Sehr wesentlich für den Erfolg des „schmerzlosen Zahnziehens“ ist die Behandlung von Folgezuständen.

Zunächst kann der „Zahnlückenschmerz“ unangenehm überraschen. Man versteht darunter das Auftreten von Schmerz in einer Alveole, ohne daß man eigentlich objektiv etwas Krankhaftes nachweisen kann. Der Schmerz dauert oft tagelang in heftiger Weise an. Die Behauptung, daß er von der Kokaininjektion herrühre, muß auch ich nach eigenen Erfahrungen zurückweisen. Man glaube nicht den Anpreisungen neuer Mittel, in denen stets figuriert, der Zahnlückenschmerz komme nach ihrer Verwendung nicht vor. Gar manches Mal wurde ich wegen dieses Schmerzes von Leuten befragt, die sich anderswo einen Zahn hatten ohne Lokalbetäubung ziehen lassen. Und mit der Zeit lernt man doch voraussehen, daß unter gewissen Umständen ein Zahnlückenschmerz zu erwarten sei. Bei jedem Fäulnisvorgang in den Nervenkanälen der Wurzeln sei man mißtrauisch. Ist auch noch keine Periostitis da, so beweist Ihnen einfach das Kommen des Patienten, den sein Leiden endlich zum verzweifelten Entschluß, sich der Zahnoperation zu unterwerfen, getrieben hat, daß eine Steigerung der entzündlichen Vorgänge stattgefunden haben muß. In einzelnen Fällen kann man vorher sogar fast sicher sein. Am verdächtigsten erscheint mir immer ein Molarzahn mit großer Karies, wobei im Winkel zwischen Kiefer und Ohr schon eine schmerzhafte Drüse sich findet. Zu sehen ist am Zahnfleisch gar nichts. Ich rate dringend, solche Zähne ausgiebig und sehr tief zu umspritzen und dann lange zu warten, sonst beweist Ihnen alsbald ein Schrei und verzweifeltes Befühlen der Backe seitens des Patienten, daß das Ausziehen das Zahnes sehr schmerzhaft war. Findet man nun keinen deutlichen Eitersack an einer der Wurzeln, so muß man annehmen, die Druckschmerzhaftigkeit rühre von Reizung der Kiefernerven selbst her und daß demnach der Zahnlückenschmerz zu erwarten sei. Umgekehrt deutet eine mächtige Granulationsentwickelung darauf hin, daß die Schmerzen nicht wiederkehren werden, nachdem die Eiterhöhle freigelegt wurde. Habe ich nun den Verdacht auf Nachschmerz, so bekommt der Patient ein Rezept mit, lautend auf 1 g Orthoform, und er wird angewiesen, nach Fingersäuberung sich aus Watte auf einem Teller eine schlanke Spindel zu fertigen und dieselbe mit einem Brei aus Orthoform und Wasser zu durchtränken, nicht bloß zu bestreichen. Diesen Wattewickel solle er dann mit Strick- oder Haarnadel in die Zahnlücke hineinbringen und allmählich tiefer hinabdrücken (event. nach Erneuerung der Watte, falls die erste zu sehr von Blut durchtränkt werd. Dann bekommt er 4—5 Stunden Ruhe. Darauf Erneuerung des schmerzstillenden Tampons.

Jahre hindurch habe ich, nachdem auch ich die branderzeugende Wirkung des Orthoforms an Geschwüren erleben mußte, das Orthoform durch Anästhesin zu ersetzen gesucht, bin aber jetzt wieder zum Orthoform zurückgekehrt, da es sich dem Anästhesin weit überlegen erwies. Bei Behandlung des Zahnlückenschmerzes habe ich niemals das geringste Schädliche bemerkt. Im Gegenteil fand ich die Wunden immer sehr gut aussehend und bitte daher unter Berufung auf meine Erfahrungen, einen Versuch mit dem Orthoform zu machen.

Die Zahnlücke sofort nach der Operation zu tamponieren, ist nicht zu empfehlen, da öfter Patienten bei Gelegenheit einer zweiten Extraktion es sich verbaten.

Kommt nun ein Patient wieder, weil er trotz Orthoformtampons noch Schmerzen habe, so ist — wenn nur Lokalschmerz, keine Lymphdrüsenschwellung besteht — folgendes Verfahren meist von Erfolg begleitet: Mit Wattesonde, in Kokainlösung getaucht, geht man langsam tiefer in die Alveole hinab. Das unterste Ende darf nicht außer acht gelassen werden. Nach eingetretener Empfindungslosigkeit fahre man schnell und kräftig mit einer zweiten Wattesonde, getaucht in flüssige Karbolsäure, tief hinunter. Es entsteht immerhin noch ein Schmerz für einen Augenblick, dann aber ist der Zahnlückenschmerz dauernd fort. Ohne Kokainvorbereitung ist der Augenblicksschmerz sehr heftig; also bitte, die „Heftigkeit“ und nicht „den Augenblick“ für Ihr Handeln maßgebend sein zu lassen!

Sollte trotz Kokainisierung der Höhle der Schmerz gleich bleiben, wäre Karbolanwendung nutzlos, weil damit bewiesen wäre, daß Nerven der Umgebung den Schmerz auslösten. In diesem Fall, ferner bei Periosterkrankung, bei Lymphdrüsenentzündung, oder überhaupt falls die Operation kurz vor Einbruch der Nacht stattgefunden hat, gebe man lieber dem Patienten noch ein Rezept mit für ein allgemeinschmerzstillendes Mittel, z. B. Pyramidon mit Morphium.

Tun Sie eher des Guten zu viel, als zu wenig! Der Patient fühlt Ihr Mitleid mit seinen Schmerzen, und konnten Sie ihn auch nicht völlig von ihnen befreien, so kommt er sicher im nächsten Fall zu dem mitfühlenden Arzt wieder.

Nachblutungen sind nach Kokain-Ischämin sehr selten. In allen kleinen Adern war das Blut geronnen, ehe die zusammenziehende Wirkung des Mittels erschöpft war. Nur wenn ein großes Gefäß des Kiefers angerissen wurde, kann eine Nachblutung stattfinden. Zur Stillung verwende man zunächst einen Kokain-Ischämintampon. Es ist am besten, sofort Kokain mitzubenutzen, damit, wenn Ausbeizungen nötig werden sollten, man nicht erst neuen Zeitverlust erleidet. Steht nun die Blutung ganz oder fast, so genügt ein Tampon aus Watte mit Ferropyrinpulver bestreut. Zeigt es sich aber, daß eine größere Knochenarterie die Blutung unterhält, so genügt dies Verfahren nicht. Das Einfachste ist alsdann Wattesonden mit gesättigter Chromsäurelösung getränkt, gegen die blutende Stelle eine Minute fest anzudrücken. Quillt durch den Schorf noch rotes Blut, so wiederholt man das Verfahren ein oder mehrere Male. Den Kauter oder das Uebernähen eines Tampons habe ich nie verwendet.

Eigentlich wäre nun unser Thema erschöpft. Wer aber viel von Zahnleidenden behufs Extraktionen aufgesucht wird, der hat noch einige Zahnkrankheiten, bei denen der Zahn erhalten bleiben kann, zu behandeln.

Empfindliches Zahnbein wird mit Karbol oder 20prozentiger Höllensteinlösung zweimal gebeizt. Man muß aber auf Mißerfolge gefaßt sein und auf deren Möglichkeit aufmerksam machen. Nach erlangter Unempfindlichkeit raten Sie, wenn es noch lohnt, die kariösen Stellen füllen zu lassen.

Dankbar ist mitunter die Behandlung der Pyorrhoea alveolaris. Die Patienten kommen stets mit der Aufforderung den oder die befallenen Schneidezähne des Unterkiefers zu entfernen. Die Zähne sind tatsächlich wackelig. Wenn das Leiden aber nicht zu schlimm ist, unternehme man den Versuch, die Zähne zu erhalten. Die in den Lehrbüchern angegebenen Methoden, Ausbrennen mit dem Galvanokauter oder Spalten des Zahnfleisches durch einen senkrechten Schnitt, seitliches Auskratzen und Offenhalten der Wunde durch Jodoformgazestreifen sind nicht zu empfehlen. In einer einzigen Sitzung ist die Sache nicht zu erledigen und für Wiederholungen ist der Patient nicht zu haben, — er kommt nicht wieder. Einfacher ist es, mit spitzem Hölzchen so tief wie möglich zwischen Zahn und Zahnfleisch wiederholt hinabzugehen und mittels dieses Instrumentchens erst Kokainlösung, später Chromsäure hinabzubringen, und zwar an Vorder- und Rückseite. Das Verfahren wiederholen Sie noch zweimal in achttägigen Zwischenräumen. Abschreckend wirkt diese Methode nicht und ist bei zartem Vorgehen fast schmerzlos. Auf mehr als 50% Erfolge werden Sie aber nicht rechnen dürfen.

Blutendes Zahnfleisch darf nach Kokainisierung mit Chromsäure geätzt. Bei sehr starken Wucherungen trägt man erst die Lappen mit einer Schere ab, und ätzt alsdann, bis die Blutung steht.

Als Linderungsmittel bei Stomatitis, besonders mercurialis ist Anästhesin brauchbar. Kokain in das Zahnfleisch mehrmals hintereinander eingerieben, dient als Linderungsmittel bei leichter Peridentitis, wenn der Zahn „muckert". Besonders ad usum proprium dürfte es für Kollegen empfehlenswert sein, wenn sie mit derartigen Schmerzen behaftet in Wind und Wetter hinausmüssen. Aelteren Damen, welche sich vor einer Extraktion ängstigten, habe ich das Mittel vereinzelt verordnet. Sie waren zufrieden.

In vorstehenden Ausführungen findet derjenige Arzt, welcher der kleinen Chirurgie des Mundes sich annehmen will, die Grundlagen, auf welchen er weiter bauen kann. Gar manches fehlt noch. Doch die Wissenschaft schreitet schnell fort, und der Leser weiß vielleicht zurzeit schon selbst Verbesserungen. So können wir hoffen, daß diejenigen Verfahren, welche wir heute trotz ihrer Mängel als „schmerzlose Behandlung" bezeichnen, dem Ideal sich mehr und mehr nähern werden, und daß dementsprechend die Tätigkeit des praktischen Arztes eine stetig dankbarere werde für seine Patienten sowohl, wie auch für ihn selbst.

REFERATE.

Interne Komplikationen der Schwangerschaft.

Sammelreferat

von Frauenarzt Dr. **Otfried O. Fellner** (Wien).

A. Zufällige Komplikationen.

1. Infektionskrankheiten.

Differentialdiagnostisch ist nach Bedrunc für Influenza im Wochenbett der gute Puls entscheidend. Doch ist die Diagnose oft sehr schwierig. Die Behandlung sei dieselbe wie außerhalb des Wochenbettes. Das Stillen soll unbedingt fortgesetzt werden.

Ballaimi beobachtete 6 Fälle von Schwangerschaft und Wochenbett, die mit Malariamilz kompliziert waren. In drei Fällen handelte es sich um Mehrgebärende mit Kompensationsstörungen von seiten des Herzens, in einem Falle um Mitralinsuffizienz und Nephritis. Hier wurde der Abort im 5. Monat eingeleitet. Der Milztumor reichte in den Fällen bis zum Becken. Nach der Geburt trat unter Vergrößerung des Milztumors Ansteigen der Temperatur und der Pulszahl auf. Nach 10 Tagen schwanden die letzten Erscheinungen. Das Fieber beruht jedenfalls auf Perisplenitis und lokaler Peritonitis am Milztumor. Bei 3 Mehrgebärenden wurde eine Messung des Milztumors ausgeführt und stets eine Vergrößerung wahrgenommen.

Bei Larynxtuberkulose kommt es nach Barthas selten zu Abortus, häufig aber zur Frühgeburt, doch verläuft mitunter die Schwangerschaft ungestört. Fast stets ist gleichzeitig eine Lungentuberkulose vorhanden. Im Kehlkopf lokalisiert sich die Tuberkulose zumeist am Anfang der Schwangerschaft. Der Tod erfolgt gewöhnlich im Wochenbett. Die kindliche Mortalität beträgt 36%. Der Abort führt nicht zum Stillstand der Erkrankung, und da auch die Frühgeburt das Ende nur beschleunigt, so soll man nur lokal und allgemein behandeln. Das Stillen ist zu verbieten.

Wie Rotter mitteilt, war bei einer an Kehlkopf- und Lungenschwindsucht erkrankten Frau schon die Tracheotomie vorgenommen worden. Im Interesse des kindlichen Lebens wurde bei der sterbenden Frau die Sectio vaginalis ausgeführt, und ein lebendes Kind erzielt. Die Frau starb nach vier Stunden.

2. Magen- und Darmerkrankungen.

Bei einer Patientin von E. Preiß kam es vor der zweiten Entbindung zu heftigen Darmblutungen, wiederholtes Erbrechen von Blut und darauffolgenden Ohnmachtsanfällen. Am nächsten Tage erfolgte die Entbindung, worauf die Erscheinungen aufhörten. Im letzten Monat der nächstfolgenden Schwangerschaft zeigten sich dieselben Symptome. Daß es sich um die Perforation eines Magengeschwürs handelte, ist B. nicht sehr wahrscheinlich. Dagegen erscheint es ihm nicht ausgeschlossen, daß der geplatzte Varix einer Magenvene die Blutung verschuldet hat.

A. Calmann berichtet über eine 26jährige Frau, die im 7. Monat ihrer ersten Schwangerschaft unter Kreuzschmerzen, Schmerzen in der Ileocöcalgegend, Erbrechen und Fieber erkrankte. Stuhlverstopfung. Acht Tage nach Beginn der Erkrankung fühlte man eine unbedeutende Resistenz. Die Temperatur war etwas erhöht. Unter der üblichen Behandlung gingen die Erscheinungen zurück. Entbindung normal. Dies war eine Appendicitis simplex. Bei einer Appendizitis schweren Charakters bedeutet die Unterbrechung der Schwangerschaft die größte Gefahr. Eine 38jährige Frau, die 4mal geboren hatte, stand im vierten Monat einer neuerlichen Schwangerschaft. Seit 12 Stunden bestanden Blutungen. Der Abort ließ sich leicht entfernen. Sekale. 3 Tage später stellten sich Durchfälle, Erbrechen, Hitze ein. Zwei Tage darauf Schüttelfröste. Pulszahl stieg. Laparotomie ergab ½ Liter grünlichen, übelriechenden Eiters. Der Proc. vermicularis war mit dem Ovarium verklebt. Dieses enthielt 3 Abszesse. Resektion des Appendix und der rechten Adnexe. Drainage. An der Spitze des Cöcums fanden sich 3 feine Perforationsöffnungen. Am 4. Tage Exitus.

C. erwähnt drei Fälle mit Peritonitis, in einem Falle kam es zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Die im Wochenbett auftretenden oder rezidivierenden Prozesse nähern sich in ihrem Verlauf den Erkrankungsformen außerhalb der Gestationszeit. Ein Fall: Appendicitis simplex im Wochenbett, Heilung ohne Operation. Nur eine Komplikation, die nur ausschließlich im

Wochenbett sich einstellt, indiziert einen anderen Standpunkt. Sie besteht in einer hartnäckigen Störung der Involutionsvorgänge des Uterus, die erst der Heilung oder operativen Beseitigung der Appendizitis weichen.

C. führt einen Fall von Appendizitis im Wochenbett an. Involutio uteri. Der Uterus bleibt zwei Finger über der Symphyse, die Blutung bleibt stark. Durch 4 Wochen Ruhelage. Da die Blutung fortbesteht, das Fieber andauert, wird die Operation ausgeführt und 3 Tage nachher hört die Blutung auf. In einem weiteren Falle handelte es sich um einen Abortus im 3. Monat. Appendizitis. Subinvolutio uteri. Blutung. Nach der Operation wird der Uterus wieder kleiner. Weiterhin ein Fall von chronischer Appendizitis während der Schwangerschaft und Operation im 7. Monat. Fortdauer der Schwangerschaft. Schließlich eine phlegmonöse Appendizitis mit Abszeß im Mesenteriolum. Operation. Hierauf Unterbrechung der Schwangerschaft. Thrombose der Venae femoralis. Heilung.

Eine Patientin Stählers hatte vor 1½ Jahren einen leichten Appendizitisanfall. Jetzt trat in der 24. Woche ein zunächst fieberfreier neuerlicher Anfall auf, bei welchem sich nach einigen Tagen eine Temperatur von 38,3° und Pulsbeschleunigung einstellte, also Zeichen drohender Perforation. In der darauffolgenden Nacht erfolgte auch die Perforation. Als man in der Frühe den Bauch eröffnete, kam Eiter zum Vorschein. Abtragung des Wurmfortsatzes. Tamponade nach Mikulicz. Tags darauf erfolgte die vorzeitige Entbindung. Es trat Sepsis und Peritonitis auf, aber schließlich wurde die Patientin gesund. S. stellte im ganzen 77 Fälle von Appendizitis in der Schwangerschaft zusammen. Diese geringe Zahl spricht seiner Ansicht nach für eine verringerte Disposition. Unter 104 Fällen befanden sich 40, die teils mit, teils ohne Operation das Kind austrugen, während bei 64 Frühgeburten eintraten. 58 wurden operiert. Auf die Operierten entfallen 32 vorzeitige Schwangerschaftsbeendigungen und 20 Todesfälle, also 35% Mortalität, auf die 46 nicht operierten 32 vorzeitige Entbindungen und 17 Todesfälle, also 37% Mortalität. S. empfiehlt die frühzeitige Operation und spricht sich gegen die vorzeitige Entbindung aus.

3. Gallenblase.

A. Litzenfrey schließt sich dem Bericht an, daß bei Frauen, die geboren haben, Gallensteine viel häufiger gefunden werden als bei Nulliparen. Auch beobachtet man Anfälle sehr häufig zu Beginn der Menstruation. Es läßt sich dies vielleicht damit in Zusammenhang bringen, daß die in der Zeiteinheit abgesonderte Galle der die Leber durchströmenden Blutmenge direkt proportional ist und daß schon geringe Blutverluste die starke Muskeltätigkeit der Gallenblasenabsonderung oft plötzlich unterdrücken. Die dadurch veranlaßten plötzlichen Druckschwankungen begünstigen die Einwanderung der Darmmikroorganismen in die Gallenblase. S. erwähnt mehrere Fälle aus der Literatur, wo in der Schwangerschaft das Krankheitsbild so beängstigende Formen annahm, daß man operieren mußte. Da die Frauen die Operation gut überstehen und am normalen Termin niederkommen, empfiehlt Fellner mit Recht in solchen schweren Fällen die Gallenblasenoperation und keineswegs die Unterbrechung der Schwangerschaft. Cholelithiasis scheint in der Schwangerschaft selten zu sein. Fellner beobachtete 5 Fälle auf 40 000 Geburten. Häufiger ist sie im Wochenbett. Fehldiagnosen sind nicht selten. Ein Gallensteinleiden kann die Symptome einer gynäkologischen Erkrankung vortäuschen und umgekehrt.

4. Syphilis.

Ueber das Zusammentreffen von Tabes bei einer Frau und Syphilis beim neugeborenen Kinde berichtet Dufour. Die Frau hatte bereits 2 Frühgeburten durchgemacht. Das 3. Kind kam zur richtigen Zeit, starb aber einige Tage später. Es zeigte sich ein makulo-papulöses Syphilid, Pemphigus, Koryza. Die Leber war vergrößert.

Macht nach Behringer die Syphilis noch in den ersten drei Jahren Symptome, dann halten diese noch länger an. B. beschreibt 16 Fälle, in denen sich Späterscheinungen, wie chronischer Hydramnios, Abort und Frühgeburt einstellten. Man soll also die Verheiratung möglichst hinausschieben und während der Schwangerschaft nochmals behandeln.

5. Herz- und Blutkrankheiten.

Tuszkai stellt folgende Behauptungen auf: Der Puls ist während der Schwangerschaft anders geartet als der normale, nachdem derselbe in der Mitte der Gravidität, ja sogar schon häufig zur Zeit des Beginns derselben seine normale Labilität verliert. Das Verschwinden dieser Labilität, begleitet von der Steigerung des Blutdruckes und von der Vergrößerung der Herzdämpfung ist höchstwahrscheinlich die Folge der Herzhypertrophie der normalen Schwangerschaft. Die Vergrößerung der Herzdämpfung, begleitet von der Verminderung des Blutdruckes und von der Rückkehr resp. von der Zunahme der Pulslabilität ist ein Zeichen der Insuffizienz der Herzmuskulatur bezw. der Dilatation. Wenn diese Symptome eingetreten sind, muß bei Herzkrankheiten die Schwangerschaft unterbrochen werden. Nun ist nach E. Scipades (Sammlung klin. Vorträge, 167) bei normaler Schwangerschaft das Auftreten einer physiologischen Herzhypertrophie nicht bewiesen. Damit entfällt die Basis für den ersten Teil der Behauptung T.'s. S. stellte fernerhin sehr ausgedehnte Untersuchungen an 13 Schwangeren an, und diese ergaben, daß die Ergebnisse dieser Untersuchungen keineswegs dafür srechen, daß bei Schwangeren die bei verschiedener Körperlage vorhandene Pulslabilität aufhöre. Sie scheinen sogar zu beweisen, daß die Labilität in jeder Zeit der Schwangerschaft innerhalb der physiologischen Grenzen bestehen bleibe. Nach weiteren Untersuchungen sind diejenigen Verhältnisse, welche durch andere hinsichtlich des Verhältnisses des Pulses im Falle einer Herzkrankheit außerhalb der Gravidität konstatiert wurden, identisch mit jenen, welche sich bei Kombination des Herzleidens mit Gravidität ergeben. Auf Grund der Untersuchungen des Pulses aber können hinsichtlich der Prognose der Aktionsfähigkeit der Herzmuskulatur noch keine praktischen Folgerungen abgeleitet werden. Am Schluß resumiert S., daß Tuszkais Arbeit, da sie die elementarsten Bedingungen des wissenschaftlichen Vertrauens vermissen lasse, für die Beobachtung ernster Forscher auch nicht einen Moment geeignet sei.

Th. von Wentzel meint, sicher sei während der Schwangerschaft das Blut hydrämisch; in demselben zirkulieren auch wahrscheinlich unbekannte Toxine, welche durch den graviden Zustand gebildet werden und vielleicht von der Frucht stammen. Das hydrämische Blut ernährt das Herz nicht tadellos (Fellner), die Toxine wirken aber ebenfalls schädlich auf die Nerven und Muskeln des Herzens ein und stören dessen Tätigkeit.

Die spontan eingeleitete Geburt überläßt W. sich selbst; nur wenn eine stärkere Kompensationsstörung vorhanden ist, erscheint es notwendig, die Geburt zu beschleunigen. Die schnelle Entleerung des Uterus kann schädliche Folgen haben. Bei der Sectio caesarea vaginalis, die heute vielfach empfohlen wird, darf man nicht vergessen, daß man bei Herzleiden, welche mit großen, venösen Stauungen verbunden sind, auf ungewöhnlich große Blutverluste vorbereitet sein muß, dann aber, daß die Beendigung der Geburt durch diese Operation zu Beginn der Erweiterungsperiode ungemein rasch erfolgt, weshalb nicht nur eine unerwartetete Schwankung des Blutdruckes, sondern auch viel gewisser als bei anderen Operationen eine Atonie eintreten kann. Nach der Geburt starker Verband auf das Abdomen.

W. führt 8 Fälle mit schwerer Inkompensation an, zwei während der Schwangerschaft, 6 während der Geburt. In vier Fällen war die Kompensationsstörung schon vor der Schwangerschaft seit Jahren vorhanden. Alle diese sind gestorben. In drei Fällen trat sie in der ersten, bei einem in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf. Einmal künstlicher Abortus, einmal Wendung auf den Fuß (Placenta praevia), je einmal Erweiterung des Muttermundes, Wendung auf den Fuß, Extraktion und Plazentalösung, zweimal Zange. Zwei Geburten verliefen spontan, 4 Kinder blieben am Leben. Die chronische Erkrankung der Aortenmündung verursacht nur unbedeutende Störungen.

6. Gehirn- und Nervenkrankheiten.

Freund berichtet über eine Frau, welche vorher gesund war, im 7. Monate der Schwangerschaft schwer erkrankte. Die Erscheinungen nahmen mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft immer mehr zu. Im Wochenbett entwickelte sich dann das Bild einer schwere Myelitis, die nach einigen Monaten ausheilte.

Eine neue Indikationsstellung zur Einleitung des künstlichen Aborts wegen psychischer Krankheiten entwickelt M. Friedmann.

Bisher hat man den Abort wegen psychischer Erkrankungen fast durchgängig nur in Rücksicht auf einige typische Graviditäten und Puerperalpsychosen erwogen und hat man den Eingriff im Prinzip abgelehnt, weil es ohne wirklichen Einfluß auf die Entstehung oder den Verlauf der Psychse bleibt. Mit Jolly und A. Pick stellt der Verfasser eine grundsätzlich neue Indikation auf, die gerade ebenfalls sich nicht gar häufig ergibt, aber sich doch nach der Meinung des Verfassers ungleich wichtiger gestaltet als jene alte Indikation. Es handelt sich dabei um die sog. psychopathische Reaktion bei psychisch widerstandslosen und neuropathischen Individuen, und es liegt dabei eine krankhafte Uebertreibung der Geburtsangst vor. Von echten Psychosen unterscheiden sich diese Erkrankungen dadurch, daß sie allein durch den psychischen Affekt ins Leben hervorgerufen werden, und daß sie fast ausschließlich verschwinden und zur Genesung gelangen, wenn das krankmachende Agens, also die Schwangerschaft, beseitigt wird. Die Gefahr des Selbstmordes und eine bedrohliche körperliche Abnahme geben die Indikation ab. (Ist schon bei den echten Psychosen die Gefahr des Selbstmordes nicht als Indikation für einen künstlichen Abort angesehen worden, so darf dies noch weit weniger bei den hier besprochenen Aufregungszuständen der Fall sein. Die Unterbringung in eine Anstalt ist hier allein indiziert. Kommt die Patientin sehr stark herunter, dann mag eventuell in sehr schweren Fällen der Abort indiziert sein. Die vorliegenden Fälle aber sind kein Beweis für die Notwendigkeit dieser Indikation. In solchen Fällen genügt es oft nur so zu handeln, als ob man den Abortus einleiten wolle, um sofort eine Besserung der Nahrungsaufnahme zu erzielen. Und ist man erst über einige Monate hinweg, macht man insbesondere die Patientin darauf aufmerksam, daß die mangelnde Nahrungsaufnahme den Arzt nicht dazu bestimmen könne, den Abort einzuleiten, übt man auch sonst eine suggestive Therapie aus, dann erreicht man wohl ohne weiteres die zweite Schwangerschaftshälfte, worauf zumeist die Aufregungszustände schwinden. Bei geeigneter Therapie darf daher der bloße Aufregungszustand niemals die Indikation zur Opferung des kindlichen Lebens abgeben. D. Ref.)

Nach Alzheimer ist eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Geisteskrankheit dann geboten, wenn infolge der Schwangerschaft ein lebensbedrohlicher Zustand der Mutter bereits eingetreten oder mit Bestimmtheit zu befürchten ist, falls eine Unterbrechung der Schwangerschaft und nicht etwa eine weniger eingreifende Maßnahme den bedrohlichen Zustand der Schwangeren beseitigen kann. Vergleicht man nach den älteren Statistiken die Zahl der Graviditätspsychosen mit der Zahl der Psychosen des weiblichen Geschlechts überhaupt und die Zahl der puerperalen Psychosen, so zeigt sich, daß die Zahl der Graviditätspsychosen im Vergleich zu den Psychosen überhaupt nicht sehr beträchtlich scheint und namentlich auffällig niedrig ist zur Zahl der Psychosen in den anderen Perioden des Generationsgeschäftes, besonders der Periode des Puerperiums.

Von 21 manisch Depressiven fällt nur bei 4 der erste Anfall in die Zeit einer Gravidität, während bei den übrigen 17 schon früher, unabhängig von der Schwangerschaft, Anfälle von depressivem und manischem Charakter beobachtet worden sind oder die Depression und Erregung schon bestand, als die Schwangerschaft eintrat. Fälle, wo sich in jeder Gravidität eine Depression eingestellt hat, sind sehr selten. In allen jenen Fällen, in welchen 1 oder 2 Schwangerschaften mit einem manisch depressiven Zustand zusammenfielen, waren auch Anfälle ohne Gravidität nachzuweisen, schon vor der ersten Gravidität vorhanden, oder sie traten auch in den klimatischen Epochen auf. Gegen eine große Bedeutung der Schwangerschaft für die Entstehung manisch depressiver Zustände spricht auch der geringe Einfluß, den in allen Fällen die natürliche Unterbrechung oder die Beendigung der Schwangerschaft auf den Krankheitsverlauf zeigte. In keinem Falle trat mit dem Ende der Schwangerschaft eine Heilung ein. Das manisch-depressive Irresein darf also keine Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung abgeben. Eine heilende Wirkung des Abortus auf die Krankheit der Mutter scheint nicht erwiesen zu sein.

(Schluß folgt.)

Kinderheilkunde.

Referent: Priv.-Doz. Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Nervosität und Ernährung im Kindesalter.** Von F. Siegert. Münch. med. Wochenschrift, 1908, S. 1963.

2. **Ueber die Behandlung der Diphtherie nach den während der Jahre 1900—1908 im städtischen Augustahospital zu Cöln gemachten Erfahrungen.** Von Berlin. Ibidem, S. 1974.

3. **Die kutane Tuberkulinreaktion (v. Pirquet) im ersten Lebensjahr, speziell im ersten Lebenshalbjahr.** Von F. Siegert. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, S. 1665.

4. **Ueber Diagnose und spezifische Behandlung der latenten endothorakalen Drüsentuberkulose des kindlichen Alters.** Von Dautwiz. Beiheft zur Med. Klinik, 1908, Heft 9.

1. Siegert, der seit Jahren auf Grund genauer Krankenbeobachtung, theoretischer Erwägung und der Ergebnisse der in seiner Klinik angestellten Stoffwechselversuche (vergl. die bekannten Untersuchungen von Lungwitz) gegen die übermäßige Eiweißzufuhr im Kindesalter kämpft, bespricht in einem sehr beherzigenswerten, durch kurze Krankengeschichten illustrierten Aufsatz die Zusammenhänge zwischen Nervosität und Ernährung im Kindesalter; es handelt sich dabei nicht um die durch Heredität oder falsche Erziehung nervös gewordenen Kinder, sondern um eine besondere Gruppe von Kindern, die durch ihre leichte prompte Heilung und gänzliche Wiederkehr des normalen körperlichen und geistigen Verhaltens bei geeigneter Behandlung beweist, daß ihre Nervosität eine erworbene ist, welche nach beseitigter Ursache wegfällt, einzig und allein bedingt und unterhalten durch unzweckmäßige Ernährung, eine Ernährung, in der Gemüse und Obst fehlen oder unbedeutend vertreten sind, während das Eiweiß oft auch das Fett an Menge 3,4, selbst 5 g pro Kilo und Tag erreichen. Bei diesen Patienten, die fast nur in den Häusern der Reichen zu finden sind, speziell bei Hoteliers, Restaurateuren, Metzgern und auch Aerzten, ist das Hervorstechendste neben dem schlechten Aussehen, der oft gelben Hautfarbe und Anämie, der meist vorhandenen hartnäckigen Obstipation das Mißverhältnis zwischen Nahrungseinfuhr und körperlichem und geistigem Kräftezustand. Hautaffektionen, häufige Erkrankungen an Angina, Bronchitis und Infektionskrankheiten sind ,trotz fehlender lymphatischer Diathese die Regel, eine zunehmende Nervosität zeigt sich durch rastlose Unruhe bei Tage, durch schwere Erziehbarkeit, durch mangelnde Leistungen in der Schule, durch unregelmäßigen Schlaf und Aengstlichkeit in der Nacht. Rasche Ermüdung des Körpers und Geistes sind häufig.

In diagnostischer Beziehung ist wichtig, daß man sich nicht mit anamnestischen Angaben vager Natur über die Ernährung der Kinder begnügen darf, sondern daß Zahl, Quantität und Qualität der Mahlzeiten ganz genau eruiert werden müssen.

Die *Behandlung* ist eine sehr einfache. Sie verlangt eine Diät, welche jedem gesunden Kinde ausnahmslos zusagt und bekommt, Fettablagerung in unnötiger Weise vermeidet und überall und in jeder Jahreszeit durchführbar ist, auch das Eiweißbedürfnis sehr herabsetzt. Die *Eier* als ganz überflüssiges, sehr unzuverlässiges, unzweckmäßiges, teuerstes Nahrungsmittel *fallen weg*. Nur soweit sie zur Zubereitung der Speisen unentbehrlich sind, sind sie stets gestattet. Nicht also in irgendwelcher Zubereitung, wohl aber z. B. in Nudeln, Puddings etc. *Fleisch* kann vom dritten Lebensjahre an einmal täglich *in kleiner Menge* gestattet werden, und zwar schwarzes wie weißes Fleisch, ebenso Fisch. *Die Hülsenfrüchte, der Kakao, die Schokolade fallen fort.*

Zur Einschränkung der Milch — wo sie nicht vorübergehend ganz durch Suppen aus Haferflocken, Gries, Reis, Gerste, später aus Mehlen ersetzt wird — *wird ihr Malzkaffee, dünnster Bohnenkaffee, aromatischer Tee* (Nußblätter, Lindenblüte, Kamille) *bis zur Hälfte zugesetzt* und etwas Zucker. Bei bestehender Obstipation werden Zwieback und Brötchen, wie Feinbrot durch grobgeschrotetes Brot (Graham, Steinmetz, Simon, Pumpernickel etc.) ersetzt und neben etwas Butter reichlich Marmeladen verwendet. Als zweites Frühstück, wo dies wegen Ortsgebrauch oder Gewohnheit verlangt wird, empfiehlt sich rohes, gut gereinigtes Obst, gekochtes Obst, event. also im Winter gekochtes, getrocknetes Obst, frische Bananen, Apfelsinen, aber nicht nur deren Saft. Mittags fehlt an keinem Tag eine stets ohne Milch, aus Wasser oder dünner Fleischbrühe mit der nötigen Einlage hergestellte, etwas gesalzene Suppe, die fettarm, stets gut bekommt, ohne die Eßlust zu beeinträchtigen. Sie soll aber niemals nach dem Essen gegeben werden. Vor allem sind Gemüsesuppen, auch unter Verwendung von Wurzelgemüse und Salat zu empfehlen. Sodann *reichlich Gemüse oder Salat* mit mäßig viel Kartoffeln, schmackhafter Sauce und wenig Fleisch als Genuß- oder Reizmittel, nicht als eigentliches Nahrungsmittel. Des öfteren statt dessen Mehlspeisen mit gekochtem Obst. *Rohes Obst als Nachspeise* und, so lange der Ernährungszustand zu wünschen übrig läßt, 1—1½

Public

Stunden Schlaf resp. Ruhe nach dem Essen. Eventuell muß deshalb die Schule 2—3 Wochen nachmittags wegfallen. Um 4 Uhr wenig Milchkaffee und Butterbrot oder Obst und Brötchen. Abends eingekochte Suppen oder Gemüse und Kartoffeln oder Puddings aus halb Milch, halb Wasser, event. reiner Milch mit Gries, Reis, Maizena, Mondamin oder Mehlspeisen mit Fruchtsaft, gekochtem Obst, kein rohes Obst.

Bei dieser Diät schwindet sofort jede Obstipation. Eßlust und Behagen nach der Mahlzeit und oft genug prompter ruhiger Schlaf treten ein. Durch Vermehrung des Kohlehydratgehaltes ist eine rasche Körpergewichtszunahme leicht erreichbar, wo sie wünschenswert erscheint.

Da der Hauptwert der Siegertschen Ausführungen gerade auch in der detaillierten Darstellung seiner diätetischen Ratschläge gelegen ist, glaubt Referent durch deren ausführliche Wiedergabe den Interessen der Leser dieser Zeitschrift entgegenzukommen.

2. Die Arbeit von Berlin enthält eine größere Zahl interessanter Einzelheiten über die in Cöln gemachten Erfahrungen, die Serumbehandlung der Diphtherie, Intubation und Tracheotomie beim Kehlkopfcroup betreffend, auf die des Näheren hier nicht eingegangen werden soll. Dagegen seien kurz einige therapeutischen Maßnahmen erwähnt, die neben dem Heilserum Anwendung fanden: Bei ausschließlichen Pharynxaffektionen wurde mit günstigem Erfolge eine Halsstauung angelegt, wie sie Hochhaus für die Behandlung der Diphtherie vorgeschlagen hat. Zur Beeinflussung des lokalen Prozesses wurde kleineren Kindern eine 3 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung in den Rachen eingesprayt; von dieser Methode sah Verfasser immer recht gute Erfolge, insofern als sich die schmutzigen Beläge viel leichter reinigten und der Foetor ex ore bald nachließ. Mit Pyocyanase nach dem von Emmerich empfohlenen, in diesen Blättern schon mehrfach besprochenen Verfahren, wurden etwa 45 Patienten behandelt. Die leichten Rachenaffektionen, besonders aber Nasendiphtherien, wurden sehr günstig dadurch beeinflußt. Dagegen konnte Verfasser bei schwer septischen Prozessen der Tonsillen kaum eine nennenswerte Einwirkung der Pyocyanase feststellen. Irgendwelche schädlichen Nebenwirkungen des Mittels wurden nicht beobachtet.

3. Aus Siegerts Mitteilung über die v. Pirquetsche kutane Tuberkulinreaktion geht hervor, daß auch im Säuglingsalter, speziell auch im ersten Lebenshalbjahr die Probe mit unverdünntem Alttuberkulin angestellt, positiv ausfällt, wenn ein tuberkulöser Herd im Körper vorhanden ist. Wo sie fehlt, beweist sie das Fehlen eines tuberkulösen Herdes, die Ueberflutung des dem Exitus nahen Tuberkulösen mit Tuberkulotoxin bei miliarer Tuberkulose, tuberkulöser Meningitis oder aber die vorübergehende Unterdrückung der Hautreaktion durch spezifische Hautveränderung, wie wir sie bis jetzt durch v. Pirquet für die Masern kennen.

Es sei hier übrigens erwähnt, daß von Schloßmann und Engel auf der diesjährigen Tagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Cöln eine größere Zahl von Kindern demonstriert wurde, die im Verlauf des ersten Lebensjahres an Tuberkulose sicher erkrankt, wie die positive Pirquetsche Reaktion oder die histologische Untersuchung exzidierter Drüsen bewies, dennoch erheblich gebessert oder vielleicht ganz geheilt ins zweite Lebensjahr hinübergeführt worden waren; es handelte sich allerdings vorwiegend, vielleicht sogar ausschließlich um Knochen- oder Drüsentuberkulosen; gleichwohl sind diese Erfahrungen in höchstem Maße bemerkenswert, da sie der bisher allgemein verbreiteten Annahme von der Unheilbarkeit der Säuglingstuberkulose in erfreulichster Weise widersprechen. Ueber die bei diesen Kindern angewandte Behandlungsmethode, bei welcher Tuberkulindosen von geradezu abenteuerlicher Höhe eine Rolle spielen, wird noch eingehend zu berichten sein, wenn die von Engel in Aussicht gestellte ausführliche Publikation vorliegt.

4. Das lesenswerte Heft von Dautwiz bringt über die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter zahlreiche, auf Grund eigener reicher Erfahrung mitgeteilte Einzelheiten, auf die hier nur kurz hingewiesen sei. Neben einer genauen physikalischen Diagnostik, wie sie früher geübt wurde, spielen hier der palpatorische Druckschmerz einzelner Brustwirbel oder der Rippenbrustbeinansätze eine große Rolle, die übrigens auch kürzlich von O. de la Camp in seinem zusammenfassenden Aufsatz in den „Ergebnissen der inneren Medizin und Kinderheilkunde“ gebührend hervorgehoben wurde; wo gegründeter Verdacht auf Bronchialdrüsenerkrankung besteht, gelingt die Diagnose mit Sicherheit bei Heranziehung der Tuberkulindiagnostik (subkutan oder kutan) und des Röntgenverfahrens. Freilich gehört zur Beurteilung der Befunde der Radiographie ebenso wie bei der der Perkussion und Auskultation große persönliche Uebung. „Man sieht alles erst, wenn man das Röntgenogramm wirklich ‚lesen‘ kann, bei sorgfältiger und wiederholter Durchmusterung und Vergleich der mit harten und weichen Röhren von einem und demselben Kinde in gleicher Stellung gewonnenen Platten.“

Ueber die angewandte Behandlungsmethode möchte Ref. ausführlich berichten. Es wurde grundsätzlich Tuberkulin Béraneck gewählt, das nach des Verfassers Ueberzeugung das unschädlichste, zweckmäßigste und zuverlässigste Tuberkulin zu therapeutischen Zwecken darstellt.

Technisch wird genau nach den Sahlischen Grundsätzen verfahren und so vorsichtig und schonend wie möglich, unter thunlichst vollkommener Vermeidung jeglicher Fieber-, Lokal- und Allgemeinreaktion. Durchweg wird bis zur individuellen Maximaldosis vorgegangen oder, wenn Tuberkulinempfindlichkeit nicht mehr besteht, bis Béraneck B, C, D. Die Kinder werden in regelmäßigen Intervallen eingehend und sorgfältig untersucht, die Befunde graphisch festgelegt. Der Urin wird 24 Stunden nach jeder Injektion untersucht, die Temperaturen werden dreistündlich am Tage, das Gewicht alle 14 Tage festgestellt. Gleichzeitig werden die Kinder regelmäßig und kräftig genährt; denn nur in Verbindung mit der hygienisch-diätetischen Kur vermag die spezifische Behandlung Erfolge zu erzielen. Die einfache hygienisch-diätetische Therapie genügt bei Kindern mit latenter Bronchialdrüsentuberkulose nicht immer, besonders nicht bei schwächlicheren, unter wenig günstigen Lebensbedingungen aufgewachsenen Kindern. Vierwöchige Sool- oder Seebadekuren nützen ihnen vorübergehend, heilen sie aber nicht. Keinesfalls sind Soolbäder annähernd so wirkungsvoll wie Seebadekuren, wenn sie alljährlich auf 3—4 Monate ausgedehnt werden, ein Verfahren, das bei armen Kindern aus rein äußeren Gründen schon nicht durchführbar ist. Die mit Tuberkulin behandelten Kinder werden von 5 zu 5 Monaten wieder vorgestellt; Reaktion auf probatorische Subkutanimpfung mit Alttuberkulin bei dieser Gelegenheit hat Wiederaufnahme und Fortsetzung der Tuberkulinkur zur Folge. Die für Tuberkulinbehandlung ausgewählten Kinder dürfen nicht zu elend und schwach sein. Kontraindikationen außer gleichzeitig tuberkulöser Erkrankung der Lungen, Augen, Knochen und Gelenke, des Darmes, akuter Infektions-, Herz-, Blut-, Hirn- und Nervenkrankheiten, möchte Verf. weder in höherem Fieber und Komplikationen mit tuberkulösen Mittelohrkatarrhen, noch in beginnender Bauchfell- und Nierentuberkulose erkennen. Bei schon lungenkranken Kindern scheint das rapide Fortschreiten des tuberkulösen Krankheitsprozesses auch durch vorsichtigste Tuberkulindosen nicht aufgehalten, eher gefördert und beschleunigt zu werden.

Daß abschließende Urteile über den Wert dieser Behandlungsform erst nach Jahren gefällt werden können, wenn Dauererfolge erreicht oder ausgeblieben sind, wird vom Verfasser selbst hervorgehoben. Daß das Verfahren Erfolge zeitigt, schließt Verfasser aus der subjektiven und objektiven Besserung des Allgemeinbefindens, aus dem Verschwinden subfebriler und selbst höherer Temperaturen und der sternokostalen und spinalen Druckempfindlichkeit, wie auch des namentlich im Anfang nach Tuberkulininjektionen empfundenen, schmerzhaften Druckes unter dem Brustbein. Vor allem aber glaubt Verfasser, durch regelmäßig wiederholte Röntgenuntersuchungen die Einwirkung der Tuberkulinbehandlung auf die endothorakalen Drüsen selbst bewiesen zu haben. Er findet nämlich, daß der auf die Bronchialdrüsen zu beziehende Schatten im Röntgenbild im Verlauf der Kur intensiver, plastischer, exakter umrändert erscheint und deutet diesen Befund als den Ausdruck einer zunehmend fibrösen Verdickung der Drüsenkapsel und mehr oder minder vollständigen Verkalkung ihres Inhaltes. Leider ist diese Deutung des an sich gewiß recht beachtenswerten Befundes nicht durch Sektionsbefunde gestützt.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** leitender Arzt der städt. Säuglingsfürsorgestelle V in Berlin.

1. **Ueber die Bewertung der die Säuglingssterblichkeit bedingenden Ursachen.** Von G. Tugendreich. Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. 48, Heft 5/6.

2. **Eugenik, Lebenshaltung und Auslese.** Von W. Schallmayer. Zeitschr. f. Sozialwissenschaft, XI. Bd., 5. Heft, 1908.

1. Tugendreichs Arbeit geht davon aus, daß unmöglich allen den von den Autoren angeschuldigten Ursachen die gleiche Bedeutung für die Säuglingssterblichkeit zukommen könne. Die Lösung der Frage, welches die entscheidende Ursache sei, ist besonders wichtig im Hinblick auf die Säuglingsfürsorgestellen. Ihre Daseinsberechtigung hängt davon ab, daß wirklich die Ernährung, auf die einzuwirken sie ja fast allein imstande sind, den größten Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit habe.

Fast alle Statistiken über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit begehen den fundamentalen Fehler, auf einem in sich heterogenen Material zu basieren. Sie unterscheiden nämlich nicht die gestorbenen Säuglinge nach der Ernährungsart in Brust- und Flaschenkinder. Nun ist die geringe Resistenz der Flaschenkinder gegen allerlei schädliche Einflüsse, z. B. des Klimas, der Hitze, des Pauperismus usw. ja bekannt. Die Brustkinder aber sind in außerordentlich hohem Grade dagegen gefeit. Demnach muß eine Popularisierung der Brusternährung auch jene Schädlichkeiten paralysieren, besonders auch den deletären Einfluß des Pauperismus. Denn das brustgestillte Proletarierkind hat noch bessere Lebenschancen als das künstlich genährte Kind wohlhabender Leute. Den beiden bisher existierenden Statistiken, die die Nennung nach der Ernährungsart bei gleichzeitiger Berücksichtigung der sozialen Lage durchgeführt haben, nämlich den Arbeiten von Kriege-Leutemann und Neumann fügt Verf. noch eine eigene hinzu, die, gewonnen aus dem Materiale seiner Säuglingsfürsorgestelle, zu gleichem Resultaten gelangt.

2. Auch die Arbeit Schallmayers, die in gewisser Beziehung zu den Problemen der Säuglingsfürsorge steht, warnt vor einer Ueberschätzung der Wirkung des sozialen Milieus, des Pauperismus, auf die Erhaltung der Rasse. „Nicht Milieueinflüsse, sondern die Auslesebedingungen, welche die Vermehrung vorkommender spontaner, individueller Varianten begünstigen, beschränken oder unterdrücken, üben den belangreichsten Einfluß auf die psychogenetische Entwicklung der Erbqualiäten einer Bevölkerung, und es liegt im beträchtlichen Umfange in unserer Hand, diese Auslegeverhältnisse zu ändern.“

So hebt Schallmayer ausdrücklich hervor, daß das Stillvermögen unabhängig ist von der sozialen Lage, und Referent möchte noch an die Geburtsgewichte der Proletarierkinder erinnern, die trotz mangelhafter Pflege der Schwangeren nicht hinter denen der wohlhabenden Neugeborenen zurückbleiben.

Neurologie.

Referent: Dr. **G. Flatau**, Nervenarzt, Berlin.

1. **Die Lehre von der Periodizität nervöser Krankheitserscheinungen.** Von Oppenheim. Neurologisches Zentralblatt, 2. Januar 1908.
2. **Spasmopholie und Kalzium - Stoffwechsel.** Von W. Stoeltzner. Ibidem, 16. Januar 1908.
3. **Die Angstneurose der Kinder.** Von Wilh. Steckel, Wien. Med. Klinik, 1908, Nr. 17—18.
4. **Symptomatische Therapie und Pflege bei Tabes dorsalis.** Von Alfred Fuchs, Wien. Beiheft d. Med. Klinik, 1908, Nr. 5.
5. **Ueber Luftinjektionen.** Von Dr. W. Alexander, Berlin. Med. Klinik, Nr. 23.
6. **Zur Kenntnis der Hyperhidrosis unilateralis.** Von Dr. Jul. Friedländer. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, No. 23.

1. Eine Anzahl von Neuralgien, auch nicht auf Intermittens beruhender, tritt periodisch auf. Auch an die periodischen Psychosen wird erinnert und im Anschluß daran der Neurasthenie gedacht, deren Beschwerden auch ein periodisches Auftreten zeigen. O. weist auf früher beschriebene Fälle von organischer Erkrankung hin, namentlich von Lues cerebri, und auf andere Erfahrungen, bei denen ein Wechsel von guten und schlechten Tagen gesetzmäßig auftrat. Man möchte bei solchen Erfahrungen immer an Kombination mit Hysterie denken, doch spricht dagegen die Hartnäckigkeit des Leidens auch gegen suggestive Beeinflussung und ferner die stete Verbindung mit Lues. O. glaubt, daß die Periodizität in der Organisation des Nervensystems begründet ist.

2. Tierversuche zu der früher aufgestellten Hypothese des Zusammenhanges von Spasmophilie und Kalziumvergiftung. Das Verhalten von Ca-Gehalt der Gewebsflüssigkeit und Kalkaufnahme bezw. Retention durch die Knochen muß so sein, daß kein Ca-Ueberschuß in den Geweben stattfindet; würde im letzten Falle noch die Ca-Ausscheidung durch den Darm insuffizient, so ist die Ca-Stauung evident. Besonders wird das der Fall sein, wenn schnell fortschreitende Rachitis eintritt. Die Versuche müssen im Orginal nachgelesen werden.

3. Die Angst der Kinder ist der Ausdruck des Vermissens der geliebten Person und ist physiologisch, erst die erhöhte Reizbarkeit, Angst allein zu bleiben, Schlaflosigkeit, Pavor nocturnus sind pathologisch und beruhen auf dem Zusammentreffen mit dem sexuellen Problem; es handelt sich oft um Kinder nervöser Eltern, frühzeitige Masturbation, Sucht sich zu entkleiden, ins Bett der Mutter zu kommen. Dafür werden einzelne Beispiele angeführt, bei denen die sexuelle Wurzel deutlich hervortrat, Verführung durch Dienstboten, durch unbewußtes Beispiel der Eltern. Die Therapie der Angstneurosen hat an dieser Stelle einzusetzen durch geeignete Erziehung, Kinder sollen allein schlafen, nicht zu Eltern oder Erziehern ins Bett genommen werden, sexuelle Reize ferngehalten werden. Die Aufdeckung der sexuellen Wurzel ist oft schwierig. Alles in allem, die Angstneurose der Kinder beruht auf falscher Verknüpfung eines disponiblen Affektes (Libido). Kinder sind nicht asexuell.

4. Die Beurteilung der Wirksamkeit unserer Therapie bei Tabes dorsalis ist schwer, da neurasthenische Begleiterscheinungen vorhanden sind und spontane Stillstände und Besserungen vorkommen; die antisyphilitische Behandlung ist nutzlos und sogar kontraindiziert bei beginnender Optikusatrophie, bei schwerer Kachexie. An Stelle der Argentum nitricum-Behandlung tritt die Protargolbehandlung. Protargol 3,0 auf XXX Pillen. Ergotin nützt nichts. Bei Kachexie sind Atoxylpräparate von Nutzen. Die Organtherapie hält Verfasser für ganz nutzlos, dagegen ist Lecithin manchmal von Nutzen. Die Suspensionsbehandlung und die Modifikationen sind zu Unrecht in Vergessenheit geraten. Ref. erinnert sich noch der Begeisterung, die vor 20 Jahren die Suspension erregte. Die Hydrotherapie muß sich auf milde Behandlungsformen beschränken, Teilwaschungen, Leibbinden, Vollbäder. Die Unzahl von Badeorten aufzuzählen, wie es der Verfasser tut, hält Referent für unnütz. Weniger die Bäder als die Erfahrung und Geschicklichkeit der Badeärzte kommt in Betracht. Die Elektrotherapie, Massage werden kurz angeführt, sie kommen als Allgemeinbehandlung und symptomatisch für lancinierende Schmerzen in Betracht, an äußeren und inneren Mitteln für letztere sind natürlich eine Unzahl empfohlen, die im Original nachzulesen sind. Das Gleiche gilt für die Krisenmittel. Bei den Larynxkrisen kommt Inhalation von Chloroform und Aether, Kokainpinselung, Amylnitrit, Morphium in Frage. Betreffs der anderen Symptome erwähnen wir noch die Behandlung der Optikusatrophie nach Mann. Für die Behandlung der schweren und bettlägerigen Tabiker werden Vorschriften gegeben, die nichts wesentlich Neues enthalten.

5. Luftinjektionen wurden zu therapeutischen Zwecken und besonders zur Heilung der Neuralgien gemacht. Verf. weist auf die Gefahr der Luftembolie hin, die nur durch größte Vorsicht, durch Ansaugen nach dem Einstich zu vermeiden sind. Langsame Resorption erscheint wünschenswert. Wie die Wirkung bei Neuralgien zu erklären ist, ist noch unsicher. Ref. stimmt dem Autor darin bei, daß die Methode nur nach dem Versagen aller anderen Methoden in Frage kommt.

6. Bei der Feststellung der Hyperhidrosis unilateralis muß man sich vor dem Fehler hüten, eine Anidrosis unilateralis zu übersehen. Bei der Hyperhidrosis scheint die linke Seite häufiger betroffen zu werden, zu unterscheiden ist zwischen einer zentralen und peripherischen Form; familiäres Vorkommen ist beobachtet. Therapeutisch ist bisher wenig geleistet, erst Kromayer gelang es, durch Röntgenbestrahlung Erfolge zu erzielen.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.

1. **Mastopexie zur Beseitigung der Hängebrust.** Von Dehner. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 36.
2. **Ein Beitrag zur idealen Operation des arteriellen Aneurysma.** Von Enderlen. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, S. 1581.

3. **Zur Behandlung des Hydrozephalus.** Von Heile. Dtsch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 34.

4. **Ueber Wanderung von Fremdkörpern.** Von G. Muskat. Medizinische Klinik, 1908, Nr. 36.

5. **Desinfektion der Hände und der Haut mittels Jodtetrachlorkohlenstoff und Dermagummit.** Von Wederhake. Med. Klinik, 1908, Nr. 34.

1. D. kam in die Lage, eine starke Hängebrust, die durch Ekzembildung ihrer Trägerin im subtropischen China große Beschwerden machte, operativ zu beseitigen. Er entfernte auf beiden Seiten oberhalb der Mamma einen elliptischen Keil von Haut und Fettgewebe bis auf auf die Faszie, befestigte den Drüsenkörper selber durch starke Katgutfäden am Periost der dritten Rippe und stellte so annähernd regelrechte Brustformen wieder her. — Die Operation, deren Narbe man durch andere Schnittführung wohl an unauffälligere Stelle bringen könnte, ist in ihrer Art neu und in ähnlichen Fällen sicher berechtigt und dankbar.

2. Ein durch luetische Wandveränderung entstandenes Aneurysma der Arteria poplitea wurde nach Abpräparierung von der Vene entfernt und die 4 cm voneinander entfernten Enden der Arterie unter starker Beugung des Knies End zu End vereinigt. Zwar kehrte der vorher nicht fühlbare Puls in der Tibial. posterior nicht wieder, doch brachte der Eingriff volle funktionelle Heilung.

3. Spinalpunktionen oder direkte Ventrikelpunktionen beeinflussen die Hirndruckerscheinungen bei Hydrozephalus sehr günstig, besonders wenn im Anschluß an die Punktionen längere Zeit Jodkali in großen Dosen gereicht wird. Heile hat ferner den Versuch gemacht, den Duralsack mit der Bauchhöhle in Verbindung zu setzen, um einen dauernden Abfluß der Gehirnflüssigkeit und damit Druckentlastung des Gehirns zu bewirken. Das Kind, bei dem er nach mehrfachen Ventrikelpunktionen, die nur vorübergehend halfen, diese Operation ausführte, hatte eine operierte Spina bifida, was den Eingriff durch die mangelhafte Entwicklung der Lendenwirbelkörper erleichterte. Es wurde die Bauchhöhle von hinten her, neben der Wirbelsäule vorbei, eröffnet und eine Dickdarmschlinge mit dem gleichfalls geöffneten Durasack vernäht. Der neue Abflußweg funktionierte sofort, wie die Abnahme des Kopfumfanges zeigte, doch starb das in Beckenhochlagerung gehaltene Kind 20 Stunden darauf beim Aufsetzen, wahrscheinlich infolge plötzlichen starken Liquorabflusses in die Bauchhöhle.

4. Eine an der Rückseite des Oberarmes, handbreit über dem Ellbogen eingestoßene Nähnadel drang, wie Röntgenbild und Operation nach wenigen Stunden bestätigten, sofort bis an die Radialseite des Vorderarms; wahrscheinlich ist sie, wie M. annimmt, durch eine Art Schleuderwirkung der Trizepssehne soweit vorgetrieben worden. Eine Reihe von Versuchen an Mäusen und Kaninchen ergab keine feste Regeln für die Wanderung eingebrachter Fremdkörper (Nadeln); nur schien Eiterung den Weg der Nadel zu hemmen, auch blieb die Nadel an Ort und Stelle, wenn sie beim Eindringen an einen Knochen zu liegen kam.

5. Wederhake wäscht Hände und Operationsfeld drei Minuten in 1 prom. Jodtetrachlorkohlenstoff und bestreicht dann beides mit „Dermagummit", einer jodversetzten Kautschuk-Tetrachlorkohlenstofflösung, die beim Verdunsten einen bakteriendichten, elastischen Ueberzug bildet. Die praktischen und bakteriologischen Ergebnisse dieser neuesten Desinfektion ohne Wasser sind gut; sie teilt mit dem Schumburgschen Verfahren (1 proz. Formalin-Alkohol), mit dem v. Brunsschen (96 proz. Alkohol), dem Heusnerschen (Jodbenzin) u. a. den Vorzug der Einfachheit, Kürze, Billigkeit und wird wie diese besonders für Notfälle in der Außenpraxis, bei Wassermangel (Feldchirurgie!) ihre Bedeutung gewinnen. Die unbedingte Sicherheit des Bakterienabschlusses durch das dünne Gummihäutchen, dürfte jedoch Zweifeln begegnen; es ist kaum denkbar, daß die Schweißabsonderung während einer längeren Operation das hundertfach gefältelte und gezerrte Häutchen nicht an vereinzelten Stellen sprengen sollte, wie es durch Versuche mit Höllensteinlösung für ähnliche Hautüberzüge bereits nachgewiesen ist. Diese Paraffin- und Gummihäutchen (Chirol, Gaudanin, Chirosoter, Paraffin-Xylol u. dgl.) haben die meisten Nachteile des Gummihandschuhs, ohne seinen großen Vorzug, die relative Sicherheit des Hautabschlusses, zu besitzen.

Soziale Medizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Invalidenversicherung der Gefangenen.** Med. Reform, 1908, Nr. 35, S. 422.

2. **Private Unfallversicherung in Landgemeinden.** Ibidem, Nr. 37, S. 443.

3. **Liegekurschiff in Zoppot.** Ibidem, Nr. 37, S. 449.

4. **Spezialärzte.** Von Dr. Rudolf Lennhoff. Mediz. Reform, 1908, Nr. 35.

5. **Fabrikarbeit und Nervenleiden.** Beitrag zur Aetiologie der Arbeiterneurose. Von Dr. Gerhard Heilig, Unterarzt im Inf.-Regt. v. Wittich in Cassel. Med. Reform 1908, Nr. 31, 32 und 33.

1. Nach § 46, 1 des Invalidengesetzes vom 13. VII. 1899, erlischt unter gewissen Voraussetzungen die aus der Versicherungspflicht sich ergebende Anwartschaft auf Invalidenrente. Nach § 135 ebenda erlischt ferner eine Quittungskarte, wenn sie nicht innerhalb zweier Jahre zum Umtausch eingereicht ist. Um die Gefahr des Eintritts dieser Nachteile von solchen Versicherten abzuwenden, die Gefangene sind, hat jetzt der Justizminister unter Aufhebung seiner Verfügung vom 8. III. 1901 unter dem 30. I. d. J. bestimmt, daß der Gefangene, der eine längere als 1 jährige, aber nicht lebenslängliche Freiheitsstrafe verbüßt und versicherungspflichtig ist, auch ohne seine Einwilligung nötigenfalls aus seinem Arbeitsverdienst, seitens der Verwaltung weiter versichert wird.

2. Da die staatliche Unfallversicherung der Unfallverletzten erst nach Ablauf der 13. Woche für die über diesen Zeitraum hinausreichenden Unfallfolgen entschädigt, hat der praktische Arzt Dr. Jaks-Thüngen (Unterfranken) in dem ungefähr 900 Einwohner zählenden Dorfe Stelten den Versuch gemacht, die selbständigen Bauern, welche der Krankenversicherung nicht unterliegen und mithin für den 13-Wochenzeitraum leer ausgehen, zu einer privaten Gemeinde-Unfallversicherung auf genossenschaftlicher Basis zu bewegen und verspricht sich weitere Erfolge davon. Diese will, streng im Rahmen der Gemeinde, alle Unfälle bis zur Dauer von 90 Tagen entschädigen, gleichgültig, ob sie Betriebs- oder landwirtschaftliche Unfälle sind. Mitglied ist jede über 16 Jahre alte, der gesetzlichen oder statutarischen Krankenversicherung nicht unterliegende Person. Der Beitrag beträgt 1 M. jährlich, für Verheiratete 2 M. Ein Fehlbetrag wird nötigenfalls durch Extraumlage gedeckt. Die Verwaltung ist kostenlos und obliegt dem Bürgermeister und dem Lehrer.

3. Im Hinblick auf den bevorstehenden 4. internationalen Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia interessiert die Notiz, daß der Aerzteverein in Zoppot zur Durchführung thalassotherapeutischer Maßnahmen ein Liegekurschiff für 36 Personen ausgerüstet hat, das, hauptsächlich für Neurastheniker, Asthmatiker und Rekonvaleszenten bestimmt, täglich in der Danziger Bucht kreuzt.

4. Nachdem über die Frage des Titels „Spezialarzt" der Streit der Meinungen lange hin und her gewogt hat, wobei die einen die Ansicht vertraten, daß das Recht, ihn zu führen, nur durch ein Spezialexamen erworben werden könne, während die anderen, besonders die Standesvertretungen, dieses oder gar eine besondere Approbation weit von sich weisen, hat jetzt das Kultusministerium zu ihr Stellung genommen, indem es in einem Erlaß an die Ober- und Regierungspräsidenten vom 15. VII. d. J. ausspricht, daß es seinerseits von einer Regelung der Angelegenheit vorläufig absehe und die weiteren Schritte zunächst der ärztlichen Standesorganisation (Aerztekammer, Ehrengericht) überlasse. Möge, wie Dr. Eugen Israel, Berlin, Spezialarzt für Chirurgie, hierzu sagt, diese eine Formel finden, welche der Allgemeinheit nützt und die berechtigten Interessen des einzelnen schont! Was nach Lennhoffs Ansicht, der wir uns anschließen, nicht zu umgehen sein wird, ist der Nachweis einer spezialistischen Ausbildung, also eine Art Diplom. Will man das nicht, so lasse man, wie in Frankreich und Amerika, den Spezialarzttitel ganz fallen und benutze nur den Ruf seines Namens als Werbekraft. — Dieser Artikel hat der Schriftleitung der „Medizin. Reform" eine Anzahl Zuschriften eingetragen, darunter eine solche von Schwalbe, der auf seinem Aufsatz in Nr. 41 der „Deutsch.-Med. Wochenschrift" von 1907 verweist, und von Schober, der über die einschlägigen Verhältnisse in Frankreich berichtet. Näheres hierüber s. „Med. Reform" Nr. 36, S. 431, unter der Ueberschrift: „Spezialarzttitel".

5. Unter diesem Titel veröffentlicht H. eine interessante Studie über die ätiologische Bedeutung der Fabrikarbeit als solcher in bezug auf die Entstehung von Arbeiterneurosen. Wir empfehlen sie insbesondere auch allen Kassenärzten namentlich deshalb, weil darin außer den mechanisch schädigenden Momenten der Fabrikarbeit, als da sind der Lärm, dieser akustische Dauerreiz, der Unfall, die Ueberanstrengung usw., in kurzer, übersichtlicher Weise auch Imponderabilien in Betracht gezogen sind, die unseres Wissens nicht allgemein genügend gewürdigt werden. Dahin gehört das Verantwortlichkeits-, das Zurücksetzungsgefühl, die Arbeitsfreudigkeit, der Einfluß des Akkordsystems, die Existenzunsicherheit, ferner die Wehrpflicht usw. Erschöpft ist die Reihe der inneren Ursachen, wie Verf. selbst sagt, damit freilich nicht, es gehören dazu auch noch andere Dinge, wie namentlich das Vereinsleben, die Politik und die Genußsucht.

Militärsanitätswesen.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **Peltzer**, Steglitz.

1. **Ueber die Zunahme der Körpergröße der militärpflichtigen Jugend in Norwegen.** Von Hans Daae, Major im Sanitätswesen der norwegischen Armee. Dtsch. militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft -7.

2. **Wie lernt man mit einem Auge zielen?** Von Dr. med. H. v. Wyß, Sanitäts-Oberleutnant, ibidem, S. 724.

3. **Der erste Fortbildungskursus für Generalärzte und Generaloberärzte des aktiven Dienststandes.** Ibidem, S. 759.

4. **Die zahnärztliche Behandlung beim Regiment.** Von Dr. Grenier, med. aide-major. Le caducée, 1908, Nr. 2. Referat in: Der Militärarzt, 1908, Nr. 17.

5. **Zucker in der Ration des Soldaten.** Von Joly, arch. de méd. et de pharm. mil., 1907, IV., der Militärarzt 1908, Nr. 16, Militärärztl. Zeitungsrevue.

6. **Eine Latrine für das Feldlager.** Von Kapt. Frederick Herrick. The milit. Surgeon, 1907, p. 125, ibidem.

7. **Brieflicher Unterricht von Militärärzten und Sanitätsunteroffizieren.** Von Oberstleutnant Homer J. Jones. The milit. Surgeon, 1908, II. p. 83, ibidem.

1. Die Arbeit von Daae bildet eine Ergänzung und einen Beleg zu der von Schwiening („Ueber die Zunahme der Körpergröße der militärpflichtigen Jugend in einigen europäischen Staaten"), über welche wir in Nr. 27 des laufenden Jahrganges dieser Zeitschrift berichteten, und weist speziell für Norwegen die Richtigkeit der von Schwiening hervorgehobenen Tatsache nach, daß sich in allen Kulturstaaten Europas, aus welchen überhaupt verwertbares Material vorliegt, bei der militärpflichtigen Jugend eine Tendenz zur Zunahme der Körpergröße bemerkbar macht. Diese betrifft namentlich die an sich schon Großen, während die Kleinen abnehmen, die Mittelgroßen sich gleich blieben. In Norwegen ergeben überhaupt anthropologische Untersuchungen insofern ein interessantes Material, als hier in den Tälern und Fjorden eine sowohl voneinander als auch von dem Einfluß der Städte isolierte Bevölkerung lebt.

2. Beim Schießunterricht der Rekruten finden sich immer einige, die nicht ein Auge zukneifen können. v. W. sucht nun nachzuweisen, worauf dies beruht, nämlich auf der mangelhaft ausgebildeten Differenzierung der Tätigkeit der einzelnen Gesichtsmuskeln, und empfiehlt eine von ihm vielfach mit Erfolg ausprobierte Methode, dieser Schwierigkeit zu begegnen, zu weiteren Versuchen. Sie beruht auf der Uebung eben dieser mangelhaft ausgebildeten Muskulatur.

3. Vom 20. VII. bis 2. VIII. hat in Berlin nunmehr auch für aktive General- und Generaloberärzte der erste Fortbildungskursus an der Kaiser-Wilhelm-Akademie stattgefunden. Es nahmen teil 11 General- und 21 Generaloberärzte, darunter je ein württembergischer Sanitätsoffizier, außerdem ein sächsischer Generalarzt. Dies ist um so wichtiger, als die genannten Chargen durch ihren Dienst der praktischen Tätigkeit entrückt sind. Vorträge hielten Bier, Hildebrandt, Kraus, His, Ziehen, v. Michel, Gaffky, Kirchner, Schmidtmann u. a. Außerdem fanden Besichtigungen statt, so der Kläranlagen in Wildau und Ruhlsdorf, der Wasserwerke am Müggelsee, des Virchow-Krankenhauses usw.

4. Wir berichteten bereits mehrfach über neuere Maßnahmen zur Regelung des zahnärztlichen Dienstes im Heere. Von Gr. erfahren wir u. a., daß die englische Armee im Burenkrieg von 12 Zahnärzten in Hauptmannsrang begleitet war, ein Beweis mehr, welchen Wert gerade der Engländer auf sein bekanntes Gebiß legt.

5. Zucker in der Ration des Soldaten wurde im 94. franz. Infanterie-Regiment während der Manöver 1906 als Beigabe zur Kost erprobt. 60—150 g wurden 17—20 Tage lang ohne Verdauungsstörung vertragen. In der täglichen Kost konnten 100 g frisches Fleisch durch 100 g Zucker ersetzt werden. Wurden 100 g frisches Fleisch durch 120 g Zucker ersetzt, so steigerte sich die Widerstandskraft des einzelnen, der Krankenzugang im ganzen nahm ab. Bei 5 Freiwilligen konnte 3 Tage lang die gesamte Nahrung ohne Nachteil durch Zucker ersetzt werden. Wenn wir uns recht erinnern, haben s. Z. auch bei uns ähnliche Versuche stattgefunden, ohne zu einem praktischen Ergebnis zu führen.

6. Die von H. beschriebenen Latrinen wurden hergestellt, indem man mit einem Kreisbohrer Gruben anlegte und in diese Eisenzylinder, später auch solche von Papiermaché, Holz usw., die nachher verbrannt werden konnten, geschoben wurden. Ueber diese kamen die Sitze. Die Anlage soll sich bewährt haben.

7. Homer J. Jones, Chefarzt der Nationalgarde von Indianapolis, schlägt für die nicht aktiven Militärärzte einen brieflichen Unterricht in der Weise vor, daß von Zeit zu Zeit Fragebogen über einschlägige Themata an sie versandt werden, deren Beantwortung obligatorisch ist und die sie dann an den Chefarzt einzusenden haben. Aehnlich sollen die Regimentsärzte bezüglich der Sanitätsunteroffiziere verfahren. Also eine Art Winterarbeit. Die Idee läßt sich hören.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Cardiotonin, Herztonikum,** Broschüre der Firma Dr. Degen & Kuth, Chemische Fabrik, Düren (Rheinland).

2. **Zur medikamentösen Therapie des akuten Gelenkrheumatismus.** Von O. Minkowski, Greifswald. Thérapie der Gegenwart, September 1908.

3. **Bemerkungen zur Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus.** Von Dr. Tauszk. Uebersetzung aus Budapest. Orvosi Ujság, 1908, Nr. 3.

4. **Die Lehre von Alexander Poehl und die mit seinen Präparaten erzielten Erfolge in der medizinischen Klinik im Jahre 1906/1907.** Von Dr. Szurek. Wien. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 36.

1. Ueber ein neues Herztonikum liegt mir ein Präparat der Firma Dr. Degen & Kuth, Chemische Fabrik, Düren (Rheinland), vor. In demselben wird ausgegangen von der bekannten Maiblume, der Convallaria majalis, die ja als Herzmittel und Diuretikum seit langer Zeit bekannt ist, deren Wirkung übrigens — wenigstens nach meinen eigenen Erfahrungen — zweifelhaft ist. Denn ich erinnere mich aus der Zeit meiner Tätigkeit als Krankenhausarzt, das Infus öfter verordnet zu haben — meist mit negativem Erfolge. Die wirksame Substanz in der Convallaria majalis ist das Convallamarin und das Convallarin, und es mag sein, wie auch in der vorliegenden Broschüre betont wird, daß die bisher im Handel üblichen Convallariapräparate in ihrem Gehalte an wirksamen Substanzen infolge ihrer verschiedenartigen Herstellungsweise und Herkunft keine einheitliche sichere Wirkung aufgewiesen haben. Zudem schmeckt ein Infus der Maiblume trotz Zusatz großer Mengen von Korrigentien schauderhaft, und bekanntlich ist das oft genug der Grund, daß ein Präparat sang- und klanglos wieder in der Versenkung verschwindet. Am wirksamsten soll ein Extrakt der Blüten sein, während ein solcher aus den Wurzeln schwächer wirkt. Ein Extrakt aus den Blättern wirkt aber nicht allein schwächer, sondern weist auch qualitativ ganz andere Wirkungen im Tierversuche auf. Hier ist es nach Friedländer vor allem das Convallarin, das neben der wie Strophantus hispidus sich äußernden Wirkung des Convallamarin in die Erscheinung tritt und neben einer schon länger bekannten brechenerregenden Wirkung eine blutdruckherabsetzende, also der Benutzung als Herztoni-

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

kum entgegenstehende Tätigkeit entfaltet. Sollte also aus der Maiblume ein einheitlich wirkendes Präparat gewonnen werden, so war es Aufgabe der Pharmakologie, die Entfernung nachteilig wirkender und die Erhaltung wertvoller Bestandteile der Droge zu erstreben, mit einem Worte ein Präparat herzustellen, das nur die guten Eigenschaften der Convallaria besitzt. Ferner war auch die genaue Einstellung eines jeden Quantums, das zum Vertrieb gelangt, auf einen pharmakologischen Titer (Einheit der Wirkung) durch den Versuch am lebenden Tier notwendig. Der oben genannten Firma ist es gelungen, diesen Ansprüchen gerecht zu werden, indem nach einem besonderen Verfahren diejenigen Substanzen, welche die unangenehmen Nebenerscheinungen hervorrufen, aus der frischgeernteten Pflanze entfernt und die nur kardiotisch wirkenden Stoffe in Form einer Lösung isoliert werden. Diese wird durch sorgfältige Versuche am lebenden Kaninchen, am ausgeschnittenen Warmblüterherzen sowie am Froschherzen auf seinen Wirkungswert und die Art seiner Wirkung eingestellt und jenem entsprechend auf eine immer genau gleichwertige Konzentration gebracht. Die drei zu beobachtenden Stadien bei der Wirkung des Präparates sind: 1. Das therapeutische Stadium: Pulsverlangsamung und Blutdrucksteigerung. 2. Das toxische Stadium: Pulsbeschleunigung, und als 3. Stadium: Arythmie, Druckabfall, Herztod. Zur Steigerung der diuretischen Wirkung der Convallaria und zur gleichzeitigen Anregung des motorischen Herznervenapparates sind noch 2,5% Coffein. natrio-benzoicum dem Präparat hinzugefügt. Diese Komposition hat den Namen „Cardiotonin“ erhalten und wird in Originalfläschchen mit Meßpipette abgegeben. Eine stets gleiche Wirksamkeit des Präparates wird durch die Kontrolle des Herrn Prof. Dr. Boruttau in Berlin gewährleistet. Die bisher zweckmäßigste Dosis scheint 1 ccm, steigerungsfähig bis 3 ccm zu sein. Davon täglich 3 mal die gleiche Menge. Das Cardiotonin dürfte indiziert sein bei funktioneller Herzschwäche, Herzneurosen, Kompensationsstörungen. Eine kumulierende Wirkung wurde bisher nicht beobachtet.

2. Es ist eine alte Erfahrungstatsache, daß viele Fälle von akutem Gelenkrheumatismus auf Salicylsäure besser wirken als auf die Salze derselben; ja, manche Fälle reagieren auf salicylsaure Salze gar nicht, auf reine Salicylsäure prompt. Daher die Empfehlung eines spezifischen Mittels gegen den akuten Gelenkrheumatismus durch Stricker. Nun läßt es sich nicht leugnen, daß die Salicylsäure manche unangenehme Eigenschaft hat; namentlich die Beschwerden des Magens und der Widerwille gegen die Einnahme machen sich bei keinem Präparate so bemerkbar wie bei der freien Säure. Daher das eifrige Bemühen der Industrie, durch mannigfache Kombinationen der Salicylsäure mit anderen Atomgruppen die Nebenwirkungen zu beseitigen, ohne die Wirksamkeit der Säure zu verringern. Nach Minkowski soll dies der Firma Boehringer & Söhne in der Herstellung des „Diplosal“, dem Salicylsäureester der Salicylsäure gelungen sein. Dasselbe enthält nichts weiter als reine Salicylsäure, und zwar 107%, d. h. 1,0 g der Substanz bildet 1,07 Salicylsäure im Organismus, und zwar dadurch, daß die esterartige Paarung der beiden Salicylsäuremoleküle unter Wasseraustritt und dementsprechend die Umwandlung des Esters in freie Säure unter Wasseraufnahme erfolgt. Das Diplosal stellt ein farb-, geruch- und geschmackloses Pulver dar, das in Wasser sehr schwer, in Alkohol sehr leicht löslich ist. Seine Erfahrungen im letzten Semester mit dem Mittel — es wurden ca. 3 kg verbraucht, meist in Dosen von 3—6 mal 1,0 g — faßt M. dahin zusammen, daß das Diplosal gut vertragen wird, auch bei längerem Gebrauch weder Magenbeschwerden noch Ohrensausen erzeugte. Die Wirksamkeit des Präparates war der der freien Säure gleich. Bei 9 Fällen von frischem Gelenkrheumatismus trat nach 4—6 mal 1,0 g innerhalb von 1—2 Tagen eine prompte Entfieberung und rascher Rückgang der Gelenkerscheinungen auf. Auch bei anderen Krankheitszuständen wurde eine günstige Wirkung beobachtet.

3. Verfasser unterscheidet eine senile und eine juvenile Form der Arthritis deformans, welche aber eine verschiedene ätiologische Basis haben. Beide Formen gehen mit mehr oder weniger heftigen Schmerzen einher, gegen die sich unsere Medikation im allgemeinen zu richten pflegt, da andere Maßnahmen gegen das Leiden selbst machtlos sind. Die Zahl der Mittel ist Legion und rekrutiert sich aus den verschiedenen Antineuralgicis und Antirheumaticis. Wenn man auch eine Linderung der Beschwerden in dem einen oder anderen Falle unumwunden zugestehen muß, so fehlt es immer noch an einem sicheren Mittel. Und das beweist auch die Bestrebung der pharmazeutischen Industrie, verbesserte Präparate auf den Markt zu bringen. Ob das von T. empfohlene „Salimenthol“ ein solches ist, müssen weitere Beobachtungen lehren. Das von dem Chemisch-Pharmazeutischen Laboratorium in Arnau a. d. E. (Böhmen) auf den Markt gebrachte Präparat ist ein fast geruch- und geschmackloses Oel, das weder bei innerlicher oder äußerlicher Anwendung irgendwelche Nebenwirkungen zeigt. Bei der Verseifung mit Kalilauge zerfällt Salimenthol in annähernd gleiche Teile Salicylsäure und Menthol; doch ist es nicht ein einfaches Gemisch beider Komponenten. Die gleiche Spaltung erleidet das Präparat im Darme. Zur lokalen Behandlung verwandte T. das unter dem Namen „Samol“ von der gleichen Firma in den Handel gebrachte Medikament, das eine fertige Form des Unguentum Salimentholi (15% des Mittels) darstellt. Damit wurden je nach Schwere des Falles die erkrankten Gelenke 1—3 mal täglich dick eingerieben; eventuell wurde über die eingeriebene Stelle eine Salbenschicht gelegt, die mit Watte bedeckt wurde. Nur bei sehr intensiver Behandlung wurden Hautirritationen beobachtet. Nach T.s Erfahrungen ist das „Samol“ betreffs schmerzstillender Wirkung allen anderen Präparaten bei weitem überlegen. Innerlich wandte er das „Salimenthol“ in Kapseln, die fertig in den Handel gebracht werden (3 mal 1—3 Stück), mit gutem Erfolge an. Die Kranken waren frei von unangenehmen Erscheinungen. Die besten Erfolge sah T. bei gleichzeitiger interner und externer Anwendung des Präparates, daß nach ihm, ein sicher und ohne unangenehme Nebenerscheinungen wirkendes Antirheumatikum ist.

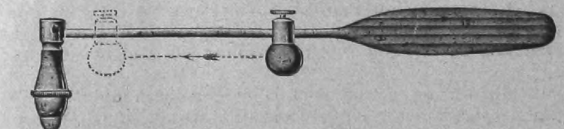
4. Die Lehren Poehls über die Organotherapie, die Szurck genauer darlegt und verteidigt, selbst im Auszuge wiederzugeben, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. Das muß im Original nachgelesen werden. Hier interessieren uns nur die Versuche, die mit Poehlschen Präparaten an der Krakauer Universitätsklinik vorgenommen wurden, und zwar wurden verwendet: Spermin, Zerebrin, Adrenalin, Reniin und Hämaglobin Poehl. Die Erfolge waren zweifelhaft. Am besten bewährte sich noch Spermin, und zwar bei Fällen von Neurasthenie und Tabes dorsalis. Bei letzterer Krankheit wurden die lancinierenden Schmerzen einmal beseitigt, einmal wesentlich gebessert; in einem dritten Falle war die Therapie völlig erfolglos. Leichtere Fälle von Lungentuberkulose wurden gebessert, schwere Fälle und solche von Diabetes reagierten auf Sperminpar nicht. Mit Adrenalin und Hämaglobin erzielte S. zweifelhafte Erfolge; Zerebin und Reniin hatten keinen Erfolg. Danach kann der objektive Kritiker sich nur dahin entscheiden, daß der Wert der Poehlschen Präparate — soweit sie hier aufgeführt sind — nur ein problematischer ist. Auch S., ein begeisterter Anhänger der Organotherapie, scheint sich dem nicht zu verschließen, wenn er bemerkt: „Der negative Wert dieser Präparate kann Poehls Verdienste um die Organotherapie nicht schmälern.“

Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer Perkussionshammer

nach Dr. **Kantorowicz**, Berlin.

In Berücksichtigung der verschiedenen Wirkungsweisen schwerer und leichter Perkussionshämmer hat K. sich bemüht, die Wirkungsarten in einem einzigen Modell zu vereinen. Ein solches zu konstruieren, das zugleich leicht und schwer sein könnte, ging nicht an, da die Masse



des Hammers etwas Gegebenes ist, das einer Veränderung nicht mehr fähig ist. Dagegen erstrebte K., an einem bestimmten, geeigneten Modell eine Aenderung der Massenverteilung herbeizuführen. Der aus dieser Idee heraus konstruierte Perkussionshammer besitzt einen beweglichen Schwungkörper in Form eines Laufgewichtes, das

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

verschoben und auf jeden beliebigen Punkt des Hammerstieles eingestellt werden kann. Die Wirkung des Hammerkopfes, der gewissermaßen ein Schwunggewicht darstellt, wird durch Zufügung des zweiten Schwunggewichtes vergrößert, und zwar um so mehr, je näher letzteres dem ersteren gerückt wird. Bei Anwendung des Hilfsgewichtes wird die Schlagwirkung des Hammers innerhalb weiter Grenzen verändert, und zwar durch verschiedenartige Verteilung der Gesamthammermasse ohne Aenderung dieser Masse selbst. Steht das Laufgewicht am hinteren Ende des Hammerstieles, so ist seine Zusatzwirkung gering, die Schwungkraft des Hammers weist die kleinste Größe auf, mit Herausrücken des Gewichtes an den Hammerkopf vergrößert sich sein Einfluß und erreicht am Hammerkopf das Maximum der möglichen Einwirkung. Das Hinzutreten des verschiebbaren Schwungkörpers verleiht so dem Perkussionshammer eine unbegrenzte Zahl von Schwungmomenten. In der Praxis wird man sich meist mit 3 Einstellungen des Laufgewichtes, auf dem Anfangs-, Mittel- und Endpunkt des Hammerstieles, begnügen können. (Fabrikanten Dewitt & Herz, Berlin.) M. Plien.

Bücherbesprechungen.

Aus Natur und Geisteswelt. Verbrechen und Aberglaube. Von A. Hellwig. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig. 139 S.

Im Vorwort erklärt Verf., daß die Untersuchungen nur zum kleinen Teile aus Büchern und Zeitschriften geschöpft sind, das meiste mündlichen Mitteilungen, Zeitungsberichten usw. entnommen ist. Das Gebotene soll dazu dienen, sich über das Thema zu orientieren und soll ferner einen Leitfaden darstellen zur Erklärung und Motivierung mancher wunderbaren Vorkommnisse und endlich anregen, sich für dieses Gebiet weiter zu interessieren.

In der Einleitung betont Verf., daß auch heute noch selbst im modernen Deutschland Aberglaube mancher Art verbreitet ist, und abergläubische Gebräuche auch von Leuten begangen werden, die sicherlich nicht daran glauben.

Im 2. Paragraphen spricht H. über Hexenprozesse und erwähnt, daß der Glaube an Hexen auch heute noch nicht ausgestorben ist.

In allen Abhandlungen bringt Verf. interessante Beispiele, die das entsprechende Gebiet trefflich illustrieren.

Im Kapitel über Vampyrglaube erzählt H. ein derartiges Vorkommnis aus Odessa aus dem Jahre 1905 (!).

Besonders interessiert den Arzt das Kapitel über Sympathiekuren und das, was der Verf. über die Kurpfuscher sagt. Sehr richtig ist seine Ansicht, daß es sehr schwer ist, den gewerbsmäßigen Kurpfuscher wegen Betruges zu belangen, und er bezeichnet das Treiben der Kurpfuscher als ein derart sozial gefährliches, daß es höchste Zeit ist, ihnen gegenüber administrative Maßnahmen zu treffen, ein Ausspruch, dem wir Aerzte wohl ohne weiteres von ganzer Ueberzeugung beitreten.

Der folgende Abschnitt über das Gesundbeten gehört im großen und ganzen mit zu den Sympathiekuren.

Daß dem Blute eine besondere Kraft zugeschrieben wird, ist wohl allgemein bekannt, ebenso daß abergläubische Vorstellungen über Totenfetische zu Leichenschändung Veranlassung geben können.

Daß Wahrsagerinnen häufig als Kupplerinnen tätig sind und wohl noch andere, nicht minder schmutzige Nebengewerbe betreiben, kann man in den Berliner Gerichtssälen nicht selten erfahren.

Daß eigenartige Zeremonien beim Schwören die Meineidsfolgen gleichsam aus dem Körper wieder herauszuleiten vermögen, ist ein bekannter, weit verbreiteter Aberglaube und wird vom Verf. in gebührender Weise beleuchtet.

Was den Kinderraub durch Zigeuner angeht, so möchte ich dem Verf. vollständig beipflichten, der da sagt, daß bis jetzt zwar ein Kindesraub durch Zigeuner nicht erwiesen sei, daß man aber deshalb die Möglichkeit eines solchen nicht absolut ausschließen könne.

Die Arbeit stellt ein sehr lesenswertes Buch dar, welches das gesamte Material in übersichtlicher Form und in flott geschriebener Weise zusammenstellt.

Med.-Rat Dr. H. Hoffmann-Berlin.

Ueber Familienmord durch Geisteskranke. Von Med.-Rat Dr. P. Näcke in Hubertusburg, Ehren- und korrespondierendes Mitglied einer Reihe von psychiatrischen und anthropologischen Gesellschaften. Verlag: Carl Marhold, Halle a. S., 1908. 140 Seiten. Gr. 8°.

Ueber dasselbe Thema, nämlich über Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung, haben der Verfasser und Straßmann auf der Versammlung der deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Dresden September 1907 gesprochen.

Vorliegende Arbeit stellt das erweiterte Referat jenes Vortrages dar. Es wird betont, daß der Familienmord immer häufiger werde.

Das dem Verfasser vorliegende Material bezieht sich auf 110 Männer und 51 Frauen. Verf. meint, daß ein seit langem geplanter, mit allem Raffinement erdachter und energisch ausgeführter Familenmord durch Irre seltener vorgenommen werde, als durch normale Menschen und ferner, daß der Familenmord in den unteren Volksschichten häufiger sei als in den oberen.

Im dritten Abschnitt spricht Verf. die einzelnen Krankheitsformen durch, bei denen Familienmorde vorkommen und betont beim Alkoholismus mit Recht, daß bei alten Verbrechern der Rausch sicher nicht die Hauptschuld am Rückfalle trägt. Es greift, da sehr leicht eine Uebertreibung in der Weise Platz, daß alle Schuld auf den Alkohol gewälzt wird.

Weiter betont Verf. die Gefährlichkeit der depressiven Zustände, wie er auch später die melancholische Frau als die gefährlichste, besonders für die Kinder, hinstellt.

Weiter bespricht Verf. die Epileptiker und schildert den epileptischen Charakter.

Er betont im vierten Kapitel die Beziehungen von Verbrechen und Wahnsinn. Er steht auf dem — auch von mir vertretenen — Standpunkte, daß wohl derartige Beziehungen bestehen, daß aber nicht jeder Verbrecher psychisch erkrankt sei, daß Verbrechen und Geisteskrankheit sich nicht decken.

Wie man den Familienmord verhüten kann, wird im fünften Kapitel besprochen. Es kommt diese Prophylaxe hinaus auf Aufbesserung in hygienischer und wirtschaftlicher Hinsicht, auf rechtzeitige Anstaltsbehandlung usw.

Der sechste Abschnitt bringt das Resultat der Arbeit in 12 Leitsätzen, während das siebente Kapitel uns eine Kasuistik vorführt, der sich im achten Tabellen über die beobachteten Fälle anschließen.

Die Arbeit ist sehr instruktiv, und die Lektüre derselben kann denen, die sich für das Thema interessieren, nur empfohlen werden. Med.-Rat Dr. H. Hoffmann-Berlin.

Korrespondenz.

Alkohol und Lebensdauer.

In der Besprechung des gleichnamigen Aufsatzes von Dr. Stille in Nr. 39 dieser Zeitschrift führt Dr. von den Velden zwei Argumente gegen die Beweiskraft der Erfahrungen der englischen Lebensversicherungsgesellschaften ins Feld, die ich nicht unwidersprochen lassen möchte. Wenn er meint, daß der Gesunde den Alkohol viel leichter entbehren könne als der Kränkliche, sich daher unter den Nichtabstinenten ein viel größerer Prozentsatz von Menschen mit geringerer Lebenswartung befinde als unter den Abstinenten, so widerspricht dies zweifellos den tatsächlichen Verhältnissen. Ein nicht unbedeutender Teil der Abstinenten verzichtet aus gesundheitlichen Gründen auf den Alkohol, das sind Leute, die schwächlich und wenig widerstandsfähig sind, an Magen- oder Nervenleiden laborieren und infolgedessen eine geringere Lebenserwartung haben. Die Volksstimme gibt diesem Verhältnisse dadurch Ausdruck, daß der Nichttrinker als Schwächling und Minderwertiger betrachtet wird, während das Trinken als Zeichen der Kraft und der Männlichkeit angesehen wird. Je mehr einer verträgt, für desto stärker sieht ihn das Volk an; gewiß mit Unrecht, aber hätte dieses Vorurteil entstehen können, wenn die Trinker von vornherein die Kränklichen wären?

Was den zweiten Einwand betrifft, so berufe ich mich auf das Zeugnis Mr. Whittakers, der in einer Diskussion im „Institute of Actuaries“ zu London zu dieser Frage das Wort ergriff. R. M. Mackenzie, der Aktuar der United Kingdom Temperance and General Provident Institution, hatte am 30. November 1903 einen Vortrag über die Sterblichkeit der Abstinenten und Nichtabstinenten gehalten, und in der Debatte erhob Dr. Geo King genau denselben Einwand, den Herr Dr. von den Velden jetzt macht, daß nämlich die Abstinenten pedantische und behutsame Leute seien, deren geringere Sterblichkeit auf ihrer Lebensweise im allgemeinen, nicht allein auf der Alkoholenthaltsamkeit beruhe. „Ich kenne,“ erwiderte ihm Mr. Whittaker, „vermutlich mehr Abstinente in England als irgend jemand unter den Anwesenden, und ich bestreite, daß dem so ist. Ich bestreite, daß die Abstinenten, abgesehen von ihrer Abstinenz, besonders vorsichtige und regelmäßige Leute sind, deren Lebensweise zu Langlebigkeit disponiert. Sie sind ein rastloses, eifriges, tätiges und zuweilen zanksüchtiges Volk. Leute, die eine unpopuläre Partei im öffentlichen Leben ergreifen, müssen notwendig solcher Charakterprägung sein, und man kann sicher nicht behaupten, daß strebsame und hastige Gemütsart gerade zu Gesundheit und Langlebigkeit disponiere. Der Teetotaler ist ein eifriges, zanksüchtiges, tätiges, kampflustiges, sich abmühendes, unruhiges Menschenkind. Man kann ruhig behaupten, daß im ganzen die Abstinenten dem Durchschnitte der tüchtigen Menschen entsprechen. Ein großer Teil der Versicherungswerber der United Kingdom-Gesellschaft kommt mir zu Gesichte, und ich leugne, daß irgend jemand imstande wäre zu bestimmen, welcher davon abstinent, welcher nichtabstinent ist, außer er nimmt Einsicht in die Erklärung. Sie leben in der gleichen Stadt, arbeiten in demselben Betriebe, haben dasselbe Einkommen, sie sind genau dieselbe Menschenspezies. Man kann die Abstinenten nicht mit dem Gros der Bevölkerung auf dieselbe Stufe stellen, wohl aber mit dem Stamme der in der allgemeinen (nichtabstinenten) Abteilung Versicherten, die in der Regel vorsichtige, bedachte und sparsame Leute seien. Ich kann auch sagen, daß meine Gesellschaft ausnehmend sorgfältige Auswahl trifft. Der Direktor und beinahe alle Agenten sind Abstinente und daher arbeiten sie naturgemäß unter einer Bevölkerung, die wenn nicht enthaltsam, doch der Enthaltsamkeitsidee sehr nahesteht.“

Auch die Berichte über die in England bestehenden abstinenten Arbeiterkranken- und Sterbekassen, die zum Teil nur Abstinente aufnehmen, bestätigen, daß es irgendeinen Unterschied zwischen Enthaltsamen und Nichtenthaltsamen, mit einziger Ausnahme eben des Alkoholgenusses nicht gebe. Da unsere Erfahrungen über die Lebenserwartung der Abstinenten ausschließlich aus England stammen, so müssen uns auch die Meinungen der dortigen Gewährsmänner maßgebend sein. Ich weiß nicht, ob Dr. von den Velden Beobachtungen über die Gemütsart englischer Teetotaler gemacht hat; nur solche können aber hier in Frage kommen, da drüben, wo die Abstinenz so häufig eine Folge religiöser, konfessioneller und moralischer (Heilsarmee!) Beweggründe ist, natürlich die Verhältnisse ganz anders liegen als bei uns. Bis heute sind die Erfahrungen der englischen Gesellschaften ,die uns lehren, daß die Lebenserwartung der Abstinenten um 27% besser ist als die der Alkoholgenießenden, immer noch unwiderlegt.

Dr. med. Holitscher, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Allgemeines.

Wie in der letzten Nummer des „Aerztlichen Vereinsblattes“ vom 6. Oktober bekanntgegeben wird, ist seitens des Verbandes deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften dem Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes am 2. Oktober die Mitteilung zugegangen, daß der genannte Verband das Anerbieten des XXXVI. Deutschen Aerztetages zu Danzig, einen neuen Vertrag zur Regelung der vertrauens- und hausärztlichen Verhältnisse auf nur 3, statt 10 Jahre abzuschließen, in seiner am 24. September stattgehabten außerordentlichen Generalversammlung abgelehnt hat. Damit ist laut Beschluß jenes Aerztetages die Angelegenheit für den Geschäftsausschuß erledigt. Die Kündigung des bestehenden Vertrages wird erfolgen, und die weitere Behandlung der Angelegenheit geht in die Hände des Verbandes der Aerzte Deutschlands über.

Die Lebensversicherungs-Gesellschaften werden nunmehr versuchen, sich die Ausfertigung der erforderlichen Versicherungs-Atteste durch vertragliche Abmachungen mit einzelnen Aerzten (Vertrauensärzten) zu sichern, wodurch die Gefahr entsteht, daß Uneinigkeit in die Reihen der deutschen Aerzteschaft gebracht und die ordnungsmäßige Regelung der Angelegenheit gefährdet wird. Es ergeht deshalb an alle deutschen Aerzte die dringende Mahnung, jegliche Verhandlungen mit Lebensversicherungs-Gesellschaften zu dem genannten Zwecke abzulehnen und keinerlei Vereinbarungen mit solchen zu treffen. Der Vorstand des Wirtschaftlichen Verbandes wird in seiner Sitzung am 14. Oktober dem Beschluß des XXXVI. Aerztetages entsprechend zu der Angelegenheit Stellung nehmen und alles weitere veranlassen und bekanntgeben.

Bekanntmachung.

Unter Bezugnahme auf die Polizeiverordnung, betreffend das Meldewesen der Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte im Landespolizeibezirk Berlin vom 15. Dezember 1902, bringe ich hiermit zur Kenntnis, daß zurzeit für Entgegennahme der gemäß der §§ 1 bis 4 der Verordnung zu erstattenden Meldungen folgende königliche Kreisärzte zuständig sind:

1. für Berlin: Herr Geh. Medizinalrat Dr. Schulz, Möckernstraße 131, zu sprechen an Wochentagen von 8—9 und 4—5 Uhr;
2. für Charlottenburg: Herr Medizinalrat Dr. Bütow zu Charlottenburg, Kantstraße 120/121, zu sprechen an Wochentagen von 9—10 und 5—6 Uhr;
3. für Schöneberg und Dt.-Wilmersdorf: Herr Medizinalrat Dr. von Kobyletzki zu Schöneberg, Mühlenstraße 6a, zu sprechen an Wochentagen von 8—10 und 3—4 Uhr;
4. für Rixdorf: Herr Dr. Dietrich zu Rixdorf, Canner Chaussee 39, zu sprechen an Wochentagen von 9—10 und 4—5 Uhr;
5. für Lichtenberg und Boxhagen-Rummelsburg: Herr Kreisassistenzarzt Dr. Mann, zu sprechen Montag, Mittwoch und Sonnabend v. 10—11 in Lichtenberg, Alfredstraße 4, in den Räumen der königlichen Polizeidirektion, Zimmer No. 14.

Als königlicher Departementstierarzt für den ganzen Landespolizeibezirk Berlin ist Herr Veterinärarzt Dr. Arndt hier zuständig, der an den Wochentagen vormittags im Dienstgebäude am Alexanderplatz, Eingang III, II. Stock, Zimmer 274, zu sprechen ist.

Berlin, den 14. September 1908.

Der Polizeipräsident.
v. Stubenrauch.

Wattenbergs colloider Knochenstoff
ist gesetzlich geschützt unter dem Namen
Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch.
Knochenbildungs- und Knochenkräftigungsmittel, welches leicht verdaut und im Säftestrom ausgenützt wird, bestens empfohlen als Zusatz zur Ernährung schwächlicher, schlecht fundamentierter, rachitischer Kinder.
Abhandlung und Prospekte durch
Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax,** Abbazia, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **G. Meyer,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Freien Vereinigung biologisch denkender Aerzte.

II. Jahrgang. Berlin, 18. Oktober 1908. **Nr. 42.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
A. S. Bylina, Kiew: Zur Kasuistik der primären chronischen fibrinösen Bronchitis (Schluß) 613
W. Koch, Freiburg i. B.: Die Behandlung der Tuberkulose in der Praxis 616
H. Lungwitz, Berlin: Mene tekel! — Ein Wort über Lactagol-Pearson 618

Referate:
Otfried O. Fellner, Wien: Interne Komplikationen der Schwangerschaft. Sammelreferat (Schluß) 621
A. Schwenk, Berlin: Urologie 622
E. Küster, Freiburg i. B.: Bakteriologie 623
Jul. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilidologie . . . 623
M. Halle, Charlottenburg: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 624
L. Horwitz, Nürnberg und W. Esch, Bendorf a. Rh.: Varia 625

Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 626

Technische Neuerscheinungen:
J. Benario, Frankfurt: Vulnoplast 627
W. Kaupe, Bonn: Impfschutzverband 627

Bücherbesprechungen 627
Allgemeines 628

ORIGINALIEN.

Aus der therapeutischen Fakultätsklinik des Prof. W. P. Obrastzow an der Universität Kiew.

Zur Kasuistik der primären chronischen fibrinösen Bronchitis.

Von Privatdozent Dr. **A. S. Bylina.**

(Schluß.)

Nun möchte ich den von mir beobachteten Fall von primärer chronischer Bronchitis beschreiben.

Am 21. März 1905 wurde in die therapeutische Klinik der Kiewer Universität der 34 Jahre alte Bauer L. S. aufgenommen, der in einem der großen Gasthäuser als Kellner angestellt war. Der Patient berichtete, daß er ungefähr vor sieben Jahren an Husten erkrankte, der mit Ausscheidung von grauem, schleimigem Sputum einherging. Die Ursache des Auftretens des Hustens kann der Patient nicht genau angeben, weist aber darauf hin, daß er häufig an Erkältungen leide, was mit dem Charakter seines Dienstes in Zusammenhang stehe. Blut war im Sputum nicht enthalten. Der Husten hielt einige Tage an und verschwand dann allmählich. Ob während dieses Hustens die Temperatur gesteigert war, vermag der Patient nicht anzugeben, wohl aber waren unbedeutende Seitenstiche vorhanden gewesen. Seit jener Zeit stellten sich drei- bis fünfmal in jedem Jahre ebensolche Hustenanfälle mit nicht besonders starker Ausscheidung von serös-schleimiger Flüssigkeit ein. Vor 4 Jahren (im Sommer 1901) bemerkte der Patient bei Gelegenheit eines eingetretenen Hustenanfalles zum ersten Mal, daß sich im Auswurf weiße Fädchen befanden, die stecknadeldick und ¼—½ Werschek lang waren. Seit jener Zeit enthielt der Auswurf, sobald sich die Hustenanfälle einstellten, stets diese Fädchen, wobei letztere bei jedem neuen Hustenanfall immer dicker und länger wurden und nach und nach eine baumartig verästelte Form bekamen. Mit Blut waren diese Röhrchen niemals gefärbt. Die Hustenanfälle dauerten nach wie vor 3—15 Tage und wiederholten sich im Jahre 3—6 mal. Die verästelten Röhrchen wurden hauptsächlich in der Nacht ausgehustet, während am Tage sich meistenteils nur schleimig-serös-eitriger Auswurf entleerte. Nach heftigen Hustenanfällen verspürte der Patient Stiche in der linken Unterschlüsselbeingegend. Atemnot stellte sich nur dann ein, wenn der Patient Treppen steigt oder eine schwere Arbeit verrichtet. Blutspucken war nicht vorhanden. Des Nachts schwitzt der Patient nur wegen der Hustenanfälle.

Im September 1902 erkrankte der Patient an Syphilis und wurde sofort in rationelle ärztliche Behandlung genommen: er bekam zunächst Quecksilbereinspritzungen und in der letzten Zeit Jod. Letzteres soll, wie der Patient angab, die Hustenanfälle frequenter und stärker gemacht haben; der Auswurf entleerte sich in reichlicherer Quantität und enthielt stets verästelte Röhrchen beigemengt. Außerdem bewirkte das Jod Schnupfen und reichlichen Hautausschlag. Der Patient hat dreimal an Gonorrhoe gelitten, und zwar im 18., 24. und 30. Lebensjahre. Jedesmal genoß der Patient rationelle ärztliche Behandlung. Bis zum Jahre 1905 hat der Patient viel geraucht: bis 30 Zigaretten täglich; jetzt raucht er viel weniger, nicht mehr als fünf bis sechs Zigaretten täglich. Mißbrauch an alkoholischen Getränken hat der Patient niemals getrieben. Ueber Herzklopfen und Schmerzen in der Herzgegend klagt der Patient nicht. Rheumatismus in der Anamnese nicht vorhanden. Appetit befriedigend, Durst nicht gesteigert. Nicht selten stellt sich nach dem morgendlichen Hustenanfall Uebelkeit ein, jedoch ohne daß es zu Erbrechen kommt. Zeitweise, und zwar fast jeden Monat, stellt sich beim Patienten ohne jegliche sichtbare Veranlassung Durchfall ein: 5—6 Stühle täglich, die flüssig sind und weder Blut noch Schleim enthalten. Vor dem Stuhlgang bestehen zur Zeit der Diarrhöe kolikartige Schmerzen im Abdomen, welche nach dem Stuhlgang verschwinden. Die Diarrhöe bleibt zwei bis drei Tage bestehen und macht hierauf normalem Stuhlgang Platz. Verstopfung tritt nicht ein. Der Patient uriniert frei und ohne Schmerzen; er braucht auch nicht des Nachts aufzustehen, um zu urinieren. Schmerzen im rechten Hypochondrium und Ikterus waren nicht vorhanden. An Sumpffieber hat der

Patient gleichfalls niemals gelitten; auch vermag er sich nicht zu erinnern, in der Kindheit irgend welche Krankheiten überstanden zu haben. An Lungen- und an Brustfellentzündung will der Patient gleichfalls nicht gelitten haben. Von seiten der Heredität sind pathologische Abweichungen nicht vorhanden. Der Patient ist verheiratet und hat eine 11 jährige Tochter. Das ist alles Wesentliche, was durch Befragen des Patienten festgestellt werden konnte.

Status praesens: Der Patient ist regelmäßig gebaut und im allgemeinen gut genährt. Die sichtbaren Schleimhäute sind blaß, die Haut blaßrosa. Auf der Rückenhaut befindet sich ein reichlicher Akneausschlag. Lymphdrüsen nirgends vergrößert. Periostitiden nicht vorhanden. Mundschleimhaut leicht hyperämisiert; Mandeln und Rachen normal. Nasenschleimhaut katarrhalisch hyperämisiert. Am Halse sind Kropf und sichtbare Pulsation der Gefäße nicht vorhanden. Beide Hälften des Brustkorbes sind symmetrisch entwickelt. Die Atmungsexkursionen sind auf beiden Seiten gleichartig und gleichmäßig. Bei tiefen Inspirationeen werden die Interkostalräume, von dem 6. Interkostalraum beginnend, leicht eingezogen. Atmungszahl in der Minute 18—20. Beide Lungenspitzen liegen vorn durchaus symmetrisch, 3 cm oberhalb der Schlüsselbeine, während sie hinten das Niveau der Dornfortsatzes des 7. Halswirbels ererreichen. Die untere Grenze der rechten Lunge liegt an der Mammillarlinie am oberen Rande der 7. Rippe, an der mittleren Axillarlinie im 8. Interkostalraum; die untere Grenze der linken Lunge liegt an der Mammillarlinie am oberen Rande der 7. Rippe, an der mittleren Axillarlinie im 8. Interkostalraum. Die Perkussion ergibt überall an der Lungenoberfläche klaren Lungenschall. Die Perkussion der Schlüsselbeingegend ergibt links einen etwas höheren und kürzeren Ton als rechts. Die Beweglichkeit der unteren Lungenränder ist vorn beiderseits etwas herabgesetzt. Stimmfremitus auf beiden Seiten gleich und mäßig. Pleura-Reibegeräusch wird nirgends gefühlt und auch nirgends auskultiert. Die Auskultation ergibt an der Lungenoberfläche überall vesikuläres Inspirium und etwas verlängertes unbestimmtes Exspirium. Rasselgeräusche nicht vorhanden. Einmal hörte man hinten unterhalb des rechten Schulterblattes ein außerordentlich charakteristisches Atmungsgeräusch. Die Atmung war hier bedeutend geschwächt, aber sowohl das Inspirium, wie auch namentlich das Exspirium gingen mit einem besonderen Geräusch einher, welches an das bekannte Ventilgeräusch erinnerte. Unmittelbar nach Abgang des Gerinnsels hörte dieses eigentümliche Atmungsgeräusch auf. Der Herzspitzenstoß ist nicht zu sehen, desgleichen sind weder Erschütterungen des Herzens, noch andere Pulsationen in der Herzgegend zu sehen. Grenzen der kompletten Herzdämpfung: obere am 4. Rippenknorpel, rechte an der linken Mammillarlinie, linke 2 cm nach innen von der linken Mammillarlinie. Der Herzspitzenstoß läßt sich im 5. Interkostalraum schwach palpieren: sein Widerstand ist geringfügig, seine Ausbreitung 1—1,5 qcm, Herztöne rein; an der Aorta ist der zweite Ton leicht akzentuiert; Geräusche, Verdoppelungen und akzessorische Töne sind nicht vorhanden. Die Untersuchung der peripherischen Arterien ergibt Arteriosklerose ersten Grades. Puls 70—80 in der Minute, regelmäßig, ziemlich voll, gleichmäßig. Abdomen, wenn der Patient liegt, nicht aufgetrieben. Flexura sigmoidea in Form eines zeigefingerdicken Zylinders zu fühlen. Zeitweise hört man hier Knurren. Der Blinddarm ist deutlich in Form eines erschlafften 1½ querfingerbreiten dicken Zylinders zu fühlen. Die untere Magengrenze wird bei gleichzeitiger Perkussion und Palpation in Nabelhöhe festgestellt. Bei der Perkussion oberhalb der Magengegend ergibt sich ein ziemlich hoher tympanitischer Schall, oberhalb der Dünndarmgegend gedämpfter Schall. Die Leber ragt an der Mammillarlinie über den Rippenrand nicht hinaus, der Leberrand ist nicht zu fühlen; der Milzrand ist der Palpation nicht zugängig. Knie und andere Sehnenreflexe nicht gesteigert. Die Untersuchung des Blutes ergibt: 5 000 000 rote Blutkörperchen und 9600 weiße Blutkörperchen; Hämoglobinquantität nach Gowers-Sahli 90%; morphologische Veränderungen von seiten der Formelemente des Blutes wurden nicht gefunden. Tägliche Harnquantität 1200—1600 ccm. Der Harn ist strohgelb, leicht trübe, sauer; spezifisches Gewicht 1014. Eiweiß und Zucker nicht vorhanden; im Niederschlag formlose Urate in unbedeutender Quantität. Die Temperatur stieg nur einmal abends bis 38 °, während sie sich meistenteils in den Grenzen zwischen 36,5 ° und 37 ° bewegte.

Der Patient hat nur während der ersten vier Tage während seines Aufenthaltes im Krankenhause verästelte Abgüsse entleert, und zwar hauptsächlich des Nachts; desgleichen fühlte der Patient beim Aushusten der Gerinnsel keine Schmerzen; wohl aber fühlte der Patient nach dem Abgang der Gerinnsel Erleichterung. Nach 4 Tagen hörte die Absondernug der verästelten Abgüsse auf.

Die Behandlung bestand während des Aufenthaltes des Patienten im Krankenhause in täglicher Inhalierung von Kalkwasser zur Hälfte mit destilliertem Wasser, sowie in innerlichem Gebrauch von Jodkalium und Tinct. ipecacuanhae; außerdem nahm der Patient ein kaukasisches Mineralwasser zur Hälfte mit heißer Milch zu sich.

Der Patient entleerte täglich 2—3 Eßlöffel voll Auswurf, der schleimig, eitrig, zähe, grau gefärbt war und gelbe Klümpchen enthielt; zeitweise waren im Auswurf sehr unbedeutende Blutspuren in Form von kleinen Aederchen zu sehen. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab: Eiterkörperchen im Zustande fettigen Zerfalls in nicht besonders großer Quantität; spärliche runde Alveolar-Epithelzellen mit eingedrungenen Kohlenpartikelchen; Curschmannsche Spiralen und Charcot-Leydensche Kristalle sind nicht vorhanden. Die mehrmals ausgeführte bakteriologische Untersuchung des Auswurfes ergab folgende Resultate: Fraenkelsche Diplokokken in ziemlich bedeutender Anzahl, ab und zu Streptokokken, Staphylokokken und katarrhalische Mikrokokken; Kochsche Bazillen, Influenzabazillen und Diphtheriebazillen wurden niemals gefunden. Die mit dem Sputum, sowie mit der Substanz der Abgüsse auf verschiedene Nährmedien angelegte Kulturen ergaben Kulturen von Fraenkelschen Diplokokken, katarrhalischen Mikrokokken, sowie Strepto- und Staphylokokken.

Wurde der Auswurf in den ersten vier Tagen des Aufenthaltes des Patienten im Krankenhause in Wasser gegossen, so konnte man charakteristische, baumartig verästelte weiße Abgüsse deutlich sehen. In 24 Stunden wurden 5—8 solcher Abgüsse entleert. Ihre Größe war verschieden. Die Länge der größten erreichte 6—8 cm, der Durchmesser des Hauptstammes 5—7 mm. Die Gerinnsel waren in der Verästelung der Bronchien dikotomisch geteilt. An den Stämmen mittleren Kalibers ist nicht selten eine der Achse entlang verlaufende Höhle zu sehen, während die größeren Stämme und kleinen Aeste massiv erscheinen. Bei der Untersuchung der frischen Gerinnsel unter dem Mikroskop ergab es sich, daß sie aus zartfaseriger Substanz bestehen. Die Fibrillen liegen wellenförmig und netzförmig aneinander verflochten. In den Maschen dieses Netzes sind stellenweise homogene, glänzende Schleimklümpchen zu sehen. In manchem Präparat liegen einzeln und in Häufchen zahlreiche weiße Blutkörperchen, die einen, vorwiegend aber viele Kerne enthalten. Es werden auch meistenteils vereinzelte, runde Alveolar-Epithelzellen angetroffen.

Die mikroskopische Untersuchung der nach Weigert gefärbten Schnitte der Bronchialabgüsse ergab folgendes: Die faserig-maschige Substanz ist stark blau gefärbt, was beweist, daß die überwiegende Masse des Gerinnsels aus Fibrin besteht. In den Maschen dieses Fibrinnetzes sieht man hellblau gefärbte Schleimschöllchen. Auf den mit Hämatoxylin und Eosin gefärbten Schnitten sieht man deutlich, daß die überwiegende Mehrzahl der weißen Blutkörperchen polynukleäre sind. Die Färbung nach Ehrlich mit Triazid weist auf ein quantitatives Uebergewicht der eosinophilen Zellen nicht hin. Die runden Alveolar-Epithelzellen kommen ziemlich häufig vor, wobei sie wohl vereinzelt, wie gehäuft liegen; außerdem werden stellenweise kubische Epithelzellen der kleinen Bronchien vereinzelt und gehäuft angetroffen. Auf den mittelgroßen und kleinen Aestchen mancher Gerinnsel kann man ab und zu junges Granulationsgewebe antreffen, welches aus runden Zellen besteht, die einzelne, ziemlich große Kerne enthalten. Das Vorhandensein von jungem Granulationsgewebe weist darauf hin, daß in einigen Gerinnseln der Organisationsprozeß begonnen hat: Von der Oberfläche des Bronchus, die ihrer Epitheldecke beraubt ist, wächst in die Dicke des bronchialen Fibrinabgusses junges Bindegewebe hinein.

Die mitgeteilte Krankengeschichte weist meiner Meinung nach so deutlich darauf hin, daß man es hier mit chronischer fibrinöser Bronchitis, und zwar mit der primären spontanen Form derselben zu tun hatte, daß es vollständig überflüssig wäre, die Richtigkeit der Diagnose besonders zu begründen.

Ich möchte aber die dunkelste und am wenigsten aufgeklärte Seite der Frage der fibrinösen Bronchitis betrachten, nämlich die Aetiologie derselben.

Die Ursache, welche die primäre fibrinöse Bronchitis hervorruft, bleibt bis auf den heutigen Tag unverständlich und dunkel, trotzdem in dieser Richtung bereits eine große Anzahl von Forschungen stattgefunden hat. Das Expektorieren von Abgüssen wird, wie gesagt, nicht besonders selten im Verlauf von sehr vielen Krankheiten beobachtet, welche durch spezifische Mikroorganismen hervorgerufen werden. Es müßte ganz natürlich die Vermutung entstehen, daß der Mikroorganismus, der die Grundkrankheit hervorgerufen hat, zu gleicher Zeit auch die Ursache der eigentümlichen, sich in Auflagerung von fibrinösen Membranen äußernden Affektionen der Bronchien sein muß. Wie auch zu erwarten war, hat die in den betreffenden Fällen ausgeführte bakteriologische Untersuchung diese Vermutung vollauf bestätigt. In den Fällen, in denen die Fibringerinnsel sich im Verlauf von fibrinöser Pneumonie gebildet hatten, fanden viele Autoren bei der Untersuchung der Gerinnsel wiederholt Fraenkelsche Diplokokken in denselben; wenn die fibrinöse Bronchitis die Ausbreitung von Rachen- oder Kehlkopfdiphtherie auf die Bronchien darstellte, fand man in den Abgüssen Loefflersche, bei Lungentuberkulose Kochsche und bei Influenza Pfeiffersche Bazillen.

Die positiven Resultate der Untersuchungen in vielen Fällen von sekundärer fibrinöser Bronchitis ließen die Frage aufkommen, ob nicht auch die primäre spontane fibrinöse Bronchitis durch irgend einen bestimmten und konstanten Mikroorganismus hervorgerufen werde. In der Tat sind seit der Vervollkommnung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden zahlreiche sorgfältige Forschungen vorgenommen worden, welche jedoch die gesetzten Hoffnungen nicht erfüllten. Jeder Autor, der einen Patienten mit primärer fibrinöser Bronchitis zu beobachten Gelegenheit hatte, erachtete es für seine erste Pflicht, die von dem Patienten expektorierten Gerinnsel bakterioskopisch und bakteriologisch zu untersuchen, und trotzdem jeder Forscher dabei auf irgendeinen Mikroorganismus stieß, blieb der wahre Krankheitserreger unentdeckt. So hat Claise in seinem Falle von fibrinöser Bronchitis mit chronischem Verlauf Streptokokken gefunden und ist auf Grund der bei den Aussaat- und Impfversuchen erzielten Resultate zu dem Schlusse gelangt, daß diese Krankheit eben durch diesen Mikroorganismus hervorgerufen wird. Er hat sogar den Vorschlag gemacht, die frühere Bezeichnung der in Rede stehenden Krankheit durch eine neue, und zwar durch die Bezeichnung „Streptococcie chronique des voies respiratoires" zu ersetzen. Ein anderer Autor, nämlich Sokolowski, hat in seinem Falle Staphylococcus pyogenes albus et aureus, in einem anderen Falle nur Staphylococcus pyogenes albus gefunden und ist infolgedessen geneigt, diesen letzteren als den wahren Krankheitserreger zu betrachten. Picchini hat im Jahre 1899 drei Arbeiter beobachtet, welche akut an fibrinöser Bronchitis erkrankten, nachdem sie auf mit menschlichen Fäkalien gedüngten Feldern gearbeitet hatten. Sämtliche Patienten genasen. Picchini ist es gelungen, drei nicht näher bestimmte Bakterien zu isolieren, welche, in die Luftröhre von Kaninchen injiziert, bei den Versuchstieren hämorrhagische Entzündung der Luftröhre hervorgerufen haben. Magniaux hat im Jahre 1895 in den Abgüssen Friedländerschen Diplococcus gefunden. Andere Autoren fanden mehrere Erreger. In dem von mir beschriebenen Falle wurden, wie gesagt, vier Mikrobienarten gefunden.

Die so bedeutende Anzahl der mutmaßlichen Krankheitserreger und die so gewaltige Verschiedenartigkeit der bezüglichen Ansichten sind der sicherste Beweis dafür, daß der wirkliche Urheber der in Rede stehenden Erkrankung bis auf den heutigen Tag noch nicht entdeckt ist. Andererseits hat aber die Fruchtlosigkeit der Fahndung nach dem wirklichen Krankheitserreger die Frage in den Vordergrund stellen müssen, ob wir überhaupt berechtigt sind, einen spezifischen Mikroorganismus zu finden, der sämtliche Symptome von primärer fibrinöser Bronchitis bedingt.

In dieser Beziehung kann uns das Studium des Prozesses der Gerinnselbildung, welches allerdings nur bei genauer Kenntnis der Zusammensetzung und der Struktur der Gerinnsel selbst möglich ist, wertvolle Fingerzeige geben. Bei der mikroskopischen Untersuchung der gekerbten Schnitte der fibrinösen Gerinnsel kann man zwischen den Fibrin-Fibrillen stets Epithelzellen der Atmungswege finden, die in der Mehrzahl der Fälle als Häufchen angetroffen werden. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Epithelzellen der Lungenbläschen, ab und zu kommen aber auch Epithelzellen der Bronchiolen und der kleinen Bronchien vor. Meistenteils befinden sich diese Zellen im Zustande fettiger Degeneration, jedoch ist die Erkennung der wahren Natur derselben mit besonderen Schwierigkeiten nicht verknüpft. Das Vorkommen von Epithelzellen der Atmungswege in den Gerinnseln weist als konstante Erscheinung darauf hin, daß in sämtlichen Fällen von fibrinöser Bronchitis sowohl in den Alveolen, wie auch in den Initial-Bronchien eine Ablösung von Epithelzellen stattfindet. Durch diese Ablösung werden mehr oder minder bedeutende Partien der Atmungswege ihrer Epitheldecke beraubt. Nur unter solchen Verhältnissen ist es möglich, daß in das Lumen der Atmungswege flüssiges Exsudat dringt, welches aus Blutplasma besteht; durch die unverletzte Epithelschicht kann das Plasma bekanntlich nicht dringen. In dieser Beziehung besteht eine Analogie zwischen dem Epithel, welches die Atmungswege auskleidet, und dem Epithel, welches die Corpora Malpighii in den Nieren umgibt: solange das Epithel, welches die Knäuelchen bedeckt, unverletzt ist, kann das Eiweiß, welches in dem in den Kapillaren des Knäuelchens zirkulierenden Blutplasma gelöst ist, in die Höhe der Bowmanschen Kapsel nicht dringen; sobald aber dieses Epithel, wenn auch nur auf einem geringfügigen Gebiet, fehlt, kann das Eiweiß frei in die Kapsel und von da auch in den Harn dringen. Die Ablösung des Epithels der Atmungswege gewährt somit dem plasmareichen, entzündlichen Exsudat die Möglichkeit, sich in das Lumen der Atmungswege zu ergießen.

Wie geht nun die Bildung der Abgüsse selbst vor sich? Eine Antwort darauf finden wir in den Untersuchungen von Weigert, der sich auf den Standpunkt Schmidts stellte, den letzterer bei seinen Versuchen, die Entstehung des Belags bei Croup und Diphtherie zu erklären, einnahm. Nach Schmidt sind zur Bildung von Fibrin zwei Substanzen erforderlich: fibrinogene Substanz und Fibrin-Ferment. Weigert behauptet auch, daß bei Croup und Diphtherie die fibrinogene Substanz im Exsudat enthalten ist, während das Fibrin-Ferment beim Zerfall der Epithelzellen frei wird.

Vor relativ kurzer Zeit hat Hauser in bezug auf die Entstehung des Infiltrats bei fibrinöser Pneumonie genau dieselben Ansichten ausgesprochen und angenommen, daß das Fibrin-Ferment in diesem Falle von dem sich ablösenden Alveolar-Epithel geliefert werde. Es versteht sich von selbst, daß Schittenhelm durchaus berechtigt war, dieselbe Erklärung auch für die Entstehung der Gerinnsel in den Fällen von fibrinöser Bronchitis in Anspruch zu nehmen. Nach seiner Meinung ergießt sich das plasmareiche entzündliche Exsudat in das Lumen der Alveolen und der Initialbronchien und dringt von hier aus allmählich in die größeren Bronchien, indem es durch die neu hinzukommenden Exsudatmassen fortgestoßen wird; zur gleichen Zeit gerinnt die fibrinogene Substanz des Plasmas unter Mitwirkung des Fibrin-Ferments, welches von dem zugrunde

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Publ

gehenden Epithel frei wird, und bildet die charakteristischen fibrinösen Abgüsse.

Das Durchschwitzen von so bedeutenden Mengen flüssigen Exsudats in das Lumen der Atmungswege weist darauf hin, daß die Blut- und wahrscheinlich auch die Lymphgefäße der Bronchien und der Lungenbläschen sich im Zustande bedeutender Erweiterung befinden und mit Blut resp. Lymphe überfüllt sind. Diese Hyperämie der Atmungswege ist in Anbetracht der übrigen, zu gleicher Zeit bestehenden Symptome ihres entzündlichen Zustandes durchaus verständlich. Unter diesen Symptomen ist die Ablösung des Epithels von größter Bedeutung.

Der desquamative Prozeß spielt somit in der Entstehung der fibrinösen Bronchitis eine wesentliche Rolle, indem er die Ursache der Gerinnselbildung, dieses Kernpunktes der beschriebenen Affektion, abgibt. Die Aetiologie der desquamativen Bronchitis festzustellen, bedeutet somit im wesentlichen nichts anderes, als auch die Ursache der fibrinösen Bronchitis ausfindig zu machen. Diese Ursache ist aber bis auf den heutigen Tag, wie gesagt, noch nicht gefunden worden; desgleichen ist der Krankheitserreger, der die Entwicklung dieser Affektion verursacht, noch nicht entdeckt. Vielleicht liegt die Ursache des Mißerfolges darin, daß die desquamative Bronchitis nicht durch irgendeinen bestimmten Erreger, sondern durch verschiedene Bakterienarten, die einzeln oder gemeinsam wirken und unter günstigen Verhältnissen eine vorübergehende oder andauernde Ablösung des Epithels der Atmungswege hervorrufen können, bedingt wird. Welche Momente das Eindringen von Krankheitserregern begünstigen, wissen wir bis auf den heutigen Tag noch nicht genau; es ist aber zweifellos, daß die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Organismus und eine etwaige besondere Prädisposition hier eine bedeutende Rolle spielen.

Auf diese Weise ist vieles davon, was in der primären fibrinösen Bronchitis lange Zeit hindurch als dunkel und rätselhaft erschien, heutzutage schon verständlich und auch leicht zu erklären. Jedoch legt die Seltenheit dieser Affektion in Verbindung mit dem Umstande, daß noch viele Seiten derselben einer Beleuchtung benötigt sind, jedem Arzte, dem sich Gelegenheit zur Beobachtung dieser Krankheit darbietet, die Verpflichtung auf, sämtliche Manifestationen derselben auf das Sorgfältigste zu untersuchen. Die Anamnese, die objektive Untersuchung des Patienten, die eingehende Analyse der Exkrete, hauptsächlich natürlich des Auswurfes und der Gerinnsel, müssen mit der größtmöglichsten Vollständigkeit gehandhabt werden. Sollte sich auch Gelegenheit bieten, eine pathologisch-anatomische Untersuchung auszuführen, so ist die genaueste sowohl makro-, wie mikroskopische Untersuchung des gesamten Respirationsapparates direkt erforderlich. Nur unter diesen Umständen wird es möglich sein, das Geheimnis dieser wirklichen Kuriosität der Medizin vollständig zu lüften.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Prof. W. E. Obrastzow, in dessen Klinik ich diesen höchst seltenen und lehrreichen Fall zu beobachten Gelegenheit hatte, meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Literatur.

1. A. Schmidt: Beiträge zur Kenntnis des Sputums. Zeitschrift für klinische Medizin 1892.
2. A. Sokolowski: Wyklady kliniczne chorób dróg oddechowych, 1902, T. 1.
3. A. Posselt: Zur vergleichenden Pathologie der Bronchitis fibrinosa und des Asthma bronchiale, 1900.
4. A. Fraenkel: Ueber Bronchitis fibrinosa obliterans Deutsches Archiv f. klin. Med. 1902, Band 73.
5. W. Lange: Ueber eine eigentümliche Erkrankung der kleinen Bronchien und Bronchiolen. Ibidem 1901, Band 70.
6. Th. G. Janowski: Russki Wratsch 1902.
7. L. Championnière: De la bronchite pseudomembraneuse chronique 1876.
8. Oscar Beschorner: Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge 1893, No. 73.
9. Prof. Hochhaus: Zur Pathologie der Bronchitis fibrinosa. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin 1902, Bd. 74.
10. Schwarzkopf: Münchener med. Wochenschr. 1904.
11. A. Schittenhelm: Deutsch. Archiv f. klin. Med. 1900, Band 67.
12. Liebermeister: Ueber Bronchitis fibrinosa. Ibidem 1904, Band 80.
13. Weigert: Ueber Croup und Diphtheritis. Virchows Archiv 1877, Band 60.
14. Hauser: Ueber die Entstehung des fibrinösen Infiltrats bei der kroupösen Pneumonie. Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie, 1894, Bd. 15.

Außer diesen Arbeiten kommen noch folgende Aufsätze über fibrinöse Bronchitis in Betracht:

15. Grandy: Ueber sogenannte Bronchitis crouposa. Zieglers Zentralblatt f. allg. Pathologie, 1897.
16. Habel: Ein Fall von chronisch fibrinöser Bronchitis. Zentralblatt f. innere Med. 1898, No. 1.
17. Rudolf Schmidt: Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit besonderer Rücksichtnahme auf das mikroskopische Sputumbild. Zentralblatt f. allg. Pathologie. 1899.
18. E. Klebs: Die allg. Pathologie. Teil II.
19. Jean Lépine: Bronchite pseudomenbraneuse chronique. Revue de méd. 1898, Band 18.
20. Ziegler: Lehrbuch der allg. Pathologie und pathol. Anatomie 1895.
21. Hammarsten: Lehrbuch der physiologischen Chemie 1899.
22. L. Championnièrre: De la bronchite pseudomembraneuse chronique. Pariser Dissertation 1876.
23. Franz Riegel: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von Ziemssen, 1875, Bd. 4, 2. Hälfte.
24. Magniaux: Recherches sur la bronchite membraneuse primitive. Paris 1895.
25. F. Hoffmann: Die Krankheiten der Bronchien. Spezielle Pathologie und Therapie, herausgeb. von H. Nothnagel, Band 13, 2. Hälfte.
26. Marfan: Maladies des bronches. Traité de médecine, publié sous la direction de Charcot, Bouchard und Brissaud, Band 4.
27. Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 1891.
28. L. Hermann: Lehrbuch der Physiologie 1892.

Die Behandlung der Tuberkulose in der Praxis.

Von Dr. **W. Koch.** Freiburg i. B.

Zwischen der Behandlung der Lungentuberkulose durch den praktischen Arzt und der Therapie der Lungenheilanstalten wird immer ein gewisser Unterschied bestehen bleiben. In den Sanatorien wird die Krankheit als reines Spezialfach betrieben; Aerzte, Personal und Räumlichkeiten sind vollständig auf diese Erkrankung eingerichtet und auch die ganze Zahl der Patienten weiß, daß sie tuberkulös sind. Dieser eine Punkt ist schon von großer Wichtigkeit für die Autorität des Arztes, für den Gehorsam des Kranken und damit für die genaue Durchführung der Vorschriften. Jeder Patient hat sich beim Eintritt auf die Hausordnung zu verpflichten, die ständige Ueberwachung durch den Arzt, das Personal und die Kranken untereinander läßt Uebertretungen leicht offenbar werden, die entsprechend der Schwere des Falles durch Belehrung, Strafe und Ausweisung korrigiert werden. Dieser moralischen Unterstützung entbehrt der Arzt in der Praxis von vornherein gänzlich; er muß sie sich in jedem Falle erst mühsam erkämpfen und muß oft erleben, daß seine Anordnungen durch den Eigenwillen und Leichtsinn des Patienten oder, was mich persönlich immer noch mehr ärgert, durch albernes Geschwätz von seiten der Angehörigen und guter Freunde und getreuer Nachbarn durchkreuzt werden. Die Verantwortung für das „Nichtbesserwerden" wird ihm natürlich bereitwilligst überlassen. Ist es da ein Wunder, wenn er die Flinte ins Korn wirft, zumal bei der Bezahlung, die ihm von seiten der Kassen zumeist zuteil wird, daß er darauf verzichtet, auf die Individualität des Kranken einzugehen, hier zu trösten und zu ermuntern, dort zu belehren und dort mal energisch drein zu fahren? Das sind alles diese freuderaubenden Schwierigkeiten, die die Heilstättenärzte lange nicht in diesem Maße zu schmecken bekommen.

In diesen Blättern, die ja für den praktischen Arzt bestimmt sind, soll in einer fortlaufenden Reihe von Artikeln die Behandlung besprochen werden, die der Arzt in der Praxis seinen Tuberkulösen zuteil werden lassen kann. Es ist klar, daß ich nicht ausschließlich Neues vorbringen kann. Ein Hauptzweck dieser Zeilen ist der, immer wieder darauf hinzuweisen, daß wir nicht locker lassen sollen im Kampfe gegen diese Volksseuche, daß jeder durch seinen hohen Beruf verpflichtet ist, beizutragen, was er nur immer kann; wenn er sich ernstlich bemüht, wird er auch Erfolge sehen und dann wollen wir uns bei Erfolgen auch ganz ruhig sagen, post hoc, ergo propter hoc, ich habe durch meine Maßnahmen den Körper befähigt, wieder gesund zu werden, ich habe indirekt geheilt. Berechtigtes Selbstbewußtsein dürfen wir haben.

Zur Diagnose und Frühdiagnose.

Je früher wir die Diagnose auf eine tuberkulöse Erkrankung stellen, desto mehr Aussicht haben wir, den Kranken heilen zu können. Heilung nennen wir in diesem Falle die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit auf jedem Gebiet, die Befreiung von Tuberkelbazillen und allen Symptomen der vorhergegangenen Erkrankung, also relative Gesundheit. Eine Restitutio ad integrum gibt es nicht.

Die Frühdiagnose kann sehr erheblichen Schwierigkeiten begegnen, trotz guter Kenntnisse auf diesem Gebiet und trotz eingehender wiederholter Untersuchung. Das ist ja auch sehr erklärlich. In dem Augenblick, in dem die Tuberkelbazillen in dem Körper eine Stätte gefunden haben, an der sie sich erhalten und vermehren können, weil der Körper die Eindringlinge nicht mehr vernichten kann, ist der Mensch tuberkulös und fängt an, unter der Erkrankung zu leiden. Die Erkrankungsstelle ist aber zuerst so klein, daß sie sich unserer Diagnose entzieht. Trotzdem wir auch über den Infektionsmodus noch keine Klarheit haben (Inhalation, Erkrankung von den Tonsillen über die Lymphdrüsen, Infektion vom Darm usw.), soviel ist sicher, die Lungenspitzen sind die Prädilektionsstelle der Erkrankung. Aber weshalb das so ist, wissen wir auch noch nicht sicher. Der eine schuldigt die schlechte Ventilation und Durchblutung der Lungenspitzen an, der zweite die Stenosierung des ersten Rippenknorpels mit dem Manubrium sterni; bewiesen ist gar nichts. Man könnte manchmal wirklich verzweifeln, daß je mehr man sich mit dem Studium der Tuberkulose beschäftigt, man eigentlich über die Grundursache immer unsicherer wird. Aber bei der ungeheuren Arbeit, die gerade auf diesem Gebiete geleistet wird, können wir die sichere Zuversicht hegen, daß wir auch hier noch klarer sehen werden.

Für die Frühdiagnose speziell von größter Wichtigkeit sind die Impfungen mit Tuberkulin, die subkutanen Injektionen, die Impfung nach Pirquet und die Ophthalmoreaktion. Die subkutane Injektion „bewirkt Allgemeinerscheinungen, Fieber, häufig auch eine leicht entzündliche, subkutane Schwellung der Injektionsstelle, die Stichreaktion". Dazu kommen noch verschiedene Unannehmlichkeiten für den Arzt, die alberne Furcht des Publikums vor dem Tuberkulin, die Ueberwachung der mindestens zweistündlich notwendigen Temperaturmessung einige Tage vor und einige Tage nach der Impfung und die Schwierigkeit der Technik und Dosierung. Wer da glaubt, nach dem Rezept verfahren zu können, wie es vor kurzem im „Aerztlichen Centralanzeiger" auf eine Anfrage: „Wie macht man die Tuberkulininjektionen?" in 4—6 Zeilen gegeben wurde, der kann mir aufrichtig leid tun; seine Patienten noch viel mehr. So einfach ist die Sache nicht. Ich kann jedem nur raten, sich das Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie von Bandelier und Röpke anzuschaffen, bevor er sich mit diesem schwierigen Gebiet befaßt. Mit Tuberkulin lustig daraufloskurieren ist Frevel und könnte außerdem sehr unangenehme Folgen für den Arzt haben. Für den Allgemeinarzt halte ich die Sache vorläufig, ganz besonders in der Ambulanz, nicht für ersprießlich. Die von Pirquet angegebene Allergiediagnostik dagegen müßte in den diagnostischen Wissensschatz eines jeden Praktikers übergehen. Der Autor schildert sie selbst folgendermaßen:

„Zwei Tropfen Alttuberkulin werden in der Entfernung von ca. 6 cm auf die Haut des Unterarmes aufgetropft; dann mit einer Impflanzette, deren Spitze meißelförmig abgeschliffen ist, zuerst in der Mitte zwischen den beiden Tropfen, hierauf innerhalb derselben eine bohrende Skarifikation ausgeführt.

Die Anlegung einer Kontrollstelle ohne Tuberkulin ist unbedingt nötig, weil die traumatische Reaktion der verschiedenen Individuen berücksichtigt werden muß. — Zur qualitativen Ausführung kann konzentriertes Altuberkulin angewendet werden; ich verwende gewöhnlich eine Lösung von 1 Teil Alttuberkulin mit 2 Teilen physiologischer Kochsalzlösung und 1 Teil 5 proz. Karbolglyzerin, welches sehr haltbar ist. — —

An den Impfstellen entstehen beim Tuberkulösen gewöhnlich innerhalb 24 Stunden papulöse Erhebungen, deren Breitendurchmesser zwischen 5 und 20 mm variiert. Jede wesentliche Verschiedenheit von der Kontrollstelle ist als positiver Erfolg anzusehen. Wenn die Reaktion zweifelhaft ausfällt, so wiederhole ich sie nach drei Tagen.

Die Papeln sind gewöhnlich hellrot, deutlich tastbar; manchmal tragen sie kleine Bläschen oder haben ein blässeres Zentrum wie eine Urticaria. Bei skrofulösen Kindern kommt es vor, daß neben der Impfstelle kleine Nebenpapeln aufschießen, ähnlich wie Nebenpocken bei der Vaccination. — —

Die Zeit des Eintritts kann über 24 Stunden hinausgehen; Reaktionen, welche erst am zweiten oder dritten Tage sichtbar werden, nenne ich „torpid". Sie „scheinen eine latente, inaktive Tuberkulose zu bezeichnen". — Jede Blutung bei der Impfung ist zu vermeiden.

Fieber und Allgemeinerscheinungen fehlen fast immer; auch tritt kein Jucken an der Lokalaffektion ein. Positiver Ausfall beweist, daß der Körper mit dem Tuberkelbazillus in Berührung gekommen ist. Schlüsse auf das Stadium lassen sich nicht daraus ziehen; auch prognostisch wird sich die Probe nur mit Vorsicht verwerten lassen.

Welch schöner Fortschritt in der Frühdiagnostik!

Die von Wolff-Eisner und von Calmette angegebene Ophthalmoreaktion, die in der Einträuflung von Tuberkulin in die Bindehaut des einen Auges besteht und häufig bei nicht ganz gesunden Augen von einer zu heftigen Reaktionskonjunktivitis gefolgt ist, wird wohl kaum in der Allgemeinpraxis viel Verwertung finden. Das ist aber nur ein subjektives Urteil, da das Verfahren noch nicht genügend erprobt ist.

Ueber den Sitz der Erkrankung gibt die Allergieprobe keinen Aufschluß. Da bleiben Auskultation und Perkussion in ihrem Recht, ja ich meine, wir müßten gerade bei positivem Ausfall immer wieder nach dem Sitz der Erkrankung fahnden. Denn verschiedene Erkrankungsstelle, verschiedene Behandlung. Wer in der Therapie der Tuberkulose schematisiert, wird nicht viel leisten.

Die Frühsymptome der Tuberkulose sind sehr zahlreich. Ich nenne nur Blutarmut, Abmagerung, schlechten Appetit, müdes, energieloses Wesen, Drüsen, besonders in der

Nackengegend, Erweiterung der Temporalvenen und der Venen am oberen Teil des Brustkorbes, schnelle Ermüdung bei körperlicher Anstrengung, Neigung zu Schweißbildung, Nachtschweiß, Temperaturerhöhung nach schon einstündigen Spaziergängen, schlechter Schlaf, Pulsbeschleunigung ohne erhöhte Temperatur usw. Dagegen finden wir aber auch Lungenkranke im vorgerücktem Stadium, die über „gar nichts zu klagen haben", die wegen irgendeiner äußeren Ursache zum Arzt kommen. Die Frühsymptome sind alle unsicher und können uns nur einen gewissen Anhalt geben. Ebenso ist es mit der Disposition und Heredität. Das einzig Ausschlaggebende ist die genaue körperliche Untersuchung auf der nackten Haut, auf der wir auch der prüdesten Dame gegenüber unbedingt bestehen müssen. Am selben Abend zeigt sie sich ja vielleicht schon in mehr als diagnostischer Dekolletierung vor Leuten, die sie mit ganz anderen Augen ansehen als der Arzt.

Vorschriften für die Perkussion zu geben ist schwierig und an dieser Stelle unmöglich. Das aber sollte sich jeder zum Prinzip machen, immer entwederPlessimeter-Hammer-Perkussion auszuüben oder immer Finger-Fingerperkussion zu betreiben. Ein Wechsel rächt sich bei den Anforderungen, die die erforderliche leise Perkussion an unser Gehör stellt, zu leicht. Ebenso ist es mit dem Stethoskop. Das Modell, an welches einer mal gewöhnt ist, sollte er beibehalten.

Ich will hier die Fälle, in denen die Diagnose leicht ist, in denen uns gröbere Klangabweichungen von der Norm, verbunden mit fein- und grobblasigem Rasseln, die Krankheit leicht erkennen lassen, ausscheiden. Darüber ist ja nicht viel zu sagen. Wenn man aber nur eine ganz geringe Schallabweichung auf der rechten Spitze z. B. findet, wenn an dieser Stelle das Atmen nur etwas leiser oder unbestimmt ist, wenn wir im übrigen Lungengebiet normale Verhältnisse finden, dann beginnt die Schwierigkeit. Der Patient ist außerdem vielleicht mit Klagen über schlechten Appetit oder schlechte Verdauungen zum Arzt gekommen. Dann würde sich der Verdacht doch einstellen, daß es sich um eine beginnende Tuberkulose handelt, wenn wir diesen Befund öfter konstatieren können. Wir haben da einige Hilfsmittel, um wenigstens etwas genauer diagnostizieren zu können. Wenn man beim Auskultieren den Patienten einigemal kurz hintereinander husten läßt, so hört man bisweilen an der verdächtigen Stelle ein feines Knistern, das schnell vorübergeht. Oder man fordert den Patienten auf, einigemal so tief als möglich zu atmen und dann den Atem anzuhalten. Beim langsamen Ausatmen hört man dann zuweilen ebenfalls Rasselgeräusche. Der eventuell vorhandene Schleim in den feinsten Verzweigungen der Lungenspitze hat sich gelockert und erzeugt nun das Geräusch. Der Arzt kann auch mechanisch das Sekret zur Lockerung bringen, indem er mit dem Hammer einige kräftige Schläge auf das Plessimeter im Bereich der verdächtigen Stelle ausübt. Diese Methode, die für empfindliche Patienten nicht gerade angenehm ist, übte ich aus, bis mir ein Referat über eine Arbeit von Noeri-Neapel zur Kenntnis kam. Man kann seine Methode kurz charakterisieren: Auskultation der Lungenspitze nach ihrer Massage. Man setzt vier Finger auf den Rand des Trapezius. Mit dem Daumen führt man einige Sekunden lang leichte Druckstöße aus in der Fossa supraclavicularis. Bei den ersten folgenden Inspirationen hört man an Stellen, die vorher fast normal waren, kleinblasiges Rasseln oder Knacken.

Bei Patienten, welche angeben, nur morgens Husten zu haben, ist es manchmal möglich, sonst vermißte Rasselgeräusche frühmorgens zu hören. Unterstützen kann man die Aufforderung, den Husten bis zur Untersuchung zu unterdrücken, durch Gaben von Cod. phosphor. Man erreicht damit manchmal, daß die „Lunge ihre Toilette erst nach der Untersuchung macht", aber diese Methode wird in der Praxis kaum viel Erfolg haben.

Aus der Messung, die sorgfältig mit einem guten Maximalthermometer durchgeführt werden muß, kann man auch diagnostische Schlüsse ziehen. Ich lasse einen suspekten Patienten drei Tage lang das Bett hüten und zweistündlich genau messen. Am vierten und fünften Tage lasse ich ihn, wenn sich nicht schon bei der Ruhe Fieber gezeigt hat, ein- bis zweistündige Spaziergänge mit mäßigem Steigen machen und vor und nach dem Ausgange die Temperatur aufschreiben. Zeigt sich dabei ein Unterschied in der Temperaturkurve von 0,5—1,0 Grad mehr nach der Bewegung, so ist das ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel. Im allgemeinen muß jede Temperaturerhöhung über 37° (gewöhnlich zwischen 4 und 6 Uhr nachmittags) den Verdacht auf Tuberkulose verstärken. Die Messungen in dieser Häufigkeit vorgenommen, geben uns Aufschluß über das Maximum, das der Patient gewöhnlich immer um dieselbe Zeit erreicht. Messungen, „morgens, mittags und abends", wie sie gewöhnlich vorgeschrieben werden, lassen uns manches übersehen, zum Schaden des Patienten. Daß die häufigen Messungen eine Belästigung für den Kranken sind, ist nicht zu leugnen, aber diese Unbequemlichkeit muß er auf sich nehmen in Anbetracht der einschneidenden Wichtigkeit der richtigen Diagnose für seine ganze Lebensführung und für die ganze weitere Therapie. Man kann aus der Temperaturkurve oft mit Sicherheit erkennen, ob der Patient den Anordnungen resp. Beschränkungen nachgekommen ist. Mancher Leichtsinnige oder Unaufrichtige sucht dann den Arzt zu bemogeln, indem er die Temperatur etwas korrigiert. Deshalb ist es sehr gut, wenn man Kontrollmessungen von Zeit zu Zeit selbst vornimmt. Wie man den Patienten auf die schädlichen Folgen seines Verfahrens aufmerksam macht, ist Sache des Taktes und unterliegt der Beurteilung des Einzelfalles.

Daß man Sputum, falls solches produziert wird, auf Tuberkelbazillen untersucht oder untersuchen läßt, ist selbstverständlich. Man muß beim Resultat nur nicht vergessen, daß die Mehrzahl der Tuberkulösen im Anfangsstadium keine Tuberkelbazillen aushusten, daß man also vom negativen Befund die Diagnose nicht abhängig machen darf.

Mene tekel!

Ein Wort über Lactagol-Pearson.*)

Von Dr. med. et phil. **Hans Lungwitz**, Berlin.

> „Sehr geehrte Frau!
>
> Wir gestatten uns, Ihnen beifolgend ein kleines Büchlein über „Natürliche Säuglingsernährung" zu überreichen, das viel Wissenswertes und Brauchbares für jede Mutter enthält. Sie werden daraus unter Anderem ersehen, daß Sie, im Falle Sie nicht genügend Milch haben sollten, mit Hilfe des von den größten ärztlichen Autoritäten empfohlenen Lactagol in der Lage sein werden, Ihr Kind an der Brust zu ernähren und es dadurch vor den schlimmen Gefahren des Brechdurchfalls und anderer verheerender Krankheiten zu schützen.
>
> Aber auch, wenn Sie genügend Milch haben, ist Ihnen der Gebrauch des Lactagol, so lange Sie stillen, anzuraten: Es schützt Sie vor den sonst häufig eintretenden unangenehmen Folgen des Stillens, wie Schwäche, stechende Schmerzen in Brust und Rücken und dergl. und macht Ihre Milch nahrhafter und bekömmlicher für das Kind . . ." usw.

Mit diesen Briefen wendet sich die Firma Pearson & Co., G. m. b. H., Hamburg, an die Mütter und solche, die es werden wollen, um sie, ohne den Rat des Arztes zu hören, zur Anwendung des Lactagols zu veranlassen.

---

*) Ueber ein anderes Präparat derselben Firma gedenke ich in einer der folg. Nummern zu berichten.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Eine derartige Bearbeitung des Publikums ist anstößig und unzulässig, zumal von einer Firma, die im allgemeinen „mit den Aerzten arbeitet“. Zweifellos macht sich ein derartiger Vertrieb nötig, weil die Aerzte das Lactagol vernünftigerweise sehr wenig verordnen. Auf gute Freundschaft mit den Aerzten braucht freilich die Firma dann nicht zu rechnen, wenn sie hinter ihrem Rücken das Publikum über den Wert des Lactagols „aufklärt“. Die Vertriebsmethode hat eine verzweifelte Aehnlichkeit mit der Kurpfuscherei — auch was den Nutzeffekt der Pearsonschen Anpreisungen für das Publikum angeht. Glücklicherweise sind von diesem Präparat, das allenfalls unter der Flagge eines Nährpräparates aus Pflanzeneiweiß segeln dürfte, wenigstens keine schädlichen Wirkungen zu erwarten. Trotzdem verdient es festgestellt zu werden, daß sich die Firma Pearson der direkten Reklame bei Laien und bei Hebammen bedient, um ihr Lactagol an den Mann oder vielmehr an die Frau zu bringen, und wir werfen die Frage auf, ob somit diese Firma nicht den gleichen Weg beschreitet, wie zahlreiche Firmen und Firmchen, die es nicht riskieren können, mit ihrem Schwindelzeug den Aerzten vor die Augen zu treten.

Die Firma Pearson & Co. weiß freilich ihr Präparat besser zu schätzen als die Aerzte, die sich über den wahren Wert des Lactagols klar sind und es deshalb — allenfalls faute de mieux — zu suggestiven Zwecken einmal verordnen. Womit aber nicht gesagt sein soll, daß es nicht doch auch von Aerzten bona fide wirklich zu kurativen Zwecken angewandt wird; es ist einem ja unmöglich, die Spreu vom Weizen reinlich zu sondern, wenn man in einer Praxis steht, die einem nicht Zeit zum Essen und Schlafen läßt. Die Firma weiß ihr Lactagol zu schätzen; sie verheißt, ohne zu erröten, daß die mit der Broschüre beglückte Frau, falls sie nicht genügend Milch hat, durch Lactagol alsbald in der Lage sein wird, ihr Kind an der Brust zu ernähren und es dadurch vor den schlimmen Gefahren des Brechdurchfalls und anderer verheerender Krankheiten zu schützen.

Natürlich, Laien muß man laienhaft begegnen. Brechdurchfall ist ein Schreckgespenst, „andere verheerende Krankheiten“ ist möglichst unklar, vieldeutig und in der Wucht des Ausdrucks furchterweckend. Es ist doch herrlich, daß die Firma Pearson & Co. aus einer selbstverständlich auch mehrfach auf Ausstellungen prämiierten philanthropischen Gesinnung heraus ein Präparat anbietet, das alle Furcht vor Brechdurchfall und anderen verheerenden Krankheiten zunichte macht. Die „größten ärztlichen Autoritäten“ helfen bei dieser Wohltat mit — genannt sind diese „größten Autoritäten“ freilich nicht, und in der medizinischen Literatur kann ich sie auch nicht auffinden, es müßte denn der Dr. X. oder Y. eine „größte Autorität“ sein. Aber das Publikum weiß das ja nicht und braucht auch nicht alles und jedes zu wissen; die Hauptsache ist, daß es glaubt und bestellt. Bestellen muß es auf jeden Fall! Es wäre ja töricht, wenn sich Pearson & Co. auf die milcharmen Wöchnerinnen beschränken wollte; auch diejenigen Frauen, die genügend Milch haben, können laut Absatz 2 des famosen Briefes ohne Lactagol nicht auskommen. Weh ihnen sonst! „Unangenehme Folgen des Stillens, wie Schwäche, stechende Schmerzen in Brust und Rücken und dergl.“ stellen sich ohne Lactagol ein; mit Lactagol aber bleiben sie natürlich aus, ja, die Milch wird „nahrhafter und bekömmlicher für das Kind“!! Man muß mit Gewalt an sich halten, um nicht den passenden unparlamentarischen Ausdruck für diesen Hohn auf Vernunft und Wahrheit aus der Feder zu lassen. Das heißt nicht „corriger la fortune“, das heißt „corriger la nature“! Pearson stellt in etwa zehn Worten — ohne zu erröten — die ganze Natur auf den Kopf! Er macht die physiologische Nahrung, die einzige, die die Natur fix und fertig liefert, die Normalnahrung, die Muttermilch, die niemals einen Komperativ verträgt, zu einem Dreckzeug, das erst durch Pearsons Lactagol zur Ambrosia umgewandelt werden muß. Soll man das Kühnheit nennen, wenn da zu lesen ist, Lactagol macht die Milch von Frauen, die ihr Kind gut und genügend stillen können, „nahrhafter und bekömmlicher“! Als ob es eine einzige Mutter gäbe, deren Milch für ihren Säugling nicht nahrhaft und bekömmlich schlechthin wäre! Armselige und heimtückische Natur, die du den Baumwollsamen seit Jahrtausenden schnöde seiner wahren Bestimmung, Futter für Wöchnerinnen zu sein, entzogen hast! Glücklicher Pearson, dem es — einem zweiten Prometheus — vergönnt war, das Feuer vom Himmel zu stehlen und frei nach Goethe den Göttern Hohn zu lachen!

Der Zauber geht aber noch weiter.

> „Wenn die Frau nach früheren Geburten vergeblich zu stillen versucht hat, oder die Brüste schlecht entwickelt sind, ist es besser, mit dem Gebrauch des Lactagol schon etwa vier Wochen vor der Geburt zu beginnen.“

Das Lactagol soll zwar, „nach unseren ersten ärztlichen Autoritäten“ innerhalb 3—4 Tagen, häufig auch schon sofort am ersten (!!) Tage, seine völkerbeglückende Wirkung ausüben — aber in den zitierten Fällen muß man es vier Wochen (!) vorher nehmen. Wäre es nicht empfehlenswerter, das Lactagol gleich von Kindheit auf zu nehmen? Wächst das Mädchen normal heran, entwickelt es sich gut, heiratet es später, konzipiert die Frau alsdann — immer bei Lactagolzufuhr! — und geht sonst alles gut, so bürgt Lactagol mit Sicherheit für gute Milchsekretion!

Es ist m. E. völlig zwecklos, Lactagol überhaupt zu nehmen, Unsinn aber ist es, wenn Pearson einen vierwöchigen Gebrauch ante partum anordnet. Dabei kommt nur er gut weg; denn ein Karton Lactagol, dessen Herstellungspreis zu den Zahlen gehören dürfte, mit denen ein zwei- bis dreijähriges Kind rechnet, kostet 2,75 M. und reicht bei einer Dosierung von 3 bis 4mal täglich 1 Teelöffel 10 bis 12 Tage. Ein ebensolcher Unsinn — aber ein gefährlicher! — ist folgender Passus aus einem auch an Laien versandten Prospekt:

> „**Dringend notwendig** wird der Lactagolgebrauch, sobald während des Stillens die Milch weniger zu werden beginnt, was am sichersten daran zu erkennen ist, daß der Säugling nicht mehr regelmäßig an Gewicht zunimmt.“

Also anstatt zum Arzt zu gehen und die oft das Leben bedeutende Ursache des Gewichtsstillstandes oder gar der Gewichtsabnahme konstatieren und mit Hilfe ärztlicher Kunst und Wissenschaft beseitigen zu lassen, vertraue man ruhig einem Wisch von Pearson, mache mittels Lactagol die Milch „nahrhafter und bekömmlicher“, und alles ist in bester Ordnung! Wie soll man derartige Ratschläge bezeichnen? Ist das nur Leichtsinn oder Naivität? Ist das nicht vielmehr Kurpfuscherei schlimmster Sorte?

Ebenso ist es Kurpfuscherei, wenn sich P. anmaßt, den Wöchnerinnen Rat zu erteilen, wie oft und lange sie ihre Säuglinge anzulegen haben. Er tut das in der im zitierten Briefe verschlossenen Broschüre, betitelt: „Natürliche Säuglingsernährung“. Die eindringliche Mahnung an die jungen Mütter, die Kinder selbst zu stillen, die er mit einer der guten Sache würdigen Emphase in den ersten Seiten vorbringt, würde auch oder gerade aus Laienmunde Beifall verdienen, wenn sie nicht in einer Broschüre erteilt würde, die der Empfehlung von Lactagol gewidmet ist; es ist nur zu durchsichtig, daß die Mahnungen nur zu dem Zwecke erteilt werden, dem Lactagol das Feld vorzubereiten. Mit der Miene des menschenfreundlichen Biedermannes redet Pearson den Frauen ins Gewissen, während ihn doch nur der Wunsch, Lactagol los zu werden, beseelt. Da kommt denn, auch nach einer sehr rührsam

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Publi

und poetisch gehaltenen Einleitung, die Stimmung machen soll, auf Seite 5, unten, folgende Offenbarung:

> „Als Mittel, das Stillvermögen zu steigern und das Wohlbefinden der Stillenden zu heben, kommen in Betracht: Kräftige, reichliche, aber nicht zu reichliche Ernährung, mäßige Arbeit und Bewegung, ausreichende, möglichst ungestörte Nachtruhe, sorgfältige Hautpflege, Vermeidung aller stärkeren Gemütserregungen — vor allem aber das Mittel, das direkt die Erzeugung der Milch in der Mutterbrust anregt und fördert, das in letzter Zeit vielgenannte **Lactagol** dessen milchbildende Wirkung fast nie versagt, und das jeder Frau, deren Brüste nicht vollständig verkümmert sind, das Stillen ohne Beschwerden ermöglicht.“

„Vor allem aber das Lactagol! Alle anderen Maßnahmen sind von Pearson — ich möchte fast sagen: gestattet, man mag sie anwenden, vor allem aber das Lactagol! Das tut's! Denn

> „in der medizinischen Literatur werden Fälle mitgeteilt, wo schon am ersten (!) Tage des Lactagolgebrauches eine derartige Milchvermehrung (!!) eintrat, daß die Säuglinge die enorme Menge der Milch (!!!) nicht mehr bewältigen (lies: bewältigen!) konnten.“

Haarsträubend! Wer so etwas glaubt, muß in eine Idiotenanstalt gesperrt werden. Aber wohin gehört derjenige, der die Stirn hat, dem Publikum solchen (gelinde gesagt) Unsinn ins Gesicht zu schleudern?

Auf Seite 8 folgen dann „Regeln beim Stillen“. Da steht gleich im zweiten Absatz: „In den ersten drei Wochen gibt man sodann alle 2$^1/_2$ Stunden die Brust; nachts nur einmal: im ganzen also achtmal“. Nun, die Firma Pearson hat sich, scheint's, von ihren „größten ärztlichen Autoritäten“ beraten lassen; denn sie weiß mehr als wir dummen Aerzte, die wir fünf bis sechs Mahlzeiten empfehlen und nachts Mutter und Kind in Ruhe lassen.

Freilich, wenn gleich am ersten Tage der Lactagolfütterung eine solche Milchsintflut einsetzt, daß der arme Säugling direkt darin zu ertrinken Gefahr läuft, muß man die Milchfluten schon öfter abfließen lassen!

Man glaubt da in der Tat, es mit einer Fabrik à la Rad-Jo und Lactor-Generator oder Antidiabetikum-Bauer und Konsorten zu tun haben, nicht aber mit einer angesehenen Firma, die einen gewissen Wert darauf legt, die Aerzte nicht vor den Kopf zu stoßen. Dieses läßt sich freilich nicht vermeiden, wenn man überhaupt mit dem „spezifisch wirkenden Lactagogum“ Lactagol, auf den Plan tritt. Was ist denn Lactagol? Die Untersuchungen im Pharmazeutischen Institut der Universität Berlin durch Dr. Fendler (Apoth.-Ztg., 1904, Nr. 51) haben ergeben, daß Lactagol ein Proteinkörper ist, der nur Spuren von fremden Beimengungen enthält.

„Das Lactagol ist somit zur Gruppe der Nährpräparate aus Pflanzeneiweiß zu zählen. Dem Roborat wird beispielsweise gleichfalls eine lactagoge Wirkung zugeschrieben, welche nach Ansicht der Hersteller des Roborats allerdings auf den Lecithingehalt des Roborats zurückzuführen ist, während das Lactagol kein Lecithin enthält.“

Also einem Pflanzeneiweiß ist die erstaunlich spezifische Wirkung auf die Milchsekretion zuzuschreiben. Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube. Die vielgerühmten Tierversuche, sowie die „seit unvordenklichen Zeiten“ herrschende Mode der „Naturvölker“, Abkochungen von Baumwollblättern zu trinken, können mich von der spezifischen Wirkung nicht überzeugen. Ich halte es überhaupt für ausgeschlossen, daß durch Darreichung eines Eiweißkörpers die Milchsekretion sich beeinflussen läßt; es ist hier nicht der Ort, sich über die physiologischen Bedenken auszulassen, es genügt, zu betonen, daß es auch dem gelehrtesten und erfahrensten Kopfe wie eine Vergewaltigung der Vernunft erscheint, wenn jemand behauptet, durch Zufuhr von ein paar Gramm Baumwollsamenextrakt, d. i. Proteinsubstanz, auch nur einen Tropfen Milch aus der Brustdrüse hervorlocken und noch dazu die Zusammensetzung der Milch um ganz erhebliche Prozentsätze „verbessern“ zu können. Zugegeben auch, daß die Tiere nach Genuß von Baumwollsamen eine vermehrte Milchsekretion erkennen lassen — das Lactagol ist jedenfalls nicht die wirksame Substanz des Samens.

Die ärztlichen Beobachtungen, die in der Literatur (leider!) niedergelegt sind und die mir von der Firma in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt worden sind, enthalten sämtlich nichts Beweiskräftiges, entkräften keinesfalls das Urteil, das ich und zahlreiche mir bekannte Kollegen über Lactagol gewonnen haben. Von „größten Autoritäten“ ist in der mir zugegangenen Literatur nichts zu sehen. Vielleicht ist die Firma Pearson der Meinung, der verstorbene Sanitätsrat Fürst, Berlin, dessen Feder allerdings bekannt war und der mit seinem Beitrag „Ueber Brusternährung“ beteiligt ist, wäre eine solche gewesen.

Ferner liegen Arbeiten vor von einem Dr. Zlocisti in Berlin, van den Brink in Monster (Holland) und Prof. Charles in Lüttich. Die Prüfungen, die diese Autoren mit Lactagol in der Praxis angestellt haben, muß man allesamt als höchst oberflächlich und wertlos bezeichnen. Wenn Prof. Charles schreibt: „Dank dem Lactagol, mit dessen Verabreichung man sofort begonnen und die man dann mehrere Wochen fortgesetzt hat, hatte die Mutter in ihren Brüsten Milch genug, um das Kind während der ersten drei Monate stillen und erhalten zu können“, so beweist das gar nichts. Liest man die Arbeit von van den Brink, so fragt man sich, ob sich der Autor mit der Aufführung seiner Kasuistik nicht einen Scherz gemacht hat. Am besten läßt sich der Fürstsche Artikel an, der von einer „gewissen Autosuggestion“ spricht; ein Satz aber, wie der folgende: „Sein hoher Eiweißgehalt (46,9 $^0/_0$ nach Beckmann) macht es schon an sich verständlich, daß es die Qualität des in der Mamma zirkulierenden Blutes und die Ernährung der Drüsenzellen bessert“, gibt dem Artikel eine recht possierliche Wendung ins Naiv-Komische, und man merkt, welche Mühe es den sonst so federgewandten Sanitätsrat Fürst gekostet hat, den Karren mit dem Lactagol nicht umfallen zu lassen; an seine Erklärung geglaubt hat er sicher selber nicht.

Endlich paradiert noch eine Arbeit vom Apotheker Varges in Dresden (Med. Klin. 1905, Nr. 10), der über die qualitative Veränderung der Milch nach Lactagoldarreichung „Untersuchungen“ angestellt hat. Glücklicherweise hatte er nur eine Versuchsperson zur Verfügung, es wäre ihm schwerlich geglückt, eine prozentuale Uebereinstimmung der qualitativen Veränderung der Milch mehrerer Frauen durch Lactagol zu erzielen — vorausgesetzt, daß eine solche in der Tat eintreten könnte. Daß diese Analysen nicht den geringsten Wert haben, leuchtet dem Kenner sofort ein, wenn er sieht, daß der Frau während der Versuchstage (15) das Kind von der Brust genommen und die Milch mit der Saugpumpe entleert wurde, wodurch sofort die physiologischen Verhältnisse verschoben werden. Es ist nicht zu verwundern, daß Varges den Fettgehalt um über 100 $^0/_0$, den Eiweißgehalt um über 60 $^0/_0$ erhöht fand. Das muß eine nette Milch gewesen sein!! Die gekreuzigte Wissenschaft krümmt und windet sich vor Schmerzen darüber, daß eine Muttermilch, die unter den genannten Umständen gewonnen wurde, und die um derartige Prozentsätze von der normalen Zusammensetzung abweicht, als „nahrhaft und bekömmlich“ (!!) designiert wird, ja als „nahrhafter, besser und bekömmlicher“ als die physiologische Muttermilch. Ist es nicht eine Schmach, daß zu einem derartigen Unfug auch noch ein Säugling 14 Tage lang um die Mutterbrust betrogen wurde! Ist es nicht eine Schmach, daß derartige Blasphemien in einer hochangesehenen Zeitschrift publiziert werden! Ist es nicht eine Schmach, daß auf Grund derartiger Verirrungen ein Präparat als Lactagogum bezeichnet werden darf, als ein Präparat, das laut Aufschrift auf den Packungen uneingeschränkt „jeder Mutter das Selbststillen ermöglicht“! Ist es nicht eine Schmach, daß ein Apotheker ein Urteil abgeben darf, der so naiv ist, folgenden Satz zu veröffentlichen: „Auff die Vermehrung der Quantität der Milch glaube ich auch daraus schließen zu müssen, daß Milch sich vermittels eines besonderen Saugapparates schnell und leicht abziehen ließ!“

Glücklicherweise dringt die Ueberzeugung, daß jede gesunde Wöchnerin stillen kann, sofern sie nur will, immer mehr auch in die Laienkreise — dank der Aufklärung, die von uns Aerzten und vielfach auch von den Hebammen ausgeht. Wir wollen hoffen, daß diese Aufklärung dazu beiträgt, die jungen Mütter vor der Anwendung des Lactagols zu bewahren, das nur dem Geldbeutel des Fabrikanten nützt, für die Wöchnerinnen aber, wie Prof. Siegert auf der Versammlung der niederrheinisch-westfälischen Kinderärzte in Cöln a. Rh. 1907 sehr richtig sagte, keinen Schuß Pulver wert ist.

REFERATE.

Interne Komplikationen der Schwangerschaft.

Sammelreferat
von Frauenarzt Dr. **Otfried O. Fellner** (Wien).
(Schluß.)

B. Graviditätstoxikosen.

1. Lokalisation im Sehorgan.

Vidéky berichtet von einer im 8. Monate Schwangeren, welche eines Morgens plötzlich blind war. Der Augenhintergrund wies nichts Abnormes auf. Nach 6 Stunden traten eklamptische Anfälle auf. V. nahm die Sectio caesarea vor, und nach dem Aufwachen aus der Narkose sah Patientin wieder. Heilung.

Amblyopie und Amaurose führen nach Faucoumier oft zur vollständigen Erblindung. Arterielle Hypertension ist oft die Ursache, mitunter auch starke Blutverluste oder Albuminurie. Ist letztere durch die Schwangerschaft hervorgerufen, so ist die Amaurose als eine Folgeerscheinung der Schwangerschaftshämatotoxämie anzusehen. Besteht gleichzeitig Nephritis, so ist die Prognose eine ernste, da die Sehkraft nicht ganz wieder hergestellt wird. Günstiger ist es, wenn die Erkrankung gegen Ende der Schwangerschaft eintritt. Die Therapie besteht in Milchdiät. Nur wenn Nephritis vorhanden ist, beendige man die Schwangerschaft.

2. Lokalisation in Blase und Niere.

Nach Vitoul kann die Hämaturie in der Schwangerschaft von der Niere oder von der Blase ausgehen, ist aber von gutartigem Charakter; mitunter wird aber die Schwangerschaft vorzeitig beendigt. Bei nicht zu starker Blutung kann man konservativ vorgehen, sonst leite man die Frühgeburt ein. Das richtige Verfahren wäre aber die Nephrotomie oder die Dekapsulation der Niere. Bei Blasenblutungen mache man die Sectio alta.

Aetiologisch sind bei Pyelonephritis nach Fournier zwei Momente zu berücksichtigen, die Kompression des Ureters mit absteigender Infektion durch Bacterium coli oder mit aufsteigender durch Gonokokken. Zu berücksichtigen sind ferner renale Erkrankungen, Steine, Senkungen, angeborene Mißbildung des Ureters und des Nierenbeckens. Bei der Infektion mit Bacterium coli findet man dieses oft im Urin, bei der durch Gonokokken sind aber diese selten, da sie meist nur Vorläufer anderer Organismen sind. Die erstere Infektion ist prognostisch ungünstiger als die zweite. Sind Steine vorhanden, so ist es immer ungünstig für das Kind. Man muß frühzeitig durch Desinfection der Harnwege der Krankheit Herr zu werden suchen.

Die Pyelitis kommt nach Albeck bei Kreißenden, oft auch bei Schwangeren vor. Man trifft Fälle mit starkem Fieber und Schmerzen in der Nierengegend, aber auch, und zwar viel häufiger, Fälle ohne Fieber und ohne Schmerzen an. Solche Fälle wurden früher für katarrhalische Zystitis gehalten. Die Pyelitis fängt immer in der Schwangerschaft an und bildet eine eigenartige, von der Schwangerschaft abhängige Krankheit. Die Prognose ist oft eine ernste, weil die akuten Erscheinungen das Sehen der Patienten bedrohen, weil die Pyurie in eine langdauernde Bakteriurie übergehen kann, die die Patientin noch längere Zeit arbeitsunfähig machen kann. Bei der Behandlung der Fälle mit Fieber hat man sich in der Schwangerschaft möglichst abwartend zu verhalten, selbst sehr starkes Fieber fällt ab und Schmerzen können bei ruhiger Bettlage von selbst zurückgehen, um erst bei der Geburt oder überhaupt nicht wieder zu erscheinen.

An der Hand der Literatur und von 4 selbstbeobachteten Fällen von Pyelonephritis im Wochenbett kommt E. Jeannin zu folgenden Schlüssen. Die Infektion ist zumeist eine hämatogene mit Bacterium coli, infolge langdauernder Darmträgheit. 1—5 Tage nach der Entbindung, zu der Zeit, wo der Ureter noch vom Uterus komprimiert werden kann, treten die ersten Symptome auf. Ebenso kann die Erkrankung schon in der Schwangerschaft beginnen. Das Fieber ist ein remittierendes und steigt bis 41° an. Im voreitrigen Stadium ist der Puls regelmäßig, Fröste, Kopfschmerzen, Mattigkeit zeigen die Erkrankung an. Leicht getrübter Urin wird in reichlicher Menge gelassen. Etwas Eiweiß. Nach 3—8 Tagen finden wir reichlichen Eiter im Urin. Es treten Schmerzen in der Nierengegend auf mit gleichzeitiger Polyurie. Dabei sinkt das Fieber. Zumeist ist die rechte Niere erkrankt. Nach 5—6 Wochen erfolgt Heilung. Schwierig ist oft die Differentialdiagnose gegenüber von Puerperalfieber. Die Therapie besteht in Milchdiät und hohen Irrigationen. Umschläge, eventuell Urotropin 1,5—2 g pro Tag. Um die Eiterrention zu verhindern, fülle man die Blase mehrmals täglich mit 150 g Borsäurelösung, auch kann man eventuell durch 24 Stunden den Ureterenkatheter liegen lassen.

3. Lokalisation im Magen-Darmkanal.

Man muß nach Schulte zwei Gruppen von Hyperemesis unterscheiden. Solche Frauen, bei denen sich eine Schädigung in den Organen nachweisen läßt, und solche, bei denen Organerkrankungen nicht auffindbar sind. Die Mehrzahl der Fälle gehört der zweiten Gruppe an. Die Therapie war zuerst eine suggestive. Es wurden zwar auch therapeutische Eingriffe wie Aufrichtung des Uterus und dergleichen als suggestive Hilfsmittel angewendet. 13 Fälle waren ausgesprochen hysterisch, 5 hochgradig nervös. Bemerkenswert ist das Auftreten von Recidiven in derselben Schwangerschaft. Niemals mußte die Schwangerschaft vorzeitig beendigt werden, und doch trat in allen Fällen Heilung ein.

Séverec erweiterte behufs Heilung des unstillbaren Erbrechens den Zervikalkanal und die Schwangerschaft ging ungestört weiter.

4. Lokalisation in den Gallenwegen.

Ringted berichtet von einer 30 jährigen Frau, welche zwei normale Schwangerschaften durchgemacht hatte. In den späteren trat im 6. oder 8. Monat Ikterus auf. In den drei ersten kam es zur Frühgeburt. Im letzten wurde die Frühgeburt eingeleitet, worauf jedesmal Heilung eintrat.

5. Stoffwechselstörungen.

Ueber Auftreten von Glykoxylsäure im Verlauf von Gravidität berichtet J. Hofbauer. Häufig findet sich die Glykoxylsäure in dem ersten Drittel der Schwangerschaft und in der letzten Zeit der Gravidität. Das letztere Vorkommen hängt sicher mit der Wehentätigkeit zusammen. Da aber fernerhin die Glykoxylsäure als Zwischenproduct des in der Leber stattfindenden Abbaues von Glykokoll anzusehen ist, so spricht dies für eine Minderwertigkeit der Leber in der ersten Zeit der Schwangerschaft. Wir müssen daher ebenso von einer Schwangerschaftsleber wie von einer Schwangerschaftsniere sprechen.

Nach A. A. Eshner ist vorübergehende Glykosurie in der Schwangerschaft und insbesondere im Wochenbett sehr häufig. Diabetes selbst kommt selten gleichzeitig mit Schwangerschaft vor. Interessant ist folgender Fall. Eine 37 jährige Frau litt an Diabetes, Zuckergehalt 4,67%. 2½ Liter Urin täglich. Nach entsprechender Behandlung sank der Zuckergehalt, und die Frau nahm an Gewicht zu. Sie wurde schwanger, und in der Schwangerschaft schwand die Zuckerausscheidung vollständig. Die Entbindung war zwar sehr verlängert, aber sonst bis auf eine kurze Atonie normal. 7 Tage nach der Entbindung fand man etwas Albumen, aber keinen Zucker. 14 Tage nachher trat eine Thrombophlebitis auf, welche heilte. 4 Monate nach der Entbindung zeigte sich wieder der Diabetes.

Die Komplikation der Schwangerschaft mit Diabetes mellitus ist nach Schottelius für Mutter und Kind recht ungünstig. Sch. beschreibt einen Fall von Koma am Ende der Schwangerschaft, welcher für ein eklamptisches gehalten wurde. Trotz sofortiger Entbindung starb die Patientin. Im Urin war Zucker nachweisbar. Die Sektion ergab eine Atrophie des Pankreas, Degeneration der Nieren. Azeton war auch im Blute nachweisbar. Gründe gegen die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung waren, daß die Schwangerschaft in 60% ungestört verläuft, daß das Koma erst während der Geburt auftritt und nach der Unterbrechung nicht verschwindet. Die absolut unsichere Prognose und die stets vorhandene Möglichkeit eines Komas machen aber die mit dieser Krankheit komplizierte Schwangerschaft zu einer so schweren, daß man im Interesse der Patientin wohl berechtigt ist, die Schwangerschaft zu beendigen.

Literatur.

1. V. Albeck: Bakteriurie und Pyurie bei Schwangeren und Gebärenden. Zeitschr. f. Geburtsh., 60. Bd., 3. Heft.

2. Alzheimer: Indikation für künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 33.

3. Ballerini: Perisplenitis und Malaria, Milztumor im Puerperium. Ginecologia, 1907, Nr. 5.

4. E. Barthas: Ueber die Larynxtuberkulose bei Schwangeren. Inaugural-Dissertation, Paris 1907.

5. F. Bedrunc: Influenza und Wochenbett. Inaugural-Dissertation, Paris 1907.

6. F. Beringer: Der Späteinfluß der Syphilis auf die Schwangerschaft. Inaugural-Dissertation, Lyon 1907.

7. A. Calman: Perityphlitis und Schwangerschaft. Monatsschrift für Geburtshilfe, Oktober 1907.

8. Dufour: Zusammentreffen von Tabes bei einer Frau und Syphilis beim neugeborenen Kind. Société méd. des Hôp., Paris, Juli 1908.

9. A. A. Eskner: Diabetes und Schwangerschaft. Amer. Journ. of the med. Science, September 1907.

10. Fauconnier: Ueber die Amaurose in der Schwangerschaft. Inaugural-Dissertation, Paris 1907.

11. F. Fournier: Pyelonephritis gravidarum. Inaugural-Dissertation, Toulouse 1907.

12. E. Freund: Schwangerschaftsmyelitis. Prager med. Wochenschrift, 1908, Nr. 25.

13. M. Friedmann: Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheiten. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 19.

14. J. Hofbauer: Ztschr. f. physiol. Chemie, Bd. 5, H. 52.

15. C. Jeannin: Klinische Studie über die Pyelonephritis im Wochenbett. Progrès méd., Januar 1908.

16. E. Preiß: Ueber rezidivierende Magendarmlähmung im letzten Monat der Schwangerschaft. Gynäkologische Rundschau, 1907, Nr. 18.

17. Ringted: Fall von rezidivierendem Icterus gravidarum. Meddelt i Foreningen for Gyn., 1907.

18. Rotter: Sectio caesarea vaginalis an einer sterbenden Frau im Interesse der Frucht. Orvosk Lapja, 1908, Nr. 5.

19. A. Schottelius: Diabetes mellitus in graviditate als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 18.

20. F. Schulte: Ueber erfolgreiche Suggestivbehandlung der Hyperemesis gravidarum. Monatsschr. f. Geburtsh., Mai 1908.

21. E. Scipiades: Sammlung klin. Vorträge, 967.

22. M. Séverec née Raitsiso: Aufhören des unstillbaren Erbrechens durch Erweiterung des Uterushalses durch Laminariastifte vor Ausstoßung der Frucht. Inaugural-Dissertation, Paris 1907.

23. Sitzenfrey: Ueber die Beziehung der Cholelithiasis zum weiblichen Geschlechtsleben und zu gynäkologischen Leiden. Nebst Mitteilung eines durch Zystektomie geheilten Falles von Gallenblasenempyem im Wochenbett. Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 28.

24. F. Stähler: Appendicitis in graviditate et puerperio. Monatsschr. f. Geburtshilfe, August 1907.

25. R. Vidéky: Amaurosis während der Schwangerschaft. Orvosi Ujsag, 1908, Nr. 10.

26. G. Vitoul: Ueber die Hämaturie in der Schwangerschaft. Inaugural-Dissertation, Paris 1906.

27. Th. v. Wentzel: Herzkrankheiten und Schwangerschaft. Monatsschrift f. Geburtshilfe, Oktober 1907.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Schwenk**, Berlin.

1. **Beiträge zur Kenntnis der Azoospermie.** Von Hans Posner. Inaug. Dissert., 1908.

2. **Eine neue Methode, den Harn jeder einzelnen Niere getrennt aufzufangen.** Von Prof. R. Kutner. Zeitschrift f. ärztl. Fortbild., Nr. 17.

3. **Zur Präventivbehandlung der Gonorrhoe bei der Frau.** Von Heinrich Löb. Therapie der Gegenwart, Juni 1908.

4. **Ueber den prophylaktischen Einfluß des Gonosans auf die Komplikationen der Gonorrhoe.** Von Dr. Leon David, Paris. Allg. Mediz. Zentr.-Ztg., 1908.

5. **Die konservative Behandlung der Hoden-Tuberkulose.** Von Dr. Hartung. Zeitschr. f. Urol., 1908, Nr. 8.

6. **Ueber die Anwendung von Saughyperämie an der Prostata und ein dazu geeignetes Instrument.** Von Dr. Ullmann, Wien. Zeitschr. f. Urol., 1908, Nr. 9.

1. Zum Zwecke der Untersuchung empfiehlt Verf. die von Posner sen. geübte Punktion des Hodens. Die Technik ist die, daß nach Desinfektion der Skrotalhaut der Hoden zwischen Daumen und Zeigefinger gespannt, tief eingestochen und dann aspiriert wird; hierbei bedient man sich am besten der Bierschen Spritze zur Anästhesie des Rückenmarks. Durch dieses Verfahren können leicht die beiden Typen der Azoospermie, die Obliteration und atrophische, unterschieden werden, die durch die Untersuchung des Ejaculats bisher nicht getrennt werden konnten. Die häufigste Art der Azoospermie und Hauptursache für sterile Ehen wird hervorgerufen durch Obliteration der Samenwege im Gefolge von Gonorrhoe. Im Punktionssekret der Oblit. Azoosp. finden sich Spermatozooen, in dem der atrophischen fehlen Spermatozoen gewöhnlich vollständig. Die Potentia coeundi bleibt bei der ersten für viele Jahre erhalten, während sie bei der letzteren bald zu schwinden pflegt. Da ein hoher Prozentsatz steriler Ehen bedingt ist durch voraufgegangene bilaterale Epididymitis, muß es das Bestreben des Arztes sein, dieselbe möglichst radikal zu beseitigen; sehr empfehlenswert hierfür ist die Biersche Stauung. Hoffentlich gelingt es der chirurgischen Technik, die unwegsamen Stellen des Samenkanals zu beseitigen und den Spermatozooen die Passage wieder freizumachen.

2. Der Ureterenkatheterismus hat die Kenntnis von den Krankheiten der Nieren und namentlich von ihrer Funktionsfähigkeit um ein beträchtliches Stück gefördert. Doch in einzelnen Fällen muß man auf seine Anwendung verzichten, wegen der durch ihn bedingten Gefahr der Infektion. Aus dieser Erwägung heraus konstruierte K. einen neuen Apparat, der die Lücke, die der Ureterenkatheterismus ließ, ausfüllen soll. Das Instrument ist so konstruiert, daß der zystoskopische Apparat auf die Ureterenöffnung gesetzt, und vermittelst Luftpumpe der Ureter angesaugt wird. Es gelingt dadurch, den Harnleiter vollkommen abzuschließen und den ganzen Urin von der betreffenden Seite zu erhalten. Ob der Apparat auch für intravesikale therapeutische Zwecke Verwendung finden wird, bleibt den weiteren Versuchen vorbehalten.

3. Verfasser empfiehlt als Präventivbehandlung für Frauen, d. h. zur Verhütung des Ausbruches der gonorrhoischen Infektion folgendes Verfahren: Reinigung von Vulva und Vagina mit 1 prom. Sublimatlösung, darauf Auswaschen dieser Teile und des Cervix uteri mit 5 proz. Protargol und Ausspritzung der Urethra mit derselben Lösung.

4. Die bei der Gonorrhoe früher gebräuchlichen Balsamika reizten mehr oder weniger den Magendarmkanal und wurden von den Patienten deshalb nur ungern genommen. Diesem Uebelstande half im großen und ganzen das Gonosan ab, das diese unangenehmen Nebenwirkungen weniger oder wie manche Beobachter behaupten, gar nicht zeigt. Abgesehen davon, daß das Gonosan wie die anderen internen Medikamente die Entzündung einschränkt und die Schmerzen lindert, scheint es nach den Beobachtungen des Verf. ganz besonders angetan zu sein, die

Gonorrhoe auf den vorderen Teil der Harnröhre zu beschränken und die oberen Harnwege gegen das Eindringen der Infektionserreger zu schützen. Und zwar verdankt es diese Eigenschaft seiner dreifachen Wirkung: der antiseptischen, adstringierenden und antikatarrhalischen.

5. Durch die Biersche Staumethode hat die konservative Behandlungsweise dem radikaleren operativen Verfahren ein gut Teil Betätigungsfeld abgenommen. Die guten Resultate, die man z. B. bei der konservativen Behandlung der Gelenktuberkulose erzielte, legten den Gedanken nahe, auch andere Tuberkulosen des Körpers analog zu behandeln. Und so berichtet Verf. von Hodentuberkulose. Das Verfahren ist folgendes: Man zieht den kranken Hoden stark nach abwärts und schnürt um die Wurzel des Hodensackes einen mit Watte unterfütterten weichen Gummischlauch, der so fest angezogen wird, daß eine starke Hyperämie entsteht. Der Hoden wird in ein Suspensorium gelagert und kann so 1—3 Stunden täglich getragen werden. Berücksichtigt man, daß — wie Sektionen lehren — häufig große tuberkulöse Lungenherde fibrös ausheilen oder verkalken, so liegen die Aussichten für die Ausheilung der Hodentuberkulose noch viel günstiger.

Einmal kann man dieselbe durch die wirksame Stauung unterstützen, andererseits aber gibt es bei der Hodentuberkulose ein die Ausheilung sehr unterstützendes Moment, nämlich die Möglichkeit der Heilung durch Fistelbildung. Die Stauungsbehandlung wird zweckmäßig unterstützt durch eine geeignete roborierende Diät, durch Aufenthalt in guter Luft und durch See- oder salzhaltige Sitzbäder.

6. Der empfohlene Apparat stellt eine Modifikation des Arzbergerschen Kühlers dar, der mit Saugvorrichtungen und behufs besserer Lokalisation der Saugung mit Lampe versehen ist. Die Indikationen für die Saugbehandlung sind große derbe Prostatatumoren auf entzündlicher Basis, bei denen es gelang, in wenigen Sitzungen eine erhebliche Verkleinerung des Tumors, Einschränkung der Sekretion und der Filamentbildung aus der Prostata zu bewirken.

Bei einer anderen Erkrankung der Vorsteherdrüse, der Abszeßbildung, scheint diese Behandlungsart sich ebenfalls zu bewähren. Es bildet sich nach kurzer Zeit der Saugung eine Perforationsstelle, durch die sich der Eiter dann schnell entleert.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster,** Freiburg i. B.

1. **Ueber Tuberkelbazillengehalt der in Leipzig zum Verkauf kommenden Milch- und Molkereiprodukte.** Von Eber. Wiener klin. Wochenschrift 1908, Nr. 34.

2. **Ueber die Gefahr der Reinjektion größerer Mengen von Heilserum.** Von G. Klemperer. Therapie der Gegenwart, 1908, S. 431.

3. **Morbicid, ein neues Desinfektionsmittel.** Von H. Töpfer. Deutsche med. Wochenschrift 1908, S. 1512.

1. Mit einem außerordentlichen Aufwand von Mühe und Arbeit und mit bedeutenden pekuniären Opfern hat E. auf dem Veterinärinstitut der Universität Leipzig den Tuberkelbazillengehalt der in Leipzig zum Verkauf kommenden Milch und Molkereiprodukte festgestellt. Die Untersuchungen wurden an einem so großen Material (über 1000 Untersuchungen) und sorgfältiger Berücksichtigung der praktischen Verhältnisse und unter Verwendung der zurzeit als beste bekannten Untersuchungsmethode — jeweils subkutane Impfung eines Meerschweinchens — durchgeführt, daß man wohl die Resultate als einwandfrei bezeichnen muß. Die Ergebnisse waren folgende:

Von 210 vorschriftsmäßig untersuchten Marktmilchproben waren 22 = 10,5% tuberkelbazillenhaltig. Diese Proben entstammten 70 verschiedenen Verkaufsstellen, und zwar wurde bei 19 Geschäften 1 mal, bei 2 Geschäften 2 mal und bei einem dreimal im Laufe eines Jahres die Milch tuberkelbazillenhaltig gefunden.

Von 150 Butterproben waren 18 = 12% mit virulenten Tuberkelbazillen behaftet, und zwar führten 2 große Geschäfte bei 2 vier Monate auseinanderliegenden Untersuchungen beidemal tuberkelbazillenhaltige Butter. Dabei ergab sich das für den Fernstehenden vielleicht überraschende Resultat, daß Güte und Marktwert nicht dem hygienischen Wert entsprach, denn von 50 Proben Molkereibutter I. Sorte waren 16%, von 50 Proben II. Sorte 10% und von 50 Proben Bauernbutter 8% tuberkelbazillenhaltig. Der Grund dafür liegt in dem Umstand, daß in den Molkereien jeweils Mischmilch aus vielen Ställen zu Butter verarbeitet wird und mit der Anzahl der verwandten Milchsorten wächst natürlich die Wahrscheinlichkeit, daß eine tuberkelbazillenhaltige darunter ist und die gesamte Butter infiziert.

Auch Margarine wurde untersucht. Nach Verfassers Angaben werden bei der Margarinebereitung zu 30 kg Oleomagargarine (aus Rindertalg gewonnen) 25 Liter Milch und 25 Liter Wasser, welches die ausgelaugten Bestandteile von 100 g Kuheuter enthält, zugegeben; die Möglichkeit einer Infektion liegt also vor, nichtsdestoweniger wurden in 75 Proben Margarine I. Sorte und in 75 Proben geringer Speise- und Kochmargarine in keinem einzigen Falle Tuberkelbazillen gefunden: ein erfreulicher Beweis für die Sorgfalt und Sauberkeit der in Betracht kommenden Margarinefabriken.

Von 50 Sahneproben enthielten 3 = 6% Tuberkelbazillen; bei 50 Käsequarckproben wurden 2 = 4% tuberkelbazillenhaltig gefunden.

Die Untersuchungen Ebers sind von dem größten allgemeinen Interesse, denn trotz der von Koch vertretenen Auffassung (Londoner Tuberkulosekongreß 1901 und Zeitungsnachrichten zufolge auch auf dem diesjährigen Tuberkulosekongreß in Washington), daß Rindertuberkulose für den Menschen ungefährlich sei, ist man heute doch allgemein von der Uebertragungsmöglichkeit überzeugt. Die Rindertuberkulose muß deshalb mit allen Mitteln bekämpft werden, einmal weil sie die Landwirtschaft enorm schädigt und dann, weil sie den Menschen anstecken kann. Staat, Landwirt und Konsument sollten gemeinschaftlich diese höchst wichtige Aufgabe in Angriff nehmen.

2. Der Autor berichtet über folgenden Fall: Bei einer Patientin trat 10 Tage nach einer normalen, spontanen Geburt eines gesunden Kindes Temperatursteigerung auf 40,2° und Schüttelfrost ein und es wurden 30 ccm Antistreptokokkenserum Höchst eingespritzt. Die Temperatur sank darauf in drei Tagen zur Norm zurück. Am 15. Tage trat allgemeines Urticariaexanthem, am 21. unter Fieber Schwellung des rechten Schultergelenkes ein; dann wieder normale Temperatur. In den folgenden drei Wochen setzte zweimal ein bedrohlicher Herzkollaps ein. Klemperer führt diese Erscheinungen von Herzschwäche auf Anaphylaxie zurück (cf. diese Zeitschrift Nr. 29), da Patientin vor drei Jahren mit Diphtherieheilserum geimpft war. Ich möchte mich dieser Ansicht nicht ohne weiteres anschließen. Wenn man im Tierversuch mit der Reinjektion von Pferdeserum 3 Jahre wartet, so erhält man keine anaphylaktische Reaktion mehr und dabei werden doch im Tierversuch viel größere Dosen von Serum verwendet; außerdem pflegen Zeichen von Anaphylaxie viel prompter einzutreten als in dem geschilderten Falle. Jedenfalls läßt sich aus der einen Beobachtung kein bindender Schluß für Heilserumanwendung ziehen.

3. Töpfer untersuchte ein neues, „Morbicid" genanntes Desinfektionsmittel, welches aus Formaldehyd und Seife zusammengesetzt, sich vor dem Formalin durch geringere Aetzwirkung, geringere Giftigkeit bei gleich guter (in der Wärme 40° stärkere) Desinfektionswirkung auszeichnet. Es ist dem allerdings sehr schwach wirksamen Lysoform weit überlegen, ob es sich jedoch in der Praxis einführen wird, kann nur die Praxis entscheiden.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum,** Berlin.

1. **Ueber die moderne Prostatahypertrophiebehandlung.** Von E. F. Chomolka. Wien. med. Wochenschr., 1908, Nr. 36/37.

2. **Ueber ein malignes Myom der Haut.** Von K. Zieler. Arch. d. Deutsch. pathol. Gesellsch., April 1908.

3. **Maladie de Duhring avec localisation bucco-laryngée et conjunctivale.** Von J. Garrel. Revue hebdomadaire de laryngologie, 19. Sept. 1908.

4. **Ueber eine St. Galler Mikrosporie-Epidemie.** Von R. Zollikofer und O. Wenner. Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 17.

5. **Kongenitale Lues und progressive Paralyse.** Von Chr. Müller. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

6. **Das Collessche und Profotasche Gesetz im Lichte der modernen Serumforschung.** Von J. Bauer. Wiener klin Wochenschrift, 1908, Nr. 36.

Public

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

7. **Tabes und Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung.** Von Fritz Lesser. Berl. klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 39.

8. **Ueber die Biersche Stauungs- und Saugbehandlung in der Venerologie.** Von A. Svanda. Wien. med. Wochenschr., Nr. 36.

1. Die idealste Behandlung der Prostatahypertrophie ist nach Chomolka die Totalexstirpation. Verf. tritt hier besonders für die transvesikale Methode ein. Die anderen Operationsmethoden, wie die Genitalmethode und die Bottinische Methode verwarf er vollständig. Sehr oft ist in der Praxis die bloß palliative, fast symptomatische Behandlung möglich.

2. Es handelt sich bei dem von Zieler beschriebenen Fall von malignem Myom der Haut nicht um Uebergang in Sarkom, sondern es bestehen alle Uebergänge typischer Muskelzellen bis zu großen Riesenzellen ohne die für Sarkome charakterische fibröse Zwischensubstanz. Der Tumor saß auf der Wange einer 67 jährigen Frau, kirschgroß, braunrot, hatte sich aus einer warzenartigen Bildung entwickelt. Die Geschwulst charakterisiert sich als maligne durch das deutliche Einwuchern der Myomzellen in das komprimierte Kutisgewebe.

3. Garrel beschreibt einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring, bei dem vor allem auch erythematöse und bullöse Erscheinungen der Schleimhäute vorhanden waren.

4. Zollikofer und Wenner berichten über eine Mikrosporie-Epidemie in St Gallen. Es handelte sich um das Mikrosporon lanosum, das von Katzen übertragen worden war. Diese M. lanosum-Epidemie ist für die Schulen nicht besonders gefährlich und kann ohne Röntgenstrahlenbehandlung bekämpft werden. Die Behandlung muß erstens eine ständige Reizung der Kopfhaut erzielen, ferner müssen die Haare gelockert werden. Dazu gehört andauerndes Feuchthalten durch Umschläge, Salben oder Pflaster. Als Salben werden hauptsächlich weiße Präzipital-, Resorcin und Naphthol benutzt, zu Umschlägen 5 proz. Sodalösung.

5. Gerade durch die Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion haben wir gesehen, daß in fast allen Fällen von Tabes und Paralyse Syphilis vorausgegangen ist. Die Anamnese läßt aber dabei oft im Stich. Müller zeigt an der Hand von drei Fällen, bei denen Paralyse im 42. bzw. 43. bzw. 53. Lebensjahre auftrat, daß auch die hereditäre Lues gelegentlich im höheren Alter noch Paralyse veranlassen kann.

6. Wenn man bisher immer noch debattierte, ob Tabes und Paralyse mit Syphilis in Zusammenhang steht, ist durch die Forschungsergebnisse der Wassermannschen Reaktion diese Frage jetzt sicher gelöst in dem Sinne, daß eigentlich in jedem Fall von typischer Tabes oder Paralyse Syphilis vorausgegangen ist. Es handelt sich heute für uns um das Problem, wie hängen Tabes und Paralyse mit der Syphilis zusammen. Lesser vertritt den Standpunkt, daß die positive Reaktion auf das Nochvorhandensein von syphilitischem Virus deutet. Bei Paralyse ist in allen Fällen die Serumreaktion positiv, bei Tabes in 82,6%. Hier ist das luetische Virus nicht in allen Fällen mehr aktiv, hat aber zu den tabischen Veränderungen geführt. So lange die Reaktion positiv, muß so lange die Hg- oder Jodkur fortgesetzt werden, bis sie negativ wird. Der negative Ausfall der Reaktion bietet den Fingerzeig, daß der Luetiker nicht Gefahr läuft, Paralyse oder Tabes zu bekommen. Es wird sich also durch die Blutuntersuchung eventuell die Häufigkeit des Ausbruches von Tabes und Paralyse herabsetzen lassen.

7. Durch die Wassermannsche Serumreaktion sind wir nicht nur in den Stand gesetzt, die Diagnose der Syphilis in manchen Fällen präziser zu stellen, sondern auch verschiedene bisher noch offene Fragen der Syphilisforschung zu klären. Bis in die neueste Zeit bestand die Regel, daß eine Mutter, die ein syphilitisches Kind zur Welt bringt, gegen Lues immun ist, ohne Lues acquiriert zu haben (Collessche Regel). Die serologische Untersuchung hat in allen Fällen ergeben, daß in diesen Fällen nicht eine Uebertragung nur durch das Sperma ohne Infektion der Mutter stattgefunden hat, sondern daß die Mutter auch infiziert ist, wenn auch nie Erscheinungen beobachtet worden sind. Die kongenitale Lues ist also stets eine materne. Aehnlich verhält es sich mit dem Profetaschen Gesetz, das besagt, daß gesunde Kinder syphilitischer Mütter immun sind gegen syphilitische Infektion. Die sekundären Erscheinungen der hereditären Lues werden sehr häufig übersehen. In einer größeren Zahl von Fällen scheinbar gesunder Kinder war die Serumreaktion positiv. Das hat seine praktische Bedeutung vor allem auch, wenn es sich darum handelt, für ein Kind eine Amme zu beschaffen, wo es sich einerseits darum handelt, das Kind vor einer luetischen Amme zu schützen oder umgekehrt.

8. Die Biersche Methode verkürzt bei der Behandlung des Bubo enorm den Heilungsverlauf. Sie bietet den Vorteil, daß sich jede schmerzverursachende Manipulation außer dem eventuell unter Chloräthyl ausgeführten Einschnitt vermeiden läßt. Die Methode ist ferner sehr einfach und erspart Verbandmaterial. Sie ermöglicht vor allem auch ambulatorische Behandlung. Ferner sind alle Fälle von Bubo dieser Behandlung in vier verschiedenen Modifikationen zugängig.

Die Biersche Methode befriedigte Svanda bei der Behandlung der Epididymitis weniger. — Ganz besonders gute Dienste leistet die Methode bei der gonorrhoischen Kniegelenksentzündung.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle,** Charlottenburg.

1. **Die operative Behandlung der otogenen Fazialislähmung.** Von Dr. Alt. Monatsschr. f. Ohrenhlk., XLII, Heft 6.

2. **Die Borsäurebehandlung bei Mittelohreiterungen.** Von Dr. Dölger. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 33.

3. **Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege.** Von Dr. Gleitsmann. Archiv f. Laryngologie, Bd. XXI, Heft 1.

4. **Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei Scharlach.** Von Killian. Zeitschr. f. Ohrenhlk., LVI. Bd., Heft 3.

5. **Aspirierter Zwetschenstein.** Von Dr. Schmidt. Ibidem.

6. **Die Frage der Radikalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren.** Von Dr. Sendziak. Oesterreichische Aerztezeitung, 1908, Nr. 16.

1. Fazialislähmungen finden sich im Anschluß an schwere Mittelohreiterungen meist bei Cholesteatom durch Usur des Canalis Fallopii. Granulationswucherungen um den Nerven, Druck durch Sequester des Labyrinthes, Narben können nicht selten die Ursache sein. Verletzungen des Nerven bei Ohroperationen führen gleichfalls in einer Reihe von Fällen zu langdauernder Fazialislähmung.

Glücklicherweise ist der Fazialis außerordentlich regenerationsfähig, und oft kann man noch nach Jahren eine vollständige Wiederkehr seiner Funktion beobachten. Ist jedoch jede Hoffnung darauf geschwunden, so kann man versuchen, sie auf operativem Wege wiederherzustellen durch die sogenannte Nervenpfropfung. Der Nervus hypoglossus wird freipräpariert und mit dem peripheren Teil des Fazialis verbunden (Methode Faure-Furet). Der Erfolg ist im großen und ganzen ein guter, wenngleich er durch sekundäre Lähmung und Atrophie der entsprechenden Zungenhälfte nicht unerheblich beeinträchtigt wird.

Alt hat in einem Falle von Zerstörung des Fazialis auf 2 cm durch einen Labyrinthsequester eine solche Nervenpfropfung mit zufriedenstellendem Erfolg ausgeführt. Wo aber der Nerv nicht auf so weite Strecken zerstört war, versuchte er mit bestem Erfolge, einer Anregung von Kümmel und Stacke folgend, eine andere Methode. Der Canalis Fallopii wurde nach exakter Blutstillung durch sorgfältige Unterbindung und reichliche Adrenalinanwendung freigelegt, eventuelle Fissuren des Kanals aufgesucht, der Kanal eröffnet, der Nerv breit freigelegt, gegebenenfalls aus dem Kanal herausgehoben, von Cholesteatommassen, Granulationen etc. gereinigt, aus eventuellen Narben gelöst und wieder in den Kanal zurückgelegt. In anderen Fällen bei erheblicherem Defekt wurde ein Katgutbündel (nach Gluck und Bernhardt) zwischen die Stümpfe gebracht. Seine sehr erfreulichen Erfolge zeigen einmal, wie außerordentlich gut sich Nerven regenerieren, zeigen aber auch andererseits einen schönen Triumph der operativen Otologie in Fällen von entstellenden Paresen, denen wir bisher machtlos gegenüberstanden.

2. Die von Bezold empfohlene Behandlung der akuten und chronischen Mittelohreiterungen hat sich allseitig Anhänger erworben. Doch da immer wieder von berufener Seite der Borsäure der Vorwurf gemacht wird, sie veranlasse durch Verklebung mit dem Eiter Retentionen und verursache so leicht sekundäre Entzündungen am Warzenfortsatz, so kam Dölger auf die Vermutung, die verschiedenen Resultate könnten durch Verschiedenheit der Präparate bedingt sind. Die von ihm veranlaßten Versuche ergaben nun, daß 6 verschiedene Proben eine Lö-

sungszeit von 30 Sekunden bis 4 Minuten 30 Sekunden hatten. Da es aber natürlich auf gute Löslichkeit der Präparate besonders ankommt, so lehrt dieser Versuch, daß nur beste Borsäure verwendet werden soll bei exakter Anwendung der Bezoldschen Vorschriften: Ausspülen des Ohres mit warmer 4 proz. Borsäurelösung, Lufteintreibung durch die Tube, sorgfältige Austrocknung des Gehörganges mittels Wattestäbchen, Einstäubung fein pulverisierter Borsäure in mäßiger Menge, Watteverschluß.

3. Die Behandlung der lokalen Tuberkulose der oberen Luftwege zeitigt immer bessere Erfolge, zumal wenn die Kardinalforderung, die Behandlung des gesamten Organismus, genügende Berücksichtigung findet.

Von Medikamenten haben sich Ferromonochlorphenol, Phenolsulforicinicum, Kreosotsalicylpflaster dauernd bewährt neben der allgemein gebrauchten Milchsäure. Aus Körners Klinik sind gute Erfolge bei Jodkaligebrauch gesehen worden, Holländer gibt Jodkali in Verbindung mit Kalomel. Gute Erfolge sah Gleitsmann, ebenso wie Onodi und Rosenberg von dem Tuberkulin.

Große Triumphe feiert auch auf diesem Gebiete die operative Therapie, angefangen von der von Grünwald empfohlenen tiefen Galvanokaustik bis zu dem radikalen Kürettement nach Landgraf-Krause.

Die Strahlentherapie, wie die Finsen-, Röntgenbestrahlung, das Radiumlicht, werden viel angewandt, und besonders beim Lupus werden sehr zufriedenstellende Erfolge berichtet.

In letzter Zeit wieder besonders empfohlen wird Holländers Luftkauterisation speziell bei Larynxtuberkulose nach vorhergehender Laryngofissur.

4. Zwei Fälle von Nebenhöhleneiterungen bei Scharlach, von denen einer starb, der andere durch eingreifende Operation geheilt wurde, geben Killian Veranlassung, weitere Fälle eigener Beobachtung und in der Literatur berichtete zusammenzustellen. Diese insgesamt 25 klinisch beobachteten Krankengeschichten lehren, daß Nebenhöhlenerkrankungen bei Scharlach relativ oft vorkommen. Meist handelt es sich um leichtere Affektionen. In schweren Fällen kann es zu einer Rhinitis fibrinosa kommen, ja schwere ulzeröse Prozesse mit tiefen Zerstörungen des Knochens sind beobachtet worden, die auf die Nebenhöhlen übergriffen und in einer Reihe von Fällen zum Exitus führten infolge Durchbruches nach den Meningen.

Die Erkrankungen der Nebenhöhlen beginnen vom etwa fünften Krankheitstage an, sind fast immer mit starkem lokalen Schmerz verbunden, worauf oft unter der Wirkung der schweren Allgemeinerscheinungen wenig geachtet wird. Sie können, wie auch sonst die akuten Empyeme, glatt zurückgehen, oder aber, in etwa der Hälfte der Fälle, werden die Erscheinungen stärker und können die oben angedeuteten verhängnisvollen Komplikationen machen. Das regionäre Oedem, der lokale Schmerz, das hohe Fieber bei Verlegung und Eiterung der Nase weisen auf die schwere Sinuserkrankung hin. Trübungen des Bewußtseins, Kopfschmerz, Erbrechen, Pulsveränderungen deuten auf eine drohende Beteiligung der Meningen, Schüttelfröste auf eine beginnende Thrombosierung des Sinus longitudinalis durch Infektion von der Stirnhöhle aus.

Die Sinuisitis scarlatinosa kann spontan ausheilen, hat aber meist die Tendenz nach außen fortzuschreiten. In schweren Fällen kann natürlich nur die von Preysing inaugurierte radikale Operation das bedrohte Leben retten.

5. Fall von Fremdkörper in der Lunge, insofern bemerkenswert, als der Stein, der nach den physikalischen Erscheinungen im rechten Hauptbronchus vermutet wurde, von Schmidt dort bei zwei Bronchoskopien nicht gefunden werden konnte. Eine dritte Bronchoskopie durch Killian zeigte den Fremdkörper im linken Hauptbronchus. Nach Vermutung des Verfassers ist er mit dem Bronchialrohr am Stein vorbeigegangen (? Ref.), derselbe wurde später mobil und gelangte in die Trachea, wo er einen Erstickungsanfall auslöste. Durch die noch ungeschwächte Inspirationskraft der linken Lunge wurde er dann in den linken Bronchus hineingezogen, wo er bis zur definitiven Entfernung verblieb.

Wegen offenbarer eitriger Infektion und schlechten Allgemeinbefindens des Patienten hatte Schmidt Streptokokkenserum mit gutem Erfolg injiziert, bevor die letzte Bronchoskopie gemacht wurde.

6. Sendziak gibt eine dankenswerte Uebersicht über die Erfolge der operativen Behandlung des Larynxkarzinoms. Als Leitschnur seiner Ausführungen dient das Wort Virchows: „Ist der Krebs in seinem Beginne und oft noch sehr lange ein örtliches Leiden, so muß es möglich sein, ihn in dieser Zeit örtlich zu heilen.“

S. stellt 1002 Fälle zusammen, von denen 57 auf endolaryngealem Wege, 303 mittels Laryngofissur, 224 mittels partieller Resektion, 416 mittels totaler Exstirpation des Kehlkopfes operativ behandelt wurden. Die besten Resultate quoad vitam et recidiv gibt in beginnenden Fällen die Laryngofissur. Bei fortgeschrittenen oder bei gewissen zum Fortschreiten tendierenden Fällen ist die halbseitige oder totale Exstirpation die souveräne Methode, welche besonders von Gluck in technisch vollendeter Form ausgebildet ist. In allen Fällen hängt der Erfolg natürlich in erster Linie von der möglichst frühzeitigen Diagnose ab, damit der günstige Zeitpunkt nicht ungenützt vorübergeht.

Varia.

Ist der dauernde Zichoriengenuß sicher absolut unschädlich? Von Dr. Horwitz, Nürnberg. Zeitschr. f. neuere phys. Med., 1908, Nr. 10.

Die Autoren (Chemiker, Hygieniker, Aerzte etc.) sprechen sich seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis heute fast einstimmig in meist außergewöhnlich scharfen Worten gegen die Verwendung des Zichorienabsudes aus. Die früher enorm häufigen Verfälschungen sind heute noch lange nicht verschwunden. Vortr. zitiert eine Anzahl neuerer absprechender Urteile und widerlegt dann die wenigen Autoren, die hiermit nicht übereinstimmen. Wenn der Zichorie auch die Herz und Nerven anregenden und demgemäß auch diese Organe evtl. schädigenden Substanzen vollkommen fehlen, müssen doch, zumal nach Boruttaus experimentellen Arbeiten, die reichlich vorhandenen und dem Körper in einfach gelöstem, elektrolytisch dissoziiertem Zustande zugeführten Kalisalze als das Herz schädigend angesehen werden. Vortr. selbst hat sein Augenmerk hauptsächlich auf die Verdauungsorgane gerichtet und gefunden, daß Zichorienzusatz zum Kaffee besonders bei nervösen Magenstörungen aller Art, bei Störungen, die mit Superazidität einhergehen, bei Magengeschwüren, Magenkatarrhen mit verschiedenerlei Sekretionsverhältnissen, endlich akuten und chronischen Darmkatarrhen verschiedener Art schlecht vertragen wird. Die durch Zichorie hervorgerufenen Beschwerden (Magendrücken, Sodbrennen, saurer Geschmack im Munde, selbst Uebelkeit und Brechneigung, sowie selbst Durchfall) verschwanden mit Weglassung der Zichorie, um umgekehrt wieder aufzutreten. Diese Erfahrungen stimmen nicht nur mit denen anderer Autoren (aus neuester Zeit z. B. Rosenheim u. a.) überein, sondern auch mit Boruttaus Experimenten, nach welchen Zichorienabsud die Magenverdauung beträchtlich stört unter gleichzeitiger Erzeugung von Superazidität — in gesundheitsschädlichem Grade —, während der hohe Kaligehalt, „die Wertlosigkeit in bezug auf Anregung und Nährstoffgehalt, endlich der unangenehme . . . . Geschmack und Geruch“ den Vorzug der Zichorie hundertfach aufwiegen, ein voller schmeckendes, dunkleres Getränk zu liefern. Vortr. resumiert, daß mindestens bei den recht zahlreichen Individuen, deren Magen- und Darmkanal ein wenig reizbar ist, der dauernde Zichoriengenuß eine erhöhte Reizbarkeit leicht hervorrufen kann, die „den Boden für ernstere Störungen bereiten hilft“ (Rosenheim) und allmählich auch ihrerseits Beschwerden macht.

Autoreferat.

Immer wieder um das Quecksilber! Von Dr. E. Klein, Berlin. Archiv f. phys.-diät. Therapie, 1908, Nr. 9.

Verfasser hat sowohl in Gemeinschaft mit Schweninger als auch selbständig unter Hg-freier Behandlung zahlreiche, selbst rezidivierte Iritiden vollständig und ohne jede Synechie heilen sehen, sowie zwei schweren, trotz anderweitiger Hg-Behandlung fast ganz erblindeten Fällen von Iridochorioiditis non luetica das Sehvermögen wieder verschaffen können.

Es trat nun ein Patient mit frischem zentralen Skotom des rechten Auges auf luetischer Basis in seine Behandlung, den er durch einen Fachmann bestätigen ließ, daß es nach der herrschenden Lehrmeinung nur eine, nämlich Hg-Behandlung für sein Leiden gebe.

Kl. versuchte aber auch hier, ohne Hg auszukommen, gestützt auf folgende Ueberlegung: „Eine plötzlich, mit Aufhören der Funktion einsetzende Umlaufstörung im rückwärtigen Augenabschnitt muß binnen Stunden wieder in die Wege geleitet, binnen Tagen völlig behoben sein, da sonst das Gefüge und der Aufbau der Elemente in unabsehbar schwerer Weise geschädigt würde. Die Fähigkeit, diese Arbeit zu leisten, traue ich dem Hg nicht zu; wenn es eine wirksame Methode gibt, dann kann es nur die mit einer allgemeinen Herabsetzung des Umlaufdruckes verbundene lokale Hyperämisierung sein.“

Die Verordnungen bestanden in zweimal täglichem Baden der Augen in möglichst heißem Fencheltee zum Zwecke der örtlichen Hyperämisierung, Beibehaltung der bereits früher wegen des Grundleidens verordneten wöchentlich dreimaligen, wechselnden heißen Sitz-, Bein-, Armbäder, bis zum Schweißausbruch zu gebrauchen, danach nachts eine feuchte Kaltpackung, an den Zwischentagen eine ebensolche Ganzpackung, gemischte trockene Kost, Enthaltung von jeglichem Getränk und allen flüssigen Nahrungsformen bis zur äußersten Grenze der Erträglichkeit des allenfalls eintretenden Durstgefühls.

10 Tage nach Beginn dieser Behandlung wurde augenärztlicherseits völliges Geschwundensein des Skotoms, Sehschärfe fast $^{6}/_{6}$, festgestellt.

Epikritisch bespricht Verfasser „die mitigierte Zwischenstellung des merkuriellen Rationalismus“, der nur dann Hg anwenden will, wenn symptomatische Veränderungen einen wichtigen Zusammenhang der Gewebe oder eine unentbehrliche Funktion zu zerstören drohen (Befallenwerden von Kehlkopf, Gaumen, Nasenbein, Auge, Herz, Gehirn) oder wenn besondere Rücksichten zur schnellen Fortschaffung der Symptome drängen.

Es müsse der Beweis erbracht werden, daß auch diese reservierten, besonders schweren Fälle ohne Hg behandelt werden dürfen, ja müssen, nicht weil das Hg ein Gift sei, sondern weil es für die Behandlung der Lues nicht das leiste, was von ihm erwartet werde.

„Hier müssen diejenigen einsetzen, denen Erfahrung, Stellung oder sonst ein Vorteil die Möglichkeit und Fähigkeit gewähren, den größeren Verantwortungen ruhig entgegenzutreten. Es muß der Ausbau und das Bekanntwerden von Methoden gefördert werden, die ebenso gut wie das Hg imstande sind, hartnäckige oder bedrohliche Veränderungen zum Schwinden zu bringen, sich dabei aber als adäquater Bestandteil der notwendigen, in erster Reihe zu berücksichtigenden Allgemeinbehandlung einfügen.“

Esch-Bendorf a. Rh.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Sabromin, ein neues Brompräparat.** Von weiland Geh. Med.-Rat Prof. Dr. J. v. Mering-Halle. Med. Klinik, 1908, Nr. 38.

2. **Dr. Hoffmanns Castoreumbromid.** Von Dr. Lücke-Wiederau. Therapeutische Neuigkeiten, September 1908.

3. **Unterchlorigsaures Natron als Desinfizienz.** Von Dr. Egon Hartung. Med. Klinik 1908, Nr. 39.

4. **Ueber Behandlung mit Pyozyanase bei Diphtherie, Scharlach und Anginen.** Von Stabsarzt Dr. Saar. Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 36.

1. Nachdem v. Mering in Gemeinschaft mit Fischer das Kalksalz der Monojodbehensäure, das sogenannte Sajodin, der Therapie zugänglich gemacht hatte, lag es nahe, auch die entsprechenden Bromverbindungen der hochmolekularen Fettsäuren darzustellen. Jedoch erwies sich das monobrombehensaure Calcium als zu wenig wirksam. Erst in dem dibrombehensauren Kalk fand v. M. ein Mittel, das in seiner Wirkung auf das Nervensystem den Bromalkalien nicht nachstand. Er nannte das Präparat in Anlehnung an Sajodin „Sabromin“. Dasselbe enthält 29—30% Brom und ist ein farbloses, völlig geruch- und geschmackloses Pulver, das gern genommen und gut vertragen wird. Versuche an Tieren haben seine völlige Unschädlichkeit selbst bei großen Dosen erwiesen. Man gibt das Sabromin, das auch an einer größeren Zahl ambulanter und klinischer Kranker bei Hysterie und Neurasthenie in ihren verschiedenen Formen erprobt wurde, am besten zu 1-2 g ungefähr 1 Stunde nach dem Essen. Die Wirkung tritt nicht so rasch ein wie bei den Bromsalzen, ist aber protrahierter. Unangenehme Eigenschaften, insbesondere Bromismus hat v. M. nie gesehen. Für gewöhnlich wurden 2- bis 3 mal täglich 1 g, meist früh, mittags und abends 1 g, in einigen Fällen nur abends 1—2 g 1 Stunde nach dem Abendessen verabfolgt. Es wurden aber auch bis zu 6 g täglich längere Zeit hindurch gegeben. Am praktischsten bewährten sich Tabletten zu 0,5 g, die in Röhrchen zu 20 Stück in den Handel gebracht werden. Die Resorption derselben im Magen wird befördert dadurch, daß man die Tabletten vor dem Verschlucken kaut.

Da im Bromkalium 67%, im Sabromin nur 30% Brom enthalten sind, so ist der therapeutische Erfolg durch weit geringere Bromdosen mit letzterem Präparate erzielt. Ueber den therapeutischen Wert gibt v. M. noch kein abschließendes Urteil ab; leider wurde er vom Tode dahingerafft, ehe seine Arbeiten über dieses neue Präparat zu einem Abschlusse und zu einer sicheren Bewertung gelangt waren.

2. L. empfiehlt „Dr. Hoffmanns Castoreumbromid“, das als Sal. bromat. effervescens c. Valerian. et Castor. verschrieben wird, weil es bei einer Reihe von epileptischen Anfällen prompter wirkte, als das gewöhnlich verordnete Brom in seinen verschiedenen Dosierungen. Dieses „Dr. Hoffmannsche brausende Brom-Baldrian-Castoreum-Salz“ wird übrigens mit und ohne Eisen abgegeben. Es soll auch eine analeptische Wirkung entfalten. Als Hypnotikum steht es dem einfachen „Erlenmeyer“ mit Castor. Canadense nicht nach, bedeutet vielmehr einen Fortschritt. Man gibt 2—3 mal täglich ½—1 Meßglas, d. h. 1—2 Teelöffel des Salzes in einem halben Glase Zuckerwasser, rührt nach 1 Minute um und trinkt während des Brausens. Das Eisenderivat enthält 1% Eisencitrat. $^{1}/_{1}$ Glas kostet 2,50 M., ½ Glas (ohne Meßglas) 1,50 M. Die Hauptniederlage und Fabrikation hat die Schwan-Apotheke in Breslau VIII.

3. Unterchlorigsaures Natron ist nur in wässeriger Lösung bekannt, und zwar sind es wässerige Lösungen von Natriumhypochlorit und etwas Natriumkarbonat und etwas Natriumchlorid. Dem Apotheker sind bei der Herstellung einige Vorschriften in der Pharmakopoe gegeben, die wir hier übergehen können. Die Eigenschaften des Präparates sollen folgende sein: Klare, farblose oder schwach gelbgrüne Flüssigkeit von schwachem Geruch nach unterchloriger Säure, die rotes Lackmuspapier erst bläut, dann entfärbt. Man verschafft sich möglichst frische Präparate und bewahrt sie in einer gut geschlossenen, vor Licht geschützten, schwarzen Flasche auf. Früher wurde das Mittel in der Medizin häufiger angewandt, als Gurgelwasser, gegen syphilitische Geschwüre. Heute ist es in der Medizin kaum bekannt und im Gebrauch selten geworden, wie H. glaubt, mit Unrecht, da es ihm gute Dienste erwiesen hat. Er wandte es in 1,6 proz. Lösung, also mit einem Gehalt von 0,5—0,8% Chlor, an bei eitrigen, jauchigen Wunden, z. B. inoperablen Karzinomen, alten Osteomyelitiswunden, lange eiternden Empyemwunden mit Pyozyaneusinfektion, tuberkulösen Fisteln. Durch die Abspaltung von unterchloriger Säure resp. Chlor wird der üble Geruch durch den schwachen Geruch genannter Säure verdeckt. Wie Tierversuche ergaben, ist das Mittel relativ unschädlich. Denn ein Kaninchen zeigte erst nach Injektion von 19½ Spritzen einer 1,6 proz. Lösung von unterchlorigsaurem Natron innerhalb 6 Tagen Vergiftungserscheinungen, erholte sich aber nach Aussetzen der Einspritzungen sehr schnell. Beim Menschen hat H. bei so vielfacher Anwendung keine Vergiftungserscheinungen gesehen. H. hebt die günstige Wirkung des Mittels bei stark verunreinigten Wundflächen hervor, die sich bald säubern und mit frischroten Granulationen bedecken, und bei Mischinfektionen mit dem Pyozyaneus. Er machte Umschläge mit unterchlorigsaurem Natron mit 0,5 proz. wirksamem Chlorgehalt (also eine Lösung von 1,6 g auf 100 Wasser), und zwar täglich, oder jeden zweiten oder dritten Tag. Ueber die Behandlung von Abszessen mit Injektionen des Mittels sind die Beobachtungen noch nicht abgeschlossen.

4. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Pyozyanase wurde an dieser Stelle schon wiederholt berichtet. An der zweiten medizinischen Klinik der Charité hat Stabsarzt Dr. Saar die Pyozyanase auch bei Scharlach und Anginen, neben der Diphtherie, angewendet und faßt seine Erfahrungen in folgenden Leitsätzen zusammen: „Die Pyozyanase ist entsprechend ihrer experimentell studierten bakteriziden Eigenschaft ein ausgezeichnetes lokal wirkendes Mittel zur Behandlung von Anginen, die durch Streptokokken, Staphylokokken und Diphtheriebazillen hervorgerufen sind. Da eine giftbindende (antitoxische) Wirkung auf das Diphtherietoxin nicht zu den Eigenschaften der Pyozya-

nase zu gehören scheint, so ist die Pyozyanase bei Diphtherie neben dem Heilserum anzuwenden. Jedoch ermöglicht die Pyozyanasebehandlung vielleicht eine geringere Dosierung des Heilserums. Bei erwachsenen Diphtheriekranken macht die Pyozyanasebehandlung bei rechtzeitiger Anwendung die Serumtherapie überflüssig.“

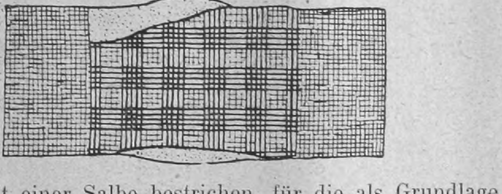
Der Erfolg war bei den Diphtheriefällen überraschend; die Membranen lösten sich in kurzer Zeit vom Rande her. Sehr prompt wirkte die Pyozyanase in den Fällen von Scharlach, wo starke Halserscheinungen mit Belägen auf den Mandeln und Gaumenbögen vorhanden waren. Hier genügte eine 3—4 tägige Behandlung mit Pyozyanase, um die zum Teil großen diphtherieähnlichen Beläge zum Schwinden zu bringen. Auch drei Fälle von Angina Plaut-Vincenti wurden erfolgreich mit Pyozyanase behandelt. Die Anwendung des Mittels geschah in der Weise, daß vermittelst des beigegebenen Zerstäubers — dieser wurde neben dem Material von der Firma Lingner-Dresden zur Verfügung gestellt — drei- bis viermal täglich eine Zerstäubung vorgenommen wurde. Nach 5—10 maligem Zusammenpressen des Gummiballes, wobei der Strahl möglichst direkt gegen die Membranen gerichtet wurde, mußte der Kranke ausspucken; darauf wurde das Bespritzen wiederholt und die Pyozyanase im Rachen belassen. Während einer halben Stunde nach jeder Besprayung durfte nicht gegurgelt werden. In gleicher Weise wurde die Nasenhöhle, wenn nötig, behandelt. Um Material zu sparen, wurden ganz umschriebene Herde bepinselt. Schwierigkeiten in der Handhabung zeigten sich auch bei Kindern nicht. Der Geschmack soll an Maggi erinnern. Verdauungsbeschwerden nach Verschlucken der Pyozyanase wurden nicht beobachtet. Zum Schluß lenkt Verfasser die Aufmerksamkeit auf die Anwendung des Heilmittels zu prophylaktischen Zwecken bei Typhusepidemien und bei Fällen von Gelenkrheumatismus zur Verhinderung von Nachschüben (Bepinselung mit Pyozyanase).

Technische Neuerscheinungen.

Vulnoplast.

Nach Dr. **J. Benario**, Frankfurt.

Der neue Wundverband Vulnoplast soll die Nachteile, die den bisher im Handel befindlichen Pflastern anhaften, beseitigen und eine ausgiebigere Verwendung des bequemen und handlichen Pflasterverbandes ermöglichen. Der wesentliche Uebelstand des bisherigen Pflasterverbandes ist der, daß die von der Wunde abgesonderten Sekrete nicht aufgenommen werden, sich vielmehr unter dem Pflaster ansammeln und zu Reiz- und Entzündungserscheinungen Anlaß geben. Vulnoplast besteht aus drei miteinander in feste Verbindung gebrachten Schichten. Die unterste, mit der Wunde in Berührung kommende, besteht aus Verbandmull und ist mit einer Salbe bestrichen, für die als Grundlage Gelatine gewählt ist. Diese löst sich völlig in den Wundsekreten und läßt die ihr zugesetzten Medikamente vollständig zur Einwirkung kommen; zudem verklumpt sie nicht mit den Sekreten, so daß die Ablösung des Pflasters schmerzlos und ohne Abreißung der Granulationen vorgenommen werden kann. Als Salbenzusätze können desinfizierende, epidemisierende, austrocknende Medikamente gewählt werden. Hat sich die Gelatinesalbe in den Wundsekreten gelöst, so gelangen diese durch die Maschen eines eigenartig gewebten Mulls in eine über der Mullschicht angeordnete Gazeschicht, von der sie völlig aufgesaugt werden. Ueber der Gazeschicht befindet sich die Deckschicht, die das Ganze zusammenhält; seitlich ist diese, wo sie zur Befestigung auf dem Körper dienen soll, mit Klebemasse bestrichen, während der Rest der Deckschicht unbestrichen und dadurch luftdurchlässig ist. Die Anwendungsweise ist, da ein Handgriff genügt, denkbarst einfach. Zur Behandlung mit Vulnoplast eignen sich alle Fälle der kleinen Chirurgie, Riß-, Quetsch-, Brand-, Nahtwunden, Furunkel; zweckmäßig ist seine Anwendung auch bei Ulcus cruris, als Impfschutz, zur Schonung frischer Wundnarben, und weiter als erster Notverband auch in der Hand des Laien. Von der Vulnoplast-Gesellschaft, Bonn, wird es in Breiten von 4, 6, 8, 12 cm und in Längen von 10 und 50cm, auch in Packungen von 2 und 5 m in den Handel gebracht. Vorrätig sind Präparate mit Acid. boric., Acid. salicyl., Airol, Antipyrin, Chrysarobin, Dermatol, Ichthyol, Jodoform, Isoform, Vioform, Xeroform, Schwefel, Sublimat, Zinkoxyd in entsprechenden Prozentverhältnissen. Nicht imprägniertes Vulnoplast ist 10 % billiger als solches mit Arzneizusätzen.



(Zeitschrift für Krankenpflege, Heft 9.)

Impfschutzverband.

Von Dr. **W. Kaupe**, Bonn.

Auf Grund günstiger Erfahrungen mit dem „Vulnoplast“ bei der Wundbehandlung benutzte Verf. dieses auch als Impfschutzverband, indem er aus Dermatol- oder Xeroformvulnoplast Deckpflaster von entsprechender Größe zurechtschnitt. Die Wirkung der Pflaster war ausgezeichnet, die Pusteln entwickelten sich in normaler Weise, erysipelatöse Erscheinungen blieben aus, beim Nachschautermin klebten die Pflaster noch fest, zwecks Inspektion ließen sie sich teilweise abheben und gut wieder aufkleben, um bis zum Eintritt der Eintrocknung liegen zu bleiben. Niemals traten Reizungen der Haut oder ekzematöse Veränderungen ein. Auf Vorschlag des Verf.'s fertigt die Fabrik eigene Impfschutzpflaster aus 20 proz. Xeroformvulnoplast an, in Größe von 10:8 cm. Die den Xeroformgelatinebausch deckende Schicht ist dabei perforiert, wodurch einer möglichen Wärmestauung begegnet wird, was auch noch dadurch unterstützt werden kann, daß das Pflaster von vornherein nicht straff aufgeklebt wird. M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Der Wert der Rektoromanoskopie für die Erkennung und Behandlung der tiefsitzenden Darmerkrankungen. Von Prof. Dr. J. Schreiber. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten, Bd. I, Heft 1—2. Halle a. S., Marhold. 3 M.

Die mit Rücksicht auf allgemein ärztliche Interessen inaugurierte Bibliothek konnte kaum glücklicher eingeleitet werden als durch vorliegendes Kabinettstück aus der bewährten Feder Schreibers, welcher in seiner „Rektoromanoskopie etc.“ (1903) für die speziell Interessierten ein Standardwork geschaffen und sich mit diesem als den intellektuellen Urheber der modernen Rektoskopie dokumentiert hat. Wenn auch vielleicht auf rein technischem Gebiet hier manche Verbesserungen und Neuerungen in der Folgezeit geschaffen wurden, darf, wie das von anderen Seiten jetzt bisweilen geschieht, Schreibers Verdienst als des Anregers und Aufbauers dieses so überaus wichtigen diagnostischen Gebietes nicht in den Hintergrund geschoben werden.

Dem Leser des 66 Seiten fassenden Essays wird ein klares Bild des Wertes der Rektoromanoskopie der tiefsitzenden Darmerkrankungen aufgerollt und die charakteristischen Zeichen der hauptsächlich in Betracht kommenden Affektionen: Karzinome, Blutungen, Katarrhe, Polypen, Stenosen, Erweiterungen etc. in specie erörtert. Daß vorläufig der diagnostische Wert den kurativen noch überwiegt — wenigstens der Behandlung im Rekto-

Publ

skop! — beweist der Umstand, daß die Therapie auf dem Raum von nur 7 Seiten, wenn auch erschöpfend, dargestellt ist. Zum Schluß werden die Indikationen und Kontraindikationen abgehandelt, nachdem die Technik des Verfahrens beleuchtet wurde. Diese Technik ist so überaus einfach, daß sie jeder beschäftigte Arzt üben sollte; denn natürlich nur in der Deutung der an und für sich leicht zu erhebenden Befunde liegt die Schwierigkeit; demjenigen, dem an der Hand der Schreiberschen Publikationen und eigener Arbeit diese Deutung oft gelingt, wird in der Rektoromanoskopie — wenn er überhaupt dazu inkliniert — eine Quelle großen Vergnügens an der Zunahme seines Könnens und Wissens finden. Pickardt-Berlin.

Die Eigengesetzlichkeit des Lebens. Eine neue Lehre vom Leben und von der Krankheit. Von Dr. Kleinschrod. Langensalza 1908, Beltz. 108 Seiten gr. 8°. (Nach einem Eigenbericht.)

Kleinschrod stellt drei Gesetze auf: 1. Grundgesetz des Lebens : Das Leben hebt mittelbar oder unmittelbar die mechanischen Gesetze der leblosen Welt auf. 2. Dazu ist ein eigenes Prinzip notwendig, das Lebensprinzip. Lebensprinzip ist, was ein mechanisches Prinzip aufhebt. Das Lebensprinzip ist nicht nach dem Gesetz der mechanischen Körper, sondern nach dem der „Individuen“ oder der lebendigen Körper tätig, d. h. als ein Subjekt. Damit ist der prinzipielle Unterschied gegenüber dem mechanischen Prinzip in der kausalen Tätigkeit nachgewiesen. 3. Auch in der energetischen Tätigkeit ist ein prinzipieller Unterschied. Es läßt sich zeigen, daß das energetische Prinzip des Lebens dem der leblosen Welt gerade entgegengesetzt ist. Hier werden aktiv immer lebendige Kräfte in Spannkräfte, im Leben aktiv immer Spannkräfte in lebendige Kräfte umgewandelt. Durch diese aktive Umkehrung können die mechanischen Gesetze aufgehoben werden. Die Summe der Energien ist dieselbe, aber der Inhalt des energetischen Prinzips ist ein anderer.

Die Umwandlung findet im Protoplasma statt. Das Protoplasma ist das energetische Prinzip des Lebens, das dem der leblosen Substanz gerade entgegengesetzt ist.

Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden. Kl.'s Ausführungen gipfeln in einer von ihm aufgestellten Schöpfungstheorie. —

Das an derartige Betrachtungen verwandte „heiße Bemühen“ dürfte, so lange das „Ignorabismus“ seine Geltung besitzt, ziemlich überflüssig sein. Man kann die Lebenserscheinungen auch ohnedem beobachten, anerkennen und rationell verwerten (Ref.). Esch.

Hygiene der Kleidung. Von Prof. Dr. med. H. Jaeger und Frau Anna Jaeger. Stuttgart 1906, Moritz. 3,— M.

In gemeinverständlicher und dabei doch wissenschaftlicher Weise werden alle Beziehungen der Kleidung zur Gesundheit des Menschen eingehend gewürdigt. Besonders zu begrüßen ist, daß hier eine Frau sich der Frage der Frauenkleidung mit viel Verständnis und großem Eifer annimmt, denn dieser Teil der Hygiene der Kleidung ist, wie das Verfasser in dem Vorwort mit Recht hervorhebt, eine Frauenfrage. Das Buch verdient weiteste Verbreitung und sollte im Familienkreise recht eifrig gelesen wer- Bilder wie Figur 81—86 dürften bei einer Neuauflage mehr in Aufnahme kommen, während andere im Interesse der Gesamtwirkung wegbleiben dürften; denn gerade dadurch scheint mir die Reformkleidungsbestrebung auf Widerspruch zu stoßen, daß auf wirkliche Schönheit des Kostüms — und ein Kleid soll nicht nur kleiden, sondern auch schmücken — immer noch viel zu wenig Wert gelegt wird. Es ist zwar nach dem ersten vergeblichen Sturmlauf der „Sackkostüme“ schon vieles besser i. e. schöner geworden, sehr zum Vorteil der ganzen Bewegung, aber leider sieht man heute noch viele Reformkleidungen auf der Straße, die direkt abschreckend wirken und sehr zum Nachteile der Einführung einer hygienischen und schönen Reformkleidung den Spott des In- und Auslandes herausfordern.

E. Küster-Freiburg i. B.

Die Geschichte der Kehlkopftuberkulose vor Erfindung des Kehlkopfspiegels. Von Dr. Imhofer-Prag. Carl Marhold-Halle a. S.

Verfasser, der sich mit besonderer Vorliebe mit der tuberkulösen Erkrankungen des Kehlkopfes beschäftigt, hat mit großem Fleiße die Schriften der alten Aerzte durchstudiert und von Hippokrates bis Garcia ein Bild entrollt von dem oft bewunderungswürdigen Arbeiten und Streben der Vergangenheit auf diesem Gebiete. Aus noch älteren Zeiten, von der Medizin der Inder, Aegypter, Juden, Chinesen etc. konnten für das Gebiet der Laryngologie keine Angaben entnommen werden. Erst mit dem universalen Hippokrates beginnt eigentlich eine Kenntnis und Würdigung der Kehlkopftuberkulose. Ueber Galen, die zweiten Größe der Vergangenheit, dem der Autor eine eingehende Würdigung zuteil werden läßt, führt er uns zu den Arabern, der Schule von Palermo und den Scholastikern, ferner zu den Autoren des 16. Jahrhundert, von denen besonders Ambroise Paré hervorgehoben wird, würdigt den verdienten Morgagni und Bichat, aus dem 17. Jahrhundert Sydenham, der schon eine lokale Therapie versucht, Boerhave und viele andere bekannten Namen. Besonders übersichtlich sind die zusammenfassenden Besprechungen und Würdigungen der einzelnen Gruppen von Autoren und ganzer Zeitabschnitte.

Eine Fülle von wertvollen Notizen hat Imhofer aus dem riesigen Material zusammengetragen, und wer sich mit der Geschichte der Laryngologie beschäftigt, wird allen Anlaß haben, auf dieses Buch zurückzugreifen.

M. Halle-Charlottenburg.

Allgemeines.

Verband Deutscher Esperantisten. (Mitglieder in über 150 Orten Deutschlands.) Die Verbreitung des Esperanto. Bei dem großen Interesse, daß sich jetzt überall für diese Weltsprache zeigt, dürfte es unsere Leser interessieren, etwas über die Verbreitung dieser interessanten Sprache zu hören. Der Verfasser des Esperanto ist bekanntlich der russische Arzt Dr. L. L. Samenhof in Warschau, der seine Weltsprache 1887 der Oeffentlichkeit übergab. Lange Jahre machte Esperanto nur sehr kleine Fortschritte, bis die Bewegung seit 1904 in ein schnelleres Fahrwasser kam. Es gab im Januar 1904 116 Esperantovereine, im Januar 1905 deren 188, im Januar 1906 deren 306, im Januar 1907 deren 482 und im Januar 1908 bereits 865 Esperantistengruppen. Bis zum 5. August dieses Jahres war die Zahl der Esperantovereine bereits auf 1057 gestiegen, von denen sich 15 in Afrika, 23 in Asien, 163 in Amerika, 18 in Australien und 838 in Europa befinden. Die meisten Esperantovereine befinden sich in Europa, in Frankreich mit 207 und in England mit 158 Esperantovereinen, denen Deutschland mit 87 erst in weitem Abstand folgt. In Deutschland wird die Esperantosprache von mehreren Verbänden besonders in der letzten Zeit sehr energisch zu verbreiten gesucht, und Kaiser Wilhelm hat sicher zu den letzten Erfolgen des Esperanto mit dadurch beigetragen, daß er sagte, er habe sich davon überzeugt, daß die Einführung des Esperanto bei allen Völkern der Erde keine Phantasterei mehr sei, sondern sich verwirklichen lasse. Esperanto-Auskunftsstellen gibt es nun bereits in 288 Orten der Erde, von denen ich 18 in Deutschland befinden, und von denen die Auskunftsstelle des V. D. E. in Leipzig, Carolinenstr. 12, gegen Einsendung der Selbstkosten von 15 Pfg. in Briefmarken an Interessenten ein Esperantolehrbuch zum Selbstunterricht portofrei versendet.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell**, Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel**, Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich**, Berlin, Prof. Dr. **E. Braatz**, Königsberg. Prof. Dr. **C. Bruhns**, Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard**, Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen**, Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald**, Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger**, Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**, Abbazia, Prof. Dr. **K. Helbing**, Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel**, Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann**, Berlin, Prof. Dr. **G. Jochmann**, Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen**, Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann**, Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner**, Breslau, Prof. Dr. **M. Lewandowsky**, Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer**, Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse**, Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz**, Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch**, Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel**, Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer**, Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**, Berlin, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan**, Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze**, Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna**, Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht**, Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius**, Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther**, Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener**, Aachen, Prof. Dr. **G. Winter**, Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke**, Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz**, Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 25. Oktober 1908. **Nr. 43.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
- A. Bickel, Berlin: Neuere Gesichtspunkte zur internen Therapie von Pankreaserkrankungen 629
- O. Langfeldt, Zell: Aphorismen zur Therapie der Bolus alba 630
- M. Pickardt, Berlin: Preßpiratentum. Honorigkeit von Honoraren 632
- H. Lungwitz, Berlin: Reklamesünden 634

Referate:
- C. Bachem, Bonn: Pharmakologie 635
- Ernst Meyer, Charlottenburg: Lungenkrankheiten 635
- S. Aschheim, Charlottenburg: Gynäkologie und Geburtshilfe 636
- Heinrich Landau, Berlin: Chirurgie 637
- W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie 638
- M. Peltzer, Steglitz: Militärmedizin 639

Mitteilungen über Arzneimittel:
- S. Wahle, Bad Kissingen: Zur Therapie der Rachitis . . . 640
- W. Krüger, Magdeburg: Referate 641

Technische Neuerscheinungen:
- Ludwig Friedmann, Krakau: Ein neues Pessar gegen Uterus- und Scheidenvorfall 642
- Ein neues Schutzmittel gegen die Uebertragung von Krankheiten durch Insekten (Ref.: M. Plien, Berlin) 643

Bücherbesprechungen 627
- Magnus Hirschfeld, Charlottenburg: Jahrbuch für sexnelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität (Ref.: H. Rohleder, Leipzig) 643
- Josef Berze, Ueber das Verhältnis des geistigen Inventare zur Zurechnungs- u. Geschäftsfähigkeit (Ref.: E. Ziemke, Kiel) 644
- Basler, Der Alkoholismus, seine strafrechtlichen und antisozialen Beziehungen und seine Bekämpfung (Ref.: E. Ziemke, Kiel) 644

Allgemeines 644

ORIGINALIEN.

Aus der experimentell-biologischen Abteilung des Königlichen pathologischen Instituts der Universität Berlin.

Neuere Gesichtspunkte zur internen Therapie von Pankreaserkrankungen.

Von Prof. **A. Bickel** (Berlin).

Während bislang die Therapie der einer Diagnose überhaupt zugänglichen Erkrankungen des Pankreas vornehmlich die Domäne des Chirurgen war, beginnt heute mehr und mehr auch der Internist in den Besitz dieses Gebietes miteinzutreten. Einmal ist ja die Diagnostik der Pankreaserkrankungen überhaupt verfeinert worden, indem wir über Methoden verfügen, die uns eine gestörte Funktion des Pankreas mit mehr oder weniger großer Sicherheit erschließen — ich erinnere an die Cammidgesche Harnreaktion, an die Untersuchung des tryptischen Fermentes nach der Gabe der Boldyreffschen Probekost u. dergl. m. —, dann aber hat uns ganz besonders die experimentelle Forschung Wege gewiesen, auf denen wir wohl zu einer internen therapeutischen Beeinflussung der Pankreasfunktionen gelangen können.

Wir müssen, wenn wir von einer Beeinflussung der Pankreasfunktionen sprechen, im wesentlichen zwei Richtungen unterscheiden, in denen das Pankreas zu wirken berufen ist. Die eine Richtung ist durch den Einfluß des Pankreas auf den Zuckerstoffwechsel gekennzeichnet, indem das Pankreas, wie die Beziehungen von Parabiose und Pankreasdiabetes lehren, höchstwahrscheinlich in seinen Langerhansschen Zellen einen Stoff produziert, der die an anderen Orten im Körper gebildeten und nach Eintritt in den Kreislauf einen Diabetes bewirkenden Substanzen paralysiert; die andere Richtung erstreckt sich auf die Saftsekretion des Pankreas im engeren Sinne des Wortes und auf die Wirkungen, welche das Verdauungssekret im Darmkanal ausübt.

Die Gewinnung eines die antidiabetische Kraft des Pankreas enthaltenden Präparates ist schon seit langer Zeit Gegenstand zahlreicher Arbeiten gewesen, ohne daß bis jetzt die Versuche Erfolg gehabt hätten. Letzthin hat noch Zülzer dahinzielende Mitteilungen gemacht, allerdings sind seine Versuche kaum beweiskräftiger, wie die seiner Vorgänger auf diesem Gebiet. Zudem konnten Alexander und Ehrmann zeigen, daß in dem Blute der Vena pancreatica — in welchem Stadium der Drüsenfunktion auch das Blut gewonnen wurde — kein Stoff in solcher Konzentration enthalten ist, daß durch Injektion des Blutes die Zuckerausscheidung bei pankreaslosen Hunden mit Sicherheit unterdrückt werden konnte. Bis heute — das kann man wohl sagen — sind die Versuche einer Therapie des Pankreasdiabetes durch Einführung von etwa vom Pankreas lieferbaren antidiabetischen Stoffen in den diabetischen Körper als gescheitert anzusehen.

Während so hinsichtlich einer therapeutischen Beeinflussung der antidiabetischen Funktion des Pankreas, wie auch hinsichtlich der Versuche, diese Funktion durch Isolierung und Zuführung der wirksamen Stoffe zu ersetzen, die Forschung sich noch im Dunkeln bewegt, sind wir über die Bedingungen und über therapeutische Beeinflussung der eigentlichen Saftsekretion des Pankreas genauer unterrichtet.

Publ

Ich habe kürzlich an anderem Orte auseinandergesetzt, daß wir durchaus Grund haben, beim Pankreas das Vorkommen ähnlicher Sekretionsstörungen anzunehmen, wie wir sie für den Magen kennen. Bestimmte Beobachtungen an Pankreasfistelpatienten deuten darauf hin. Wenn nun auch die pathologische Drüse nicht immer auf die verschiedenen Reize in der nämlichen Weise reagiert wie die normale Drüse, so ist doch die Kenntnis der Sekretionsbedingungen der letzteren die Grundlage, auf der sich die Therapie der Sekretionsstörungen des Pankreas aufbauen muß. So war es zunächst geboten, die Sekretion des normalen Pankreas zu studieren.

Von dem Einfluß, den die Reizung der mit dem Pankreas in Beziehung stehenden Nerven auf seine Sekretion haben, soll hier ebensowenig die Rede sein, wie von den Beziehungen, die zwischen psycho-physiologischen Prozessen (Affekten) und Pankreassaftbildung bestehen; es soll auch nicht untersucht werden, auf welchem Wege, ob reflektorisch oder ob durch direkte Beeinflussung der Drüsenzellen vom Blute aus irgendein sekretorischer Effekt zustande kommt. Von Bedeutung für den praktischen Arzt ist nur die Kenntnis der definitiven Erfolge, d. h. die Kenntnis darüber, welches Resultat die eine oder andere Einwirkung auf die Größe der Sekretion und die Zusammensetzung des Sekretes hat.

Wir wenden zunächst der Diätetik unsere Aufmerksamkeit zu. Es gibt da Nahrungsmittel, welche starke, andere, die schwache Erreger für die Pankreasdrüse sind.

Unter den starken Erregern der Pankreasdrüse nenne ich zunächst Bouillonsuppen in den verschiedensten Konzentrationen. Togami hat jüngst dahinzielende Versuche auf meine Veranlassung gemacht, indem er fertige Bouillonpräparate, wie wir sie z. B. in Maggis gekörnter Fleischbrühe oder Magis Bouillonwürfeln besitzen, in Wasser löste und diese Lösungen von genau dosierter Zusammensetzung verwandte. Es zeigte sich, daß dadurch die Sekretion der Pankreasdrüse stark angeregt wird. Ein starker Erreger ist nach Pawlows Angaben ferner das Brot; Fleisch ruft eine etwas schwächere, aber immer noch hinlänglich kräftige Sekretion hervor. Dagegen bewirken die verschiedenen Gemüsearten, wie z. B. Spargel, Spinat, Mohrrüben, Erbsen, Kartoffeln u. dergl. m. eine recht schwache Sekretion, besonders wenn sie in Breiform gegeben werden. Fett erzeugt nur eine ganz minimale Saftabscheidung; durch den Zusatz von Fett zu anderen, an sich sekretionssteigernden Speisen wird direkt eine Hemmung des sekretorischen Effektes der letzteren hervorgerufen.

Wasser bewirkt eine spärliche Saftabscheidung, während die alkoholischen Getränke sich ähnlich der Bouillon verhalten.

Unter den Mineralwässern regen die Tafelwässer und Kochsalzquellen die Sekretion an, während alkalische Wässer und Bitterwässer einen mehr weniger stark hemmenden Einfluß ausüben. Doch der letztere hängt z. T. von dem Gehalt der betreffenden Wässer an Chloriden ab. Je reicher ein Bitterwasser daran ist, um so größer seine exzito-sekretorische Wirkung. Daher hemmt z. B. Hunyadi-Janos kräftig, während Friedrichshaller Bitterwasser kaum eine hemmende Wirkung erkennen läßt.

Wir kennen heute auch bereits eine ganze Reihe von Medikamenten, durch deren Gabe wir die Pankreassekretion beeinflussen können. Salzsäure steigert die Sekretion, Natrium bicarbonicum, Kodein, Opium hemmen dieselbe, auch Morphium bringt das vorübergehend zustande. Es ist gleichgültig, ob die letztgenannten Alkaloide subkutan oder intragastral einverleibt werden.

Diese kurze Uebersicht läßt erkennen, daß wir es heute schon in der Hand haben, teils durch bestimmte diätetische Maßnahmen, teils durch balneologische oder medikamentöse Mittel die Pankreassaftsekretion zu regulieren. Es wird die Aufgabe zukünftiger Forschung sein, in dieser Richtung weiterzuarbeiten; gerade die Diätetik und die medikamentöse Therapie bedürfen noch dringend eines weiteren Ausbaues.

Es ist ferner Aufgabe einer zukünftigen Forschung, uns darüber zu orientieren, wie sich unter dem Eindruck der verschiedenen Bedingungen Ferment- und Wassersekretion beim Pankreas verhalten. Denn es liegen heute bereits Beobachtungen darüber vor, daß mit einer Vermehrung der Sekretmenge nicht notwendig die Fermentproduktion gleichen Schritt zu halten braucht. Vielleicht hat die Erfahrung, daß große Sekretmengen relativ fermentarm sind, während kleine relativ fermentreich sind, eine generelle Bedeutung. Daneben beanspruchen die Beobachtungen über die Adaptation der Fermentproduktion an die Art der zugeführten Nahrung unsere ganz besondere Aufmerksamkeit.

Wie dem auch sei, mir lag nur daran, an dieser Stelle auf die Fortschritte hinzuweisen, die die interne Therapie der Pankreaserkrankungen zu verzeichnen hat. Wenn bis jetzt auch in erster Linie die Therapie der Pankreasfistel, wie ich nach den Wohlgemuthschen Mitteilungen als bekannt voraussetzen darf, davon einen in die Augen fallenden Vorteil gehabt hat, so bin ich doch darüber nicht zweifelhaft, daß in nicht zu ferner Zeit, besonders wenn die Diagnostik der Pankreaserkrankungen noch weiter verfeinert worden ist, man auch bei anderen Affektionen der Drüse aus diesen Errungenschaften Nutzen ziehen wird.

Aphorismen zur Therapie der Bolus alba.

Von Dr. med. O. **Langfeldt** in Zell.

Einst, im 14., 15., 16., 17. Jahrhundert, war bekanntlich Bolus alba von allen Aerzten hoch geschätzt; mehr und mehr, zuletzt ganz, blieb sie unbeachtet.

Und doch — noch zur Zeit eines Boerhave, Hufeland, Camerarius, Ficinus, Seiler, Weese, Rust, Hildebrand u. a., verdankt, nach dem übereinstimmenden Urteil solcher Autoritäten, das Alaun, $Al_2 3 S O_4$, $Kal._2SO_4 + 24 H_2O$, seine darmstopfende Wirkung seinem Gehalt an „Alaun-Erde“.

Alumen bewirke, so lehrte man, in kleinen Gaben Hartleibigkeit, weil hierbei die Erde zur Wirkung komme, in starken Dosen dagegen Diarrhoe, denn dabei mache die Schwefelsäure und das Kali sich geltend. Die Tonerde des Alauns sei „darmanhaltend“, austrocknend, Feuchtigkeiten absorbierend. Darum habe auch die einst so beliebte Bolus, wie Bolus armena, Bolus rubra, Bolus alba, Terra Lemnia, als sie normal gereicht wurde, gegen Diarrhoe, ruhrartige Ausleerungen, Schleim- und Blutflüsse so gute Dienste geleistet.

Merkwürdig — trotz solchen Lobes benutzte man damals und bis in die neueste Zeit dieselbe nur zur Pillen-Fabrikation, der Alaun dagegen erschien in verschiedensten Variationen, immer in neuen Auflagen. Jetzt hat man bereits deren elf, übergenug für Präparate ohne sehr hohen therapeutischen Wert.

Noch in einem mir vorliegenden Medizinalkalender von 1907 heißt es unter „Therapeutischer Anwendung“ zur Bolus alba: „Zu Pillen (Argent. nitr.).“ In diesem Jahr endlich steht da auch noch: „Gegen Cholera.“

Fast möchte man sagen, wie die alten vor-vor-vorelterlichen Möbel jetzt wieder nachgemacht werden, so kommt dies Mittel, wie auch manches obsolete Kraut, wieder in Anwendung, und zwar nicht bloß gegen die Cholera.

Keinen Grund geben die vorgenannten, noch jetzt hochgeachteten damaligen Autoritäten für die Gebrauchsabnahme der Bolus an. War es wegen einer ihr innewohnenden Schädlichkeit, sicher hätten sie sich bei ihrer pflichterfüllten, bekannten Gründlichkeit darüber ausge-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

sprochen; — aber sie schwiegen. — War ihnen vielleicht die Form nicht recht, war es zu gewöhnlich, zu leicht populär oder antiquiert — wer weiß das zu sagen? — Soviel steht fest: Wirklich stichhaltige Gründe hatten sie nicht, wenn auch ein Apotheker nicht erbaut von dem Mittel sein kann, denn für 100,0 darf er sich nicht mehr als ganze 20 Pfennig berechnen.

Manchen bestimmen solche Ueberlegungen wohl, das Mittel nicht gerne anzuwenden, denn einen gewissen Wert der Beachtung besitzen sie. Ob aber unter allen Umständen, das ist eine andere Frage. Jeder kommt mitunter in so verzwickte Lagen, daß von solchen Rücksichten keine Rede mehr sein kann.

Was will man machen, wenn man ein atrophisches Kind mit schlotternder Haut, dickem, hartem Bauch und armseligster Gestalt vor sich hat, bei dem alle modernsten Mittel in Verbindung mit zweckmäßigster Nahrung den permanenten Durchfall nicht abstellen? — „Ein Mittel, den den Darm zu desinfizieren, besitzt man nicht!“ — Ein wertloser Trost. —

In solchen Lagen aber hat mir die Bolus alba trefflich genützt. Als Beleg mögen zunächst drei kurze Krankengeschichten hier Platz finden.

Am 28. Mai vor. J., vormittags, wurde ich zu dem einzigen, acht Monate alten Sohn des Metzgers H. in U. gerufen. Das Kind hatte das charakteristische Aussehen weit vorgeschrittener Atrophie. In jammernder Tonart winselte es und hatte angeblich auch Nachts nie seine Ruhe.

In der Apotheke erfuhr ich, verordnet sei bereits Tannalbin und alles, was dazu gehört, seit schon drei Monaten, und den hygienischen Anforderungen war die künstliche Ernährung, wie ich hörte, völlig angepaßt worden.

Unter diesen Umständen sah ich mich veranlaßt, nun zur Bolus zu greifen.

Das Kind bekam täglich $1^{1}/_{2}$ gehäufte Eßlöffel auf $^{1}/_{4}$ Liter reines, kaltes Wasser. Es leerte ohne Anstand seinen hiermit gefüllten „Pudel“. Zu meinem Erstaunen hörte ich bei meinem Besuch am anderen Tage, daß das Kind zuerst wieder seit langer Zeit eine wirklich gute Nacht gehabt habe. Diarrhoe sei seit gestern nicht mehr bemerkt worden, auch habe sich kein Erbrechen wieder eingestellt. Das Kind lag zufrieden und ohne Klagetöne. Nur drei Tage nahm es indessen willig diese milchähnliche Mischung, die öfter umzuschütteln ist, um das Absetzen der Bolus zu verhindern. Zum Glück war diese Anwendung auch nicht mehr weiter nötig. Die Besserung war stetig. Nach etwa zehn Tagen war der Bauch nicht mehr auffallend Zdick. Seine Härte hatte er schon früher verloren. Zwei Monate später wurde ich wieder zu diesem Kinde gerufen. Es lag sterbend an Broncho-Pneumonie bei Keuchhusten und war 1 Stunde nach meinem Besuch tot — bei wohlgenährtem Körper.

Der zweite Fall betrifft einen $2^{1}/_{2}$jährigen Knaben, Sohn des Malers Z. i. U. Er hatte, als ich ihn am 10. September vor. Jahres besuchte, seit unbestimmt langer Zeit — ca. 12 Wochen — Diarrhoe, Erbrechen häufig, und Appetitmangel. Das Kind war abgemagert und so matt, daß es fast stets lag. Fieber fehlte, doch konnte ich mich des Verdachtes auf Darmtuberkulose nicht ganz enthalten. Nach achttägiger, üblicher Behandlung trat keine Aenderung ein. Nun nahm ich Bolus, täglich 2 Eßlöffel. Bei meinem nächsten Besuch, nach zwei Tagen, sagte mir die Mutter, ihr Sohn habe seit gestern keinen Durchfall, auch habe er nicht mehr erbrochen und bekomme nun Appetit. Das Kind gebrauchte zur Sicherheit noch eine Woche Bolus. Die Krankheit war gehoben. Das Kind erholte sich schnell.

Der dritte Fall betrifft den einjährigen Sohn des Bauern S. in O. Am 10. Jan. d. J. kam dies Kind in meine Behandlung; es war sehr rachitisch und atrophisch-magendarmkrank. Phosphor in Lebertran wurde hartnäckig verweigert und auch erbrochen; Bolus, $1^{1}/_{2}$ Eßlöffel täglich, wurde gut eine Woche hindurch genommen. Der Erfolg war vorzüglich. Schon am dritten Tage war der vorher unheimlich harte, dicke Bauch weich und bald nicht mehr übermäßig dick.

Ferner habe ich die Bolus auch bei zwei Säuglingen wegen akuten Magendarmkatarrhs mit schnellem Erfolg angewandt.

Bei Erwachsenen habe ich Bolus ebenfalls dreimal bisher angewandt. Auch hier waren die Erfolge gut.

Zwei Fälle davon betreffen Kassenkranke. Von diesen litt Andreas B. in O., 44 J. alt, an Dünndarmkatarrh, als ich ihn am 2. Juni vor. J. in Behandlung bekam. Er war ziemlich abgemagert, nach bereits seit zehn Wochen bestehender schleimiger Diarrhoe. Die gewöhnlichen Mittel, darunter medikamentöse Eingießungen, änderten fast nichts.

Mitte Juni bekam er dann Bolus, täglich 4 Eßlöffel in $^{1}/_{2}$ Liter Wasser. In der nächsten Kassenstunde, nach einer Woche, behauptete er, sich nun ganz gesund zu fühlen, seine Krankheit sei gehoben. Weitere Beobachtung bestätigte die Wahrheit seiner Angabe, und er nahm seine Arbeit wieder auf, welche er noch jetzt ungestört betreibt.

Der andere Kassenkranke, Jakob Z. in B., 47 J. alt, war im Laufe von drei Jahren von mir viermal wegen Gallensteine behandelt worden, unter Anwendung der üblichen Verbindung von Podophyllin mit Kalomel und einem Carminativum. Er lag jedesmal mehrere Wochen. Als er am 10. Dezember vor. J. wieder einen Anfall hatte, bekam er neben diesem Mittel auch Bolus.

Dies zu tun hatte mich der Gedanke veranlaßt, daß die Entzündung der Gallenblase mit sekundärer Steinbildung jetzt als Folge eines Bakterien-Transferts aus dem Darm angesehen wird. Die gemachten Erfahrungen hatten mir die Bolus als vorzügliches darmbakterizides Mittel erwiesen, und so hoffte ich damit die eigentliche letzte Ursache der Cholelithiasis zu zerstören.

Wirklich kam der Kranke diesmal viel früher als sonst aus seiner schmerzhaften Lage und fühlte sich nachher auch freier als sonst. Daß dies nur Zufall war, kann ich nicht ganz glauben, denn ein ähnlicher Fall reagierte ebenso günstig nach — um nicht zu sagen auf — Bolus.

Fräulein L. in Z., 30 J. alt, litt seit zwei Jahren an Gallensteinen. Ganz frei von Schmerz war sie selten. Im Dezember vorigen Jahres gebrauchte sie ebenfalls Podophyllin mit Kalomel. Es besserte sich der Zustand in einer früher nicht erlebten Weise erst, als sie Mitte Januar Bolus angewandt hatte. Sie bedarf jetzt keiner Mittel, denn sie fühlt sich wohl, wie gesund.

Bei zwei anderen Erwachsenen, die an chronischer Diarrhoe litten, versagte indessen die Bolus. Die Ursache dieser Krankheit ist eben sehr verschieden, und es wäre zu viel verlangt, daß ein einziges Mittel in allen Fällen gut wirkt.

Was an Nebensymptomen bei Bolusgebrauch vorhanden sein könnte, vermag ich nicht zu sagen, mir sind solche nicht bekannt geworden. Hartleibigkeit trat in keinem Fall ein, Durchfall leichter Art aber bei der Gallensteinkranken, den man wohl auf Rechnung des Podophyllin und Kalomel bringen kann. Der Appetit war in keinem Fall gestört. Der Geschmack wird anfangs als „komisch“ angegeben, doch tritt bald Gewöhnung ein. Widerwillen dagegen habe ich nicht beobachtet. Er trat bei Kindern erst später ein.

Näheres mag indessen die Klinik feststellen, ebenso sei die Eruierung des Modus der Wirkung von Bolus auf Bazillen der Laboratoriumsarbeit überlassen bleiben, denn Theoreme ohne Handhabe experimenteller Erfahrung sind des Lesens kaum wert.

Preßpiratentum. Honorigkeit von Honoraren.

Zur Reform der medizinischen Publizistik.

Von Dr. **Max Pickardt** (Berlin).

Wie uns im Sommer, wenn wir lange Zeit unter der Temperatur und der Spannung der atmosphärischen Elektrizität geseufzt haben, ein Gewitter als eine Erlösung erscheint, so gibt es auch auf dem Gebiete sozialer Fragen Ereignisse, die ein uns drückendes Gefühl des Ungewissen, des Unterderdeckeschlummerns plötzlich ablösen, indem sie Klarheit schaffen. Ein einziger, wenn auch kalter Schlag, genügt: der Anfang ist gemacht. In dieser Beleuchtung erscheint mir die Tätigkeit, welche der Verein der medizinischen Fachpresse seit einer Reihe von Jahren zur Herstellung des rationellen Verhaltens der an der medizinischen Publizistik Beteiligten zu inaugurieren bemüht ist. Wir alle, die wir berufsmäßig zur Belehrung und Erbauung aktiv oder passiv uns mit ärztlichen Journalen beschäftigen, kennen eine ganze Reihe von Mißständen, welche sich, seit die Zahl der Publikationsorgane und damit der Publikationen sich so immens vermehrt hat, eingeschlichen und festgesetzt haben; aber, wie so oft im Leben: der einzelne scheut sich, sie urbi et orbi auszusprechen, sei es, weil es ihm überhaupt unangenehm ist, sich in die Oeffentlichkeit zu flüchten, sei es, weil er auch nur den Schein vermeiden will, als ob er anderen persönliche Vorteile neidet, die sie aus einer Tätigkeit, die er für sich selber perhorresziert, gewinnen, sei es, weil er nicht in sich die Kraft fühlt, solche Fragen vor einem größeren Forum durchzufechten. Der Schaden wird dann größer, indem er unbehelligt bleibt; der Schleier der Geheimnisse wird aber dann schließlich doch an irgendeiner Stelle durchbrochen, und die Folge kann sein, daß auch die Nichtauguren, das Laienpublikum, von diesen Dingen erfahren und sie wahrlich nicht zum Nutzen ärztlicher Autorität — zumal mit Unterstützung der Tagespresse — breittreten und ausbeuten.

Und hier eben bereitet sich der Segen jener Institution vor, von der wir oben sprachen, der Vereinigung der medizinischen Presse. Sie darf und kann in die Wespennester stechen, weil sie am meisten Kenntnis hat von den Vorgängen hinter den Kulissen und außerdem, weil sie, korporativ auftretend, nichts riskiert und gleichzeitig die große Macht hat, durchzusetzen, was sie als Recht, als Norm proklamiert.

Zu den Fragen, deren Inangriffnahme und Lösung mir stets als eine der erwünschtesten erschienen ist, gehört diejenige, die jetzt in Cöln auf der diesmaligen Versammlung der Vereinigung der medizinischen Fachpresse angeschnitten, ja sogar durch Resolutionen bis zu einem gewissen Grade entschieden wurde, die Frage:

Ist die Annahme von Honoraren für Untersuchungen von Arzneimitteln zulässig?

Der Frage liegt folgender Tatsachenbestand zugrunde:

In den letzten ungefähr zwanzig Jahren ist die Zahl der in der Heilkunde, und zwar in allen praktischen Zweigen derselben angewandten oder anzuwendenden Mittel in einem vorher ungeahnten Maße gewachsen; erstens, weil eine viel größere Zahl von Fachmännern (Aerzten, Pharmakologen, Chemikern) sich mit den hierzu nötigen theoretischen Grundlagen beschäftigte, zweitens und hauptsächlich, weil eine Reihe chemischer Fabriken, großer wie kleiner, in der Massenfabrikation derartiger Artikel eine Quelle lohnender Tätigkeit suchte und fand.

Diese beiden Faktoren brauchten einander; sie waren und sind aufeinander angewiesen, um Ideen anzuregen, zu produzieren und die Produkte auf den Markt zu bringen. Es sind also ganz naturgemäß rein kaufmännische Abmachungen zu diesem Beruf in jedem Einzelfalle getroffen worden, nicht selten sogar ausgesprochene Kontrakte stipuliert, durch welche z. B. ein Arzt sich verpflichtet, seine ganze Tätigkeit — auf nicht praktisch ärztlichem Gebiete — in bestimmter Richtung einer bestimmten kaufmännischen Betriebsgesellschaft, Fabrik etc. zugute kommen zu lassen; es liegt dann also ganz genau dasselbe Verhältnis vor, wie zwischen einer chemischen Fabrik und ihren angestellten Chemikern.

Darin hat wohl nie ein vernünftiger Mensch etwas Unfaires, etwas, wie das unschöne Wort lautet, „Standeswidriges“, gefunden. Nun weiter aber hat sich herausgestellt, daß eine Einführung von für die Praxis fabrikatorisch hergestellten Präparaten, wie Medikamenten, Nährpräparaten etc. nicht angängig sei, ohne daß diese von fachmännischer Seite geprüft, begutachtet, empfohlen seien. Aus diesem Grunde haben sich die an eben jener Einführung interessierten Produzenten mit Aerzten in Verbindung gesetzt, die als Leiter oder Besitzer von Instituten, welche die Möglichkeit der Durchführung einer exakten Prüfung gewährten, oder in ihrer Privatpraxis Versuche anstellen konnten und die Resultate dieser Untersuchung zur Verfügung stellten, sie publizierten bezw. zur Publikation überließen.

Unter den hier in Betracht kommenden sind nun drei Kategorien zu unterscheiden: 1. solche, welche ein Honorar für ihre Tätigkeit strikte ablehnen, weil es sich nicht mit ihrer Würde vereinbaren ließe, 2. solche, welche es prinzipiell annehmen, wenigstens nicht zurückweisen oder sogar vorher stipulieren, aber ihren Kollegen gegenüber leugnen, daß sie so verfahren.

In meiner Eigenschaft als langjähriger Assistent an großen meiner Eigenschaft als langjähriger Assistent an großen Instituten, ferner durch persönliche Liebhaberei für die Grenzgebiete zwischen Medizin und Chemie, durch reichhaltige Bekanntschaft mit Fabrikanten, Großhändlern einerseits, mit Kollegen andererseits, ferner durch eine mehrjährige Tätigkeit als Redakteur einer medizinischen Zeitschrift bin ich in der Lage, für alle diese drei Kategorien nicht unbeträchtliche Zahlen von Vertretern aufzustellen, und kann versichern, daß die von Nr. 3 das Uebergewicht haben. Nun möchte ich aber keineswegs diesen Herren, oder wenigstens allen diesen, einen Vorwurf machen, denn es ist die Möglichkeit zuzugeben, daß sie glauben, gewisse Rücksichten nehmen zu müssen; was anzuklagen ist, ist m. E. das Vorurteil, das bei einer Reihe Berufener und Unberufener in dieser Hinsicht besteht, daß es nämlich mit der dem Aerztestande eigenen Standesehre nicht vereinbar sei, Geld für diese Leistungen zu nehmen.

Warum dieses? Worin besteht überhaupt eine besondere „ärztliche Standesehre“? — Wir alle oder die übergroße Mehrzahl von uns — so große, daß die Ausnahmen numerisch gar nicht in Betracht kommen — arbeiten, um Geld zu verdienen; daß wir mit unserer Tätigkeit Humanität üben, daß wir unsern Mitmenschen helfen, daß wir auch im gegebenen Falle hierfür von Honorar absehen und uns freiwillig mit dem Dank der Patienten und unserer Freude über gelungene Erfolge begnügen, ist unsere, des Einzelnen Privatsache; aus welchem rationellen Grunde nun soll eine Arbeit, die wir — ganz abgesehen davon, daß sie in letzter Linie doch auch der leidenden Menschheit zugute kommt — leisten, die sich auf unserm Interessen- und Wissensgebiete bewegt, und die ausschließlich einer von uns Wissenden leisten kann, weniger fair sein; aus welchem ersichtlichen Grunde sollen wir für eine ehrliche, anständige Arbeit andere Bedingungen stellen, d. h. travailler pour le roi de Prusse als Angehörige anderer Berufsarten, noch dazu solcher, die uns durch gesellschaftliche, soziale Bildungsverhältnisse gleich und nahe stehen? Welcher Anwalt denkt auch nur entfernt daran, ein Gutachten für eine große Gesellschaft umsonst anzufertigen, die dieses für ihren Vertrieb verwertet, usw.?

„Anständige“ Arbeit — da liegt der Hase

im Pfeffer! Denn es ist keinem Eingeweihten ein Geheimnis mehr, daß die Medaille auch eine Kehrseite hat, daß dieses Aufeinanderangewiesensein von Industrie und Sachverständigen, von dem wir oben sprachen, eine Art Raubrittertum, ein, wie ich es nennen möchte, „Preßpiratentum“ gezüchtet hat, das sich höchst widrigerweise jahrelang breitgemacht hat. Ich kann eine Reihe Namen nennen und bin bereit, sie, wenn gewünscht, zu veröffentlichen, von Aerzten, welche ganz gewerbsmäßig Publikationen veröffentlichen, denen jegliche materielle Basis fehlt außer der, die sie ihren Forderungen betreffs Honorar zugrunde legen. Diese Herren verfuhren so: Sobald ein neues Präparat etc. angekündigt wurde, schrieben sie an den intellektuellen Urheber oder an die produzierende Fabrik, daß sie bereit seien, Versuche mit diesem Mittel anzustellen und dafür — entweder pro beobachteten Fall oder als Pauschquantum — ein gewisses Honorar beanspruchten. In auffallend kurzer Zeit wurde dann ein meist stilistisch nicht ganz ungeschickt abgefaßtes — denn die Uebung macht den Meister — Elaborat eingesandt, das in der medizinischen Presse abgedruckt wurde. Für einen Teil solcher Aufsätze ist der strikte Nachweis zu führen, daß ihre Verfasser in der gegebenen Zeit gar nicht so viele Fälle behandelt haben, als sie anführen. Hiervon wurden Separatabdrücke bestellt und auf die Aerztewelt losgelassen, die jahrelang täglich solche fliegenden Blätter auf dem Schreibtisch vorfand; das nahm derart überhand, daß viele ernsthafte Kollegen sie einfach in den Papierkorb beförderten, weil sie sich außerstande erklären mußten, die Spreu vom Weizen zu sondern. Die Fabriken brauchten solche Reklame, die Zeitungen hatten einen erklecklichen Gewinn, weil die gut bezahlten Abdrücke bisweilen bis hoch in die Tausende gingen.

Was Zeitschriftenverleger aus solchen Gründen sich erlaubten, habe ich am eigenen Leibe erfahren, als vor einer Reihe von Jahren ich einer unserer größten Zeitschriften eine rein wissenschaftliche Arbeit über ein Ferment einreichte; der Abdruck verzögerte sich aus mir unbekannten Gründen, als schließlich mir eines Tages die Fabrik, die das Ferment herstellt und der ich einen Abdruck meines Manuskriptes einschickte — aus purer Höflichkeit, denn von einem Honorar ist weder vorher noch nachher je die Rede gewesen — mitteilte, daß die Verlagshandlung das Erscheinen des Aufsatzes davon abhängig machte, ob die Fabrik einen Inseratauftrag darauf gäbe. Auf das sofortige energische Einschreiten des Redakteurs und meinerseits erging dann mit einem großen Entschuldigungsschreiben die höfliche Antwort, daß es sich nur um „einen unberechtigten Eingriff eines untergeordneten Beamten des Verlags“ gehandelt hätte.

Das hat nun allerdings zwar nicht ganz aufgehört, aber ist doch erheblich eingeschränkt worden.

In diese Interessenwirtschaft hat die Vereinigung der medizinischen Fachpresse, in die nur die gut empfohlenen Leiter der medizinischen Journale nach einer gewissen Karenzzeit aufgenommen werden, eine Bresche geschlagen, indem sie eine „schwarze Autorenliste“ anlegte von eben jenen Preßpiraten, die allen Mitgliedern zur Verfügung steht; kein Mitglied darf von solchen Herren ein Manuskript abdrucken. Keine große Fabrik gibt solchen Herren weiter Aufträge. Nun bleiben allerdings noch viele kleine Fabriken übrig, die solche Manöver zu brauchen scheinen, manche dieser Autoren sind noch nicht genügend gewürdigt und beleuchtet worden, aber im wesentlichen ist eine Art Säuberung vorgenommen worden. Von diesen Leuten also braucht wohl fürderhin unter uns keine Rede mehr zu sein!

Solche Anschauungen aber nun, wie ich sie oben bezüglich der Honorigkeit, Honorare zu akzeptieren, als meine proklamierte, waren oder sind nicht allseitig geteilt. Man zeigte auf die „kleinen“ Autoren mit Fingern, hängte sie und ließ die großen laufen.

In diesen gordischen Knoten, dessen Bestehen vielleicht gar nicht unwahrscheinlicherweise eventuell einmal unsere famosen Standesehrengerichte in Bewegung gesetzt hätte, um Urteile à la zulässige Größe der Schilder oder Anzahl der Annoncen usw. herauszulocken, die den Fluch der „bösen Tat“ durch den der Lächerlichkeit übertrumpfen, hat wiederum der Verein der medizinischen Presse hineingehauen. Auf der vorjährigen Versammlung erhob Kollege C. Oppenheimer die Frage, die unseren Zeilen zugrunde liegt, und das Interesse an ihr war ein so allgemeines, daß ein Ausschuß aus vier Mitgliedern gewählt wurde, welcher es unternehmen sollte, Material zu ihrer Entscheidung herbeizuschaffen. Es erging, nachdem einige Thesen formuliert waren, an eine Reihe deutscher und österreichischer Leiter von Instituten die Aufforderung, zu diesen Thesen bestimmte Stellung zu nehmen. Die eingelaufenen Meinungsäußerungen wurden gesichtet und auf der diesjährigen Versammlung von dem jetzt zum Vorsitzenden der Vereinigung gewählten Herrn Prof. J. Schwalbe in Form eines Resumé vorgetragen. Dieses ist in Nr. 40 vom 1. Okt. d.J. der „D. m. W.“ wörtlich abgedruckt. Wie vorauszusehen war, differieren die Ansichten sehr; gegenüber solchen, die ganz prinzipiell Honorare ablehnen — sie scheinen in der Minderheit zu sein — stehen Träger berühmter Namen, die sie bedingt zulassen und solche sehr berühmter, die sie unbedingt genehmigen — höchst wahrscheinlich also auch für sich stets genehmigt haben und jetzt nur Farbe bekennen mußten.

Die Mehrheit vertrat jedoch den Standpunkt, daß es erstens im Interesse der Fortschritte der Therapie liege, wenn die Wirkung neuer Präparate gründlich studiert werde, und daß zweitens die Prüfung oft so zeitraubend sei, daß man dem Prüfenden die Annahme von Honorar nicht verwehren dürfe. Die Kenntnis der Ansichten der hervorragenden Vertreter seines Faches und sein ethisches Empfinden müssen ihn bei seinem Verhalten leiten.

So sehr die Fachpresse darauf hält, Soldschreiber fernzuhalten, so wenig habe sie das Recht, die Tatsache einer Honorierung als Anlaß zu nehmen, eine Arbeit, die den Charakter strenger Wissenschaftlichkeit trage, abzulehnen. Es wurde anerkannt, daß die Untersuchung neuer synthetisch gewonnener Heilmittel im Tierversuch und in der Klinik nicht nur im Interesse der beteiligten Industrien, sondern ebenso im Interesse des Fortschrittes der theoretischen und praktischen Heilkunde liegt.

Ferner einigte man sich auf folgende Grundsätze:

„Es liegt ebenso im Interesse der beteiligten Industrie wie in dem der Heilkunde, daß nur solide Arbeiten, die das Resultat wirklich durchgeführter, exakter Versuche oder Beobachtungen sind und ohne Schönfärberei dargestellt werden, publiziert werden. Unzuverlässige, beeinflußte oder gar bewußt schwindelhafte Arbeiten über Präparate sind aufs schärfste zu bekämpfen.

Es ist daher Pflicht der Redaktionen, Arbeiten, die in der genannten Beziehung zweifelhaft sind, zurückzuweisen. Ebenso ist jede Arbeit abzulehnen, die der Redaktion von anderer Seite als dem Verfasser selbst oder dem Vorsteher des Institutes, an dem sie gemacht ist, eingereicht wird.

Die Nennung der erzeugenden Firma ist zulässig, ebenso der Bezug von Sonderdrucken zu Propagandazwecken.

Die Bezahlung der Arbeit darf von dem Resultat derselben und von ihrer Publikation nicht abhängig gemacht werden. Einsichtnahme in die Arbeit seitens der Fabrik vor der Drucklegung ist zulässig, ebenso der Vorbehalt der Firma, daß sie eine Publikation der Arbeit nicht zuzulassen gezwungen ist, solange das geprüfte Präparat nicht in den Handel gebracht oder von anderer Seite ein abweichendes Urteil veröffentlicht wird.“

Nun also liegen die Grundsätze fest; eine Reglementierung in wohltuender Form und Aussicht, eine „moralische

Publ

Eroberung". Wenn auch, wie Vischer sagt und Schwalbe zitiert, „das Moralische sich immer von selbst versteht", ist es ein unbestreitbares Verdienst, Vorurteile, welche in bezug auf ethische Qualitäten sich breitgemacht hatten, zu beseitigen. Auf Grund der vorliegenden Beschlüsse wird es noch leichter als bisher möglich sein, die unlauteren Elemente zu brandmarken und auszumerzen; dazu muß jeder unbarmherzig beitragen, der ein Interesse an einer anständigen Publizistik, an der Wertschätzung hat, die die medizinische Presse, die Medizin überhaupt, in früheren Jahren genossen hat und hoffentlich wieder genießen wird.

Und:

„Erlaubt ist, was sich ziemt!"

Reklamesünden.

Von Dr. med. et phil. **Hans Lungwitz** (Berlin).

Ich hatte in der Nr. 41 dieser Zeitschrift bei der Besprechung des Lactagol-Pearson darauf hingewiesen, daß es absolut zu verurteilen ist, wenn sich Firmen der pharmazeutisch-chemischen Branche unter Umgehung des Arztes direkt an das Publikum wenden, um ihre Präparate loszuschlagen. Bei Lichte betrachtet und mit dem richtigen Namen bezeichnet, ist diese Vertriebsweise von Heilmitteln oder sonstwie zu therapeutischen Zwecken verwendbaren Präparaten Kurpfuscherei, die in demselben Moment zu einer Betrügerei wird, wo eine Firma mit Rücksicht auf den „Laienverstand" und nach dem Grundsatze: „Wer dumm ist, muß geprügelt werden" in ihren Anpreisungen Sein und Schein wirr durcheinanderwirft und mit voller Absicht den Wert ihrer Präparate weit über das Maß des Möglichen und Wirklichen hinaus erhebt.

Man muß es von einer Firma, deren Präparate dem Rp. nicht unterworfen sind, verlangen, daß sie, wenn sie überhaupt sich an Private wendet, in ihren Anpreisungen nicht ins Marktschreierische verfällt und Wirkungen ihrer Präparate verheißt, die dem Fabrikanten selbst ein Lächeln abnötigen. Oder aber: Die Firma muß die gute Freundschaft mit den Aerzten opfern. Was soll man z. B. dazu sagen, daß die Firma Max Elb, G. m. b. H. in Dresden, nicht nur an Private, sondern sogar an Aerzte(!!) eine Broschüre abgibt, in der über die Wirkung der Silvana-Bäder-Essenzen folgender Passus (S. 5 unten) enthalten ist:

„Man ist überrascht und entzückt von der großartigen Wirkung eines solchen Bades. Der ganze Körper reckt und dehnt sich vor Wohlbehagen, das Bad wird förmlich interessant, die erschlafften Muskeln beginnen sich zu straffen, und die erschöpften Nerven beleben sich wie die Natur nach einem frischen Mairegen. Ein Wonnebehagen sondergleichen, wie man es nie gekannt hat, erfüllt den gesamten Organismus, und neues Leben durchströmt den Körper, neue Schaffenskraft erfüllt den wie von einem Alp befreiten Geist."

Da hört denn doch sogar die sächsische „Gemiedlichgeid" auf! Die Firma sollte sich doch hüten, solche Ueberschwenglichkeiten in ihre Reklamebroschüre aufzunehmen. Eine Empfehlung ist doch dieser Unsinn keinesfalls; es ist also nicht nur vom moralischen, sondern auch vom geschäftlichen Standpunkt aus falsch, mit solchen Albernheiten ans Tageslicht zu kommen. „Der ganze Körper reckt und dehnt sich" beim Lesen solcher Ankündigungen „vor Wohlbehagen" in dem Gedanken, die Broschüre ihrem wohlverdienten Schicksal zu übergeben, „ein Wonnebehagen sondergleichen, wie man es nie gekannt hat, erfüllt den gesamten Organismus", wenn sich das Supplicium an einer gewissen Stelle vollzieht.

Ich bewundere offen die Kühnheit der Firma Elb, derartige Prospekte sogar an Aerzte zu senden; mir wenigstens hat sie das Elaborat u. a. als „Literatur" gesandt. Wahrscheinlich hat sie mir eine Belehrung zuteil werden lassen wollen darüber, daß die „Ursache unseres heutigen nervösen Zeitalters (sic!!) gerade in der Vernachlässigung der Hautpflege liege", daß also doch wohl durch Silvanabäder diese „Ursache unseres heutigen nervösen Zeitalters" beseitigt und also auch die Wirkung, d. i. „unser heutiges nervöses Zeitalter" aufgehoben werde. Das muß allerdings ein ganz besonderer Saft sein, der ein ganzes Zeitalter aufheben kann! Kein Wunder, daß sich die ersten Autoritäten dafür begeistert haben. Denn auf S. 5 oben finden wir den klassischen Satz, dessen zwingende Logik nicht nur ein ganzes Zeitalter, sondern die Jahrtausende vom Beginn der Philosophie bis zum heutigen Tage über den Haufen wirft:

„Den schlagendsten Beweis aber, daß konsequente Anwendung der Silvana-Bäder zu größeren körperlichen und geistigen Leistungen befähigt, hat der bekannte Forscher, Professor Dr. Griesbach, erbracht, indem er durch exakte Versuche nachgewiesen hat, daß ein Zusammenhang zwischen geistiger Ermüdung und Hautempfindlichkeit besteht. Je größer die geistige und körperliche Ermüdung ist, um so empfindlicher hat sich die Haut erwiesen."

Inwiefern freilich die Versuche Griesbachs über den Zusammenhang zwischen geistiger Ermüdung und Hautempfindlichkeit den „schlagendsten Beweis" für die Anwendung gerade der Silvanaessenzen erbringen, wird dem geneigten Leser leider nicht verraten. Ich glaube es der Firma an der Elbe auch nicht, „daß die konsequente Anwendung der Silvana-Bäder zu größeren körperlichen und geistigen Leistungen befähigt". Ich könnte ihr, wenn das wirklich zuträfe, nur raten, zum Besten ihrer Prospekte recht ausgiebig ihr eigenes Fabrikat zu verwenden; denn ein Prospekt ist die Visitenkarte der Firma, die mehr erkennen läßt als den bloßen Namen. Die Kräuter-Extrakte Silvana „enthalten", wie weiter dem gläubigen Muselmann mitgeteilt wird, „die uns von der Natur gebotenen Heilkräfte unser Wald- und Wiesenkräuter, vor allem die wichtigen aromatischen Stoffe extrahiert und konzentriert". Credat Judaeus Apella! Aber weiter: „In den Silvana-Essenzen ist gewissermaßen der gesamte Heilschatz der Natur und ihr köstliches, natürliches Aroma aufgespeichert." Der gesamte Heilschatz der Natur!! Das ist so praeter propter die gesamte Medizin! Ein gütiges Geschick scheint bisher über der Firma Elb gewaltet zu haben, daß sie derartige frivole Uebertreibungen ungestraft aussprechen und sogar gedruckt verbreiten durfte. Hat sich denn kein Arzt, keiner von den zahlreichen Herren, die in der gleichen Broschüre als Referenzen aufgeführt sind, bisher die Mühe genommen, die Verirrungen der Firma Elb, an denen die paar kleinen Seiten des Prospektes so überreich sind, festzulegen und dagegen Einspruch zu erheben. Sind das überhaupt nur Verirrungen, d. h. unabsichtliche, auf Unkenntnis beruhende Angaben? Wie kann ein Mensch behaupten, in einem Kräuterextrakt sei der gesamte Heilschatz der Natur enthalten?

Wir würden uns mit dieser Angelegenheit nicht befassen, wenn die Firma Elb sich darauf beschränkte, ihre Silvana-Essenzen als Kosmetika in den Handel zu bringen. Sie hat sich aber damit an die Aerzte gewandt, um deren Gutachten einzuholen und preist in ihren jedem Laien zugänglichen Broschüre ihre Präparate unter namentlicher Beziehung auf zahlreiche Aerzte als Heilmittel an. Abgesehen von der psychotherapeutischen Wirkung betont die Firma den günstigen Einfluß auf Hautunreinigkeiten, Kopfschuppen, Haarausfall, Kopfschmerzen, Migräne, Neuralgien, Schwindelanfälle, Barterkrankungen (Sykosis, Trichophytie oder was sonst?) etc.; sie spricht natürlich in Superlativen: Silvanawasser — vorzügliches Mittel. „Die unverdünnte Essenz wirkt bei Gicht, Rheumatismus, Nervenschmer-

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

zen, Ischias, Erkältungskrankheiten durch Einreiben auf die erkrankten Teile außerordentlich schmerzlindernd.“ Ferner eignen sich die Essenzen zum Inhalieren, bei Erkrankungen der Respirationsorgane, Husten, Mandelentzündungen, Bronchialkatarrhen, Verschleimungen, Keuchhusten und asthmatischen Leiden.“

Non multam, sed multa! Es scheint, als ob die Kräuter, aus denen die Silvana-Essenzen bereitet werden, das langgesuchte Kraut, das gegen den Tod gewachsen ist, enthalten. Man merke: Indikationen für irgendein neues Präparat gibt es noch immer genug; man schreibe einfach ein paar hundert Krankheitserscheinungen auf, die möglichst wenig Beziehungen zu den pharmakodynamischen Wirkungen der neuen Errungenschaft haben, und das „Indikationsgebiet“ ist gegeben. Das Publikum denkt nicht, es wird sich im allgemeinen nicht einmal klar darüber, ob es an die Anpreisungen glaubt oder nicht, es kauft! Die Aerzte aber — lassen es sich gefallen, sind zu indolent, zu beschäftigt, zu interesselos!

Wenn man glaubt, daß sich die Firma bei den vorstehenden „Indikationen“ beruhigt hätte, so irrt man. Die Bäume der Firma scheinen tatsächlich in den Himmel zu wachsen — was schon daraus hervorgeht, daß in den Kiefernadelbäder-Essenzen nur das „Oel ausgewählter, auf der Hohen Tatra in Ungarn an der Grenze des ewigen Schnees wachsenden Kiefernarten, welche in einer Höhe von 2000 m destilliert werden (die Kiefernarten!) und sich zu Bädern besonders gut eignen (die Kiefernarten!)“, verwendet wird. Um nun auch insbesondere die Kinder für den Konsum der Bäder-Essenzen heranzuziehen, muß als weitere Indikation die Skrofulose aufgeschrieben werden. Es gibt Silvana-Heilbäder, die ein „vorzügliches Kräftigungsmittel für kleine Kinder“ darstellen, die „für Skrofulöse zu empfehlen“ und als „hautstärkende Kinderbäder“ anzuwenden sind. Wenn man also seinen Kindern für das spätere Leben ein dickes Fell verschaffen will, muß man sie in Silvana-Feldkümmel-Essenz baden. Ich wüßte gern, ob die Firma Elb die diesbezügliche günstige Wirkung am eigenen Leibe erfahren hat.

Bleichsucht und Blutarmut vertreibt man mit Silvana-Stahlbäder-Essenz; die „Kräuter“ zur Herstellung dieser Heilbade-Essenz sind wahrscheinlich Spinat, Grünkohl und anderes grünes Gemüse. Schon durch die erbaulich schöne Bezeichnung besticht die Silvana-Antischweiß-Fußbäder-Essenz gegen übelriechenden (im Gegensatz zum wohlriechenden?) Fußschweiß. Damit ist das Dutzend verschiedener Essenzen zu „Heilbädern“ voll — leider, es fehlt noch eine Silvana-Antihühneraugen-Zehenbäder-Essenz, eine Silvana-Antigeburtsbeschwerden-Unterleibsbäder-Essenz à la Dr. Kleinertz' Quidestin, vor allem aber eine Silvana-Antibrechreiz-Essenz, die jedem gleichzeitig mit der Broschüre zugeht und vor und während der Lektüre zu benutzen ist.

Ein gutes Präparat hat eine so wenig faire Reklame nicht nötig. Eine anfechtbare Art der Lancierung und des Vertriebes läßt immer darauf schließen, daß das Präparat selbst anfechtbar ist. Indes will ich über die Brauchbarkeit der Silvana-Essenzen für psychotherapeutische und kosmetische Zwecke (und nur für diese) kein Urteil abgeben, nur die Ansicht zur Diskussion stellen, daß ein Präparat, das auf so wenig einladende und einwandsfreie Manier vertrieben wird, doch wohl Mißtrauen verdient und seine Fehler haben muß, sei es in der Fabrikation, sei es in der Konzentration und Zusammensetzung, sei es endlich in der Wirksamkeit, die sich bei einem psychotherapeutischen Mittel doch nur mit der denkbar größten Reserve abschätzen läßt.

REFERATE.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Ueber schlimme Zufälle bei der Apomorphinanwendung und über die Beziehung zwischen Würgakt und Muskellähmung.** Von E. Harnack. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 36.

2. **Ueber die Gefahren der Verwendung von sog. Essigessenz.** Von Bleibtreu. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 38.

1. H. berichtet über einige interessante Vergiftungsfälle durch Apomorphin, darunter einen, den er an sich selbst erleben mußte. Um einen verschluckten Fremdkörper wieder herauszuschaffen, injizierte er sich 10 mg Apomorphinsalz subkutan. Es trat bald Erbrechen ein, dem aber eine bedrohliche allgemeine Muskelschwäche folgte. Alle Körpermuskeln befanden sich in einem Zustand absoluter Erschlaffung, nur das Bewußtsein, Atmung und Herzschlag dauerten fort. Einige weitere angeführten Fälle zeigen ebenfalls aufs deutlichste, daß therapeutische Gaben sehr verhängnisvoll werden können, andererseits wurde einmal das 10 fache der Maximaldosis, 0;2 g, überstanden.

Die Ursache dieser schweren Erscheinungen scheint uns nach den Untersuchungen Guinards verständlich zu sein; denn während das kristallisierte Apomorphin psychomotorische Exzitation hervorruft, Kau- und Nagebewegungen und selbst Konvulsionen macht, wirkt das amorphe Salz geradezu antagonistisch und ist viel gefährlicher wegen der Atemlähmung. Es liegt nahe, daß in den beschriebenen Fällen schwerer Vergiftungen ein amorphes Apomorphin oder eine Verunreinigung mit solchen vorgelegen hat.

Im zweiten Teil seiner Abhandlung betrachtet Harnack die Beziehungen zwischen Apomorphin und Muskellähmung resp. Brechakt und Muskellähmung. Weil das Apomorphin Muskelerschlaffung macht, hat man es geradezu als Heilmittel gegen Krämpfe empfohlen, und zwar mit teilweisem Erfolg. Einen geringeren Grad von Muskellähmung kann man beim Akte des Erbrechens beim Menschen beobachten, und diese Muskelerschlaffung durch den Würgakt läßt sich mit einer Art von schnell vorübergehender Vergiftung des Muskels vergleichen. Etwas Aehnliches besteht bei der Seekrankheit, bei der sich gleichzeitig mit Würgen und Erbrechen ein hoher Grad von Muskelschwäche finden kann.

Eine befriedigende Antwort auf die Frage, worin die Muskelschwäche ihren letzten Grund hat, läßt sich zurzeit nicht geben.

2. Mit Recht weist Verfasser auf die schweren Schäden hin, die im Laufe der Jahre bei mißbräuchlicher Verwendung von Essigessenz (80 proz. Essigsäure) bekannt geworden sind. Erst jetzt, nachdem der Verband deutscher Essigfabrikanten 230 Vergiftungen aus den Tageszeitungen zusammengestellt hat, unter denen 132 tötlich verliefen, beginnt unsere Regierung Maßregeln zu ergreifen, die einer leichtfertigen Verwendung der Säure vorbeugen sollen. Selbstmorde hat die Essigessenz weniger auf dem Gewissen, meist handelt es sich um Verwechselungen mit Genußmitteln usw. In dankenswerter Weise hat B. die Literatur um einige (3) weitere Fälle bereichert, von welchen einer letal endigte. Er betraf eine Frau, die zwei Eßlöffel der Substanz geschluckt hatte und nach 24 Stunden der Vergiftung erlag. Das klinische Bild und die Sektion zeigten die bekannten Erscheinungen der Essigsäureintoxikation.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Tuberkulose-Immunblut, Tuberkulose-Immunität und Tuberkulose-Immunblut-(J. K.)Behandlung.** Von C. Spengler. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

2. **Pathogenese und Klinik der Bronchiektasien.** Von A. Bittorf. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1908, Nr. 17.

3. **Das Vorkommen und die Bedeutung halbseitig erhöhter Temperaturen bei Lungenaffektionen.** Von H. Vogel. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 39, S. 2041.

UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

4. **Ueber Diagnose und spezifische Behandlung der latenten endothorakalen Drüsentuberkulose des kindlichen Alters.** Von Dautwitz. Beihefte zur Med. Klinik, 1908, Nr. 9.

1. Es gelang C. Spengler nachzuweisen, daß der Hauptsitz der Tuberkulose-Immunsubstanzen nicht das Blutserum ist, sondern daß vielmehr die Blutzellen die Hauptproduktions- und Anhäufungsstellen sind. Die Untersuchungen ergaben ferner, daß der erwachsene und völlig gesunde Mensch tuberkuloseimmun ist. Verfasser fand aus dem hochwertigen Tuberkulose-Immunblut künstlich immunisierter Menschen und Tiere im aufgeschlossenen Zustande ein hervorragendes Therapeutikum für den tuberkulösen Menschen. Das Präparat, chemisch rein dargestellt, ist frei von Eiweiß und Blutfarbstoff und wird von Spengler J.-K. genannt. Es hat eine direkt antifebrile und bakterientötende Eigenschaft. Die ersten Zeichen der J.-K.-Wirkung sollen Hebung des subjektiven Befindens und der freieren Atmung, Besserung des Appetits, rasche Gewichtszunahme und Absinken des Fiebers sein. Sehr auffallend ist die rasche Verminderung der Tuberkelbazillen. Auch als Diagnostikum soll das J.-K. wertvoll sein. Natürlich darf man bei der J.-K.-Therapie die klimatische, diätetische etc. Therapie niemals vernachlässigen. Leichte Fälle darf man unbedenklich ambulant behandeln; bei schweren Phthisen, selbst bei desolaten Fällen ist oft noch auffallende Besserung, doch tut man gut, hier von Beginn an schon auf die Hebung der Herzkraft zu achten und eventuell dauernd Digalen zu geben. Das Mittel wird subkutan in 1—3 tägigen Pausen gegeben, am besten an der Streckseite des linken Unterarms. Bei Kindern kann man statt der Injektionen perkutane Einreibungen machen. Das Mittel wird hergestellt von Kalle & Co. in Biebrich.

2. Nachdem A. Bittorf in seiner lesenswerten Abhandlung über die verschiedenen Arten, den Verlauf und die Diagnose der Bronchiektasien gesprochen hat, schreibt er zum Schluß noch über die Behandlung derselben. Nur in seltenen Fällen wird eine Heilung des bestehenden Leidens möglich sein, deshalb ist Prophylaxe sehr wichtig, und muß man besonders die chronischen Bronchitiden der Kinder ernsthaft betrachten und behandeln. Bei der Behandlung der Bronchiektasien müssen die Hauptziele sein: allgemeine Kräftigung, Verhütung neuer katarrhalischer und pneumonischer Affektionen, Verhütung fötider Zersetzung, Beschränkung der starken Sekretion, Verhinderung von Stagnation, Beseitigung nachweisbarer kausaler Momente, wie Fremdkörper, Stenosen etc. Die wichtigste Aufgabe ist die Entleerung des Sekretes, wobei oft die sogenannte Quinckesche Schieflage gute Dienste leistet. Von Nutzen kann auch die Anwendung von Atemgymnastik sein. Ueber die chirurgische Behandlung liegt noch kein abschließendes Urteil vor, doch scheinen die bisherigen Erfahrungen nicht besonders günstige zu sein. Auch das Einblasen von Luft in die Pleurahöhle zur Kompression der Lunge hat keine Erfolge gezeitigt. Die Bekämpfung der Expektoration durch Morphium und Kodein ist kontraindiziert, ebenso darf man aber auch mit Expektorantien und Brechmitteln nicht zu weit gehen. Die fötide Zersetzung sucht man durch Inhalieren und innerliche Gaben von Terpentin, Kreosot etc. zu bekämpfen. Zuweilen sollen auch Sauerstoffinhalationen günstig wirken. Komplikationen etc. bedürfen natürlich stets spezieller Behandlung.

3. Vogel prüfte die zuerst von Peter mitgeteilte und von Cornet erwähnte Tatsache nach, daß bei einseitigen tuberkulösen Lungenerkrankungen die erkankte Körperhälfte eine höhere Temperatur zeigte als die gesunde. Er konnte durch seine Beobachtungen die Angabe vollauf bestätigen und fand oft Temperaturdifferenzen bis zu einem halben Grad (stets in der Achselhöhle gemessen). Bei doppelseitigen Lungenerkrankungen war die Temperatur der Seite höher, wo der aktivere Prozeß war. Bei Tuberkulininjektionen traten jedoch umgekehrte Verhältnisse ein, da hier die Temperatur der gesunden Seite höher wurde, als die der kranken. Welche prognostische und diagnostische Bedeutung diesen Temperaturdifferenzen zukommt, müssen noch weitere Beobachtungen zeigen.

4. Dautwitz bespricht die verschiedenen Arten der Diagnose der endothorakalen tuberkulösen Drüsen bei Kindern, wobei er neben anderen auch die Röntgendiagnostik und Tuberkulindiagnose erwähnt. Von der Ophthalmoreaktion nimmt er stets Abstand und bevorzugt die kutane Tuberkulinanwendung nach Pirquet, und wendet auch zuweilen die subkutane Tuberkulininjektion an. Neben einer roborierenden Allgemeinbehandlung kommt bei Kindern mit Drüsentuberkulose noch die spezifische Tuberkulinbehandlung in Betracht. Dautwitz verwendet das Alttuberkulin Koch, eventuell prophylaktisch, zieht jedoch besonders bei schwächeren Kindern das Tuberkulin Beraneck vor, da es angeblich besser vertragen wird. Von großem Nutzen sind auch Soolbadekuren, die in ihrer Wirkung aber noch durch alljährliche Seebadekuren von 3—4 monatiger Dauer weit übertroffen werden. Es ist deshalb dringend auf Errichtung von Kindersanatorien an der See hinzuwirken, sowohl für Kinder aus den unteren Volksschichten wie für Kinder der besseren Stände.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **S. Aschheim**, Charlottenburg.

1. **Ein Beitrag zur traumatischen Schwangerschaftsruptur des hochgraviden Uterus mit Austritt des ganzen Eies in die Bauchhöhle.** Von E. Ehrendörfer, Innsbruck. Arch. für Gyn., 86, 2.

2. **Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Uterusruptur.** Von J. Hartmann, Frauenklinik zu Jena. Zeitschr. f. Geb., LXII, 3.

3. **Experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung der akuten puerperalen Peritonitis.** Von Dr. Zangemeister, Königsberger Univ.-Klinik. Ebenda.

4. **Ueber Symphyseotomie in der Schwangerschaft.** Von Lehmann. Arch. 36, 2.

5. **Die Gefahren und der Nutzen der intrauterinen Injektionen.** Von P. Zweifel, Leipzig. Ebenda.

6. **Ueber klinische Erfahrungen mit der Vaporisation.** Von Dr. Frankenstein. Monatsschr. f. Gyn., 28, IV.

1. Eine III para erlitt im 8. Monat einen Sturz, wonach die Kindesbewegungen aufhörten und Pat. eine Zeitlang krank war. Ad terminum trat die Geburt nicht ein, der Leib wurde kleiner, in ihm eine Geschwulst tastbar, so daß sie sich bei gutem Befinden 2½ Monate nach dem erwarteten Geburtstermin in die Klinik begab.

Die Laparotomie zeigte, daß die Frucht durch den rupturierten Uterus in die Bauchhöhle getreten war; sie wurde mitsamt dem Uterus und Adnexen entfernt; die Rupturstelle saß an der vorderen oberen Wand, durch sie war auch die Plazenta ausgetreten und war an den Rißrändern angeheilt; der Uterus hatte sich völlig involviert und bereits wieder vor der Operation einmal menstruiert.

2. Zu der Frage, ob die Uterusruptur operativ oder durch Tamponade zu behandeln sei, nimmt H. auf Grund von vier Beobachtungen Stellung. Diese Fälle sind:

a) III para, bei der 24 Stunden nach Wehenbeginn der Kopf nicht ins Becken eingetreten war, bei der seit 8 Stunden die Wehen sistierten und Schmerzen im Leibe vorhanden waren, wurde vom Arzt der Kopf der abgestorbenen Frucht perforiert; als die Plazenta nach einer Stunde sich nicht exprimieren ließ, Versuch der manuellen Lösung, hierbei kam der Arzt durch Riß in der Vorderwand in die Bauchhöhle. Transport in die Klinik. Auf Credé hin die Nachgeburt entfernt. Da an der freigelegten Portio ein Riß nicht gesehen wurde, Bettruhe, Eisblase, Opium. Allmählicher Verfall und Exitus sechs Tage später an. Peritonitis. Sektion ergibt das Vorhandensein eines 11 cm langen kompletten Uterusrisses.

b) III para, 2 mal Perforation des Kindes, enges Becken. Fiebernd in die Klinik gekommen, Pubotomie abgelehnt. Abwarten. Temperatur stieg auf 39,7°, Pubotomie, zu der Pat. nunmehr bereit war, ärztlicherseits abgelehnt; ohne daß Kontraktionsring sich zeigte, Uterusruptur, Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Abdominale Totalexestirpation, schwere Rekonvaleszenz, schließlich Heilung.

c) II para enges Becken. Erste Entbindung durch Kaiserschnitt nach Fritsch, da das Kind klein ist, diesmal Abwarten. Plötzliches Aufhören der Wehen; Kind abgestorben, unter den Bauchdecken fühlbar. Puls der Kreißenden gut. Zange; Plazenta manuell geholt, Austastung ergibt, daß der Uterus an seinem oberen Ende total zerrissen ist, im Kavum Darmschlingen. Vaginale Totalexstirpation. Heilung.

d) III para. Wegen starker Blutung hoher Zangenversuch; nach Mißlingen desselben Wendung und Extraktion. Riß in der Vorderwand der Vagina oder Zervix. Tamponade. Transport in die Klinik. Totalexstirpation per vaginam. Heilung.

Aus seinem ersten Fall schließt H., daß man bei Zweifel an der Ruptur austasten soll, da die Prognose ganz schlecht ist, wenn bei Uterusruptur gar nichts geschieht.

H. bespricht dann die Ursache der Ruptur nach vorausgegangenem Kaiserschnitt, ohne in irgendeiner Nahtmethode (Katgut, Seide — Etagennaht mit und ohne Mitfassen der Decidua) prädisponierende Momente erkennen zu können; die Narbe war in seinem Falle schlecht, warum ist unaufgeklärt.

Unter den andern Rupturfällen fand er in einem Vermehrung des Bindegewebes und Verschmälerung der Muskelfasern.

H. bespricht dann unter Anführung der Literatur die Erfolge der vaginalen Totalexstirpation bei Ruptur: 29 Fälle, von denen 15 geheilt werden, 14 starben, von letzteren kommen 6 nur in Betracht, in denen die Operation den ungünstigen Ausgang nicht hat verhindern können.

Unter Vergleich mit anderen Statistiken über Tamponade plädiert H. für die vaginale Totalexstirpation; er schließt mit folgenden Sätzen:

I. Die Behandlung der Uterusruptur nach Abwendung der momentanen durch Blutung bedingten Lebensgefahr ist nicht Sache des praktischen Arztes, sondern des Gynäkologen von Fach.

II. Bei der Behandlung der Uterusrupturen verdient die vaginale Totalexstirpation des rupturierten Uterus eine viel größere Beachtung und Anwendung als bisher; die Resultate der bis jetzt ausgeführten vaginalen Totalexstirpation sind mindestens die gleichen wie bei der aussichtsvollsten andersartigen Therapie. Die vaginale Totalexstirpation des puerperalen Uterus ist technisch leicht auszuführen und befreit die vom Unglück der Ruptur befallene Frau dauernd von der in der Narbe gelegenen Gefahr.

3. Z. hat durch Tierexperimente zwei Fragen geprüft:

a) Wie verhält sich die Heilwirkung eines Antistreptokokkenserums zum Heileffekt, der sich durch die operative Entfernung des primären Infektionsherdes erzielen läßt?

b) Lassen sich diese beiden Heilfaktoren unter Umständen addieren und dadurch ein noch höherer Erfolg erreichen?

Es läßt sich nach seinen Versuchen der an sich schon hohe Heileffekt eines wirksamen Antistreptokokkenserums noch wesentlich steigern durch gleichzeitige Wegnahme des primären Infektionsherdes.

Für die puerperale Infektion schließt er, daß durch gleichzeitige Verwendung von Serum und operativen Entfernung des primären Infektionsherdes (abdominale Totalexstirpation des Uterus) die Aussichten auf Erfolg günstigere werden dürften.

4. L. macht bei einer II para mit engem Becken (erste Entbindung, Wendung, Extraktion, Zange am nachfolgenden Kopf, totes Kind) in der 36. Woche eine Symphyseotomie. 27 Tage später trat die Geburt ein, Kopf trat nicht ins Becken, wurde erst mit hoher Zange durchgezogen; die Symphyse war leicht empfindlich p.p., die Knochenenden standen beim Versuch direkter Verschiebung fest.

Auf Grund dieser Erfahrung rät L. von der Symphyseotomie in der Schwangerschaft ab; ebenso wie er hatte früher Frank mit der Operation Mißerfolg.

5. Der wichtigen Frage, ob Arzneilösungen bei intrauterinen Einspritzungen durch die Tuben in die Bauchhöhle fließen können und in einer gewissen Regelmäßigkeit fließen oder nicht, hat Zweifel erneut seine Aufmerksamkeit geschenkt, indem er vor operativer Entfernung des Uterus Spülungen des Kavum machen ließ. Dabei fand er, daß wässerige Lösungen, die nicht ätzen, nicht reizen und unter der Bedingung, daß jede Anregung zu Zusammenziehungen der Gebärmutter vermieden ist, in der Regel in die Bauchhöhle überfließen; das gleiche taten alkoholische Lösungen unter denselben Bedingungen, ebenso Liq. ferri sesquichlor., selbst wenn die Flüssigkeitsmenge noch nicht 1 ccm betrug.

Aus seinen Versuchen geht mit zwingender Notwendigkeit der Schluß hervor, daß man in das Corpus uteri überhaupt keine ätzende Flüssigkeit einspritzen darf oder nur 2—4 Tropfen, wenn der Abfluß nicht vollkommen gesichert ist.

Um den Abfluß zu sichern, macht Z. daher seine Injektionen mit Liq. ferri durch starre, in den Uterus eingeführte Metallrohre, durch die er einen Wattepinsel zum Aufsaugen der Flüssigkeit nachschiebt. Der unbedingt freie Abfluß des Ueberschusses soll den Eintritt der Flüssigkeit in die Tuben vermeiden. Bei Frauen mit engem Muttermund muß Dilatation vorausgehen. Die Behandlung läßt sich daher nicht mehr in der Sprechstunde ausführen.

Zum Schluß erwähnt Z., daß auf Grund dieser Beobachtungen des Uebertretens von Flüssigkeiten in die Tuben Versuche gemacht wurden, beginnende Tubenentzündungen z. B. mit 2 proz. Argentaminlösungen zu behandeln, jedoch auch nur sehr vorsichtig und nicht ambulatorisch.

6. F. berichtet über die Erfahrungen, die an der Werthschen Klinik in Kiel mit der Vaporisation an 192 Fällen erzielt wurden.

Bei jüngeren Frauen trat in einigen Fällen die (nicht beabsichtigte) Menopause ein, in anderen wurden die Menses auf ein normales Maß zurückgeführt. Bei einer Pat., die später gravide wurde und abortierte, mußte die Plazenta manuell gelöst werden und ergab die mikroskopische Untersuchung Fehlen der Decidua. In 3 anderen Fällen trat Gravidität mit normalem Verlauf ein. Vor der Vaporisation bei jüngeren Frauen warnt Verf. daher, er läßt sie nur als ultima ratio vor der Totalexstirpation gelten.

Die primären Resultate waren in 218 von 223 Fällen gut, 5 Fälle, davon 2 mit Myom komplizierte, hatten keinen günstigen primären Verlauf, 2 hatten fieberhafte Bronchitis, die mit der Vaporisation nichts zu tun hatte, eine einen Schüttelfrost, eine vierte Thrombose und eine fünfte rasch vorübergehende Hirnembolie.

Unter 192 Fällen wiesen 15 einen Mißerfolg auf; 7 Fälle wurden zwei- oder auch dreimal vaporisiert und hatten dann zum Teil Erfolg, in acht unter den übrigen Fällen ist dreimal der Mißerfolg auf später sich entwickelnde Myome zurückzuführen.

Die Dauererfolge waren folgende:

in 82 Fällen = 42,7% endgültige Menopause,
in 46 Fällen = 24% folgte eine kürzere oder längere Menostase, die dann von normaler oder spärlicher Menstruation abgelöst wurde,
in 49 Fällen = 25,5% folgte der Operation schwach bis mittelstarke Menses.

Die große Mehrzahl der Frauen fühlte sich subjektiv gut, 12 Frauen klagten über Ausfallerscheinungen, 8 über Schmerzen.

Bei vorsichtiger Indikationsstellung und sorgsamer Technik verdient die Vaporisation den ihr zugewiesenen Platz zur Bekämpfung klimakterischer Blutungen.

Chirurgie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Heinrich Landau**, Berlin.*)

1. **Zirkuläre Arteriennaht beim Menschen.** Von Martin. Med. Klinik 1908, Nr. 38.

2. **Zur Technik der Extensionsbehandlung.** Von Schrecker. Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 39.

3. **Zur Behandlung schwerer Schußverletzungen der Lunge mit primärer Naht.** Von Hermann Küttner. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.

4. **Die konservative Behandlung der Hodentuberkulose.** Von Egon Hartung. Zeitschrift f. Urologie 1908, Heft 8.

1. Martin vereinigte die bei einer komplizierten Luxation des Vorderarmes samt ihren Venen und ulnaren Kollateralen in der Ellenbeuge zerrissene Arteria brachialis durch direkte Gefäßnaht. Die Entfernung der Enden betrug 3 cm, konnte aber durch Beugung des Vorderarms leicht ausgeglichen werden. Genäht wurde mit fortlaufender Naht, ohne besonderes Instrumentarium (feinste Nadel, Darmnadel, Darmseide); mit durchgreifenden Nähte wurde die Gefäßwand nach außen umgekrempelt und die schnell verklebende Intima lückenlos mit der Intima der anderen Arterienstückes vereinigt (Verfahren nach Carrel-Stich, gerade umgekehrt wie die Lembertsche Darmnaht). Der vorher kühle und weiße Vorderarm wurde allmählich warm; die Heilung war eine vollständige, und die Durchgängigkeit der Nahtstelle konnte später durch Blutdruckmessungen nachgewiesen werden. — Das Stichsche Verfahren der Gefäßnaht hat vor dem Payrschen (Vereinigung der Gefäßenden über Magnesiumprothesen, die resorbiert werden) den großen Vorteil, daß es keines besonderen Instrumentariums bedarf, was besonders bei Unglücksfällen sehr ins Gewicht fällt.

2. Auf der Bardenheuerschen Abteilung wird jetzt statt des Heftpflasters bei Streckverbänden die Heusnersche Klebemasse verwendet: eine Lösung von venetianischem Terpentin (beste klare Sorte; die billigere Sorte der Pharmakopoe klebt nicht) in Spiritus 1 : 2 wird mit einem Zerstäuber auf die Extre-

---

*) Unser geschätzter Mitarbeiter ist vor kurzem leider einem Unfall erlegen. Die Referate über Chirurgie hat Herr Prof. Dr. Helbing, Berlin, freundlichst übernommen.

Publ

mität aufgesprayt und dann ein 8—10 cm breiter Streifen rauhen Woll- oder Baumwollstoffes (Buckskin, Barchent, Biber) zu beiden Seiten in üblicher Weise angelegt, nachdem Knöchel usw. durch glattgefaltete Gazelagen (nicht Watte!) vor Druck geschützt sind. Der Streifen wird mit einigen Bindetouren festgewickelt unter leichtem Andrücken und kann sofort mit einem Gewicht von 20 kg und mehr belastet werden. Der Heusnersche Verband ist viel billiger als einer aus Heftpflaster, er ist schnell zu improvisieren (Parfüm-Zerstäuber!) und hat die große Annehmlichkeit, daß er leicht und schmerzlos abgenommen werden kann.

3. Die Auffassung der Lungenschüsse ist heute eine andere als früher, wo sie sich, was Heilungstendenz anlangt, eines weit besseren Rufes erfreuten, als sie in Wirklichkeit verdienen. Man weiß aus einer großen Statistik von Garrè, daß nur etwa 60% bei zuwartender Behandlung heilten; mehr als 40% starben; auch dauert die konservative Behandlung sehr lange, muß mit Nachblutung, Empyem und anderen Gefahren rechnen und schließlich können ihre Erfolge durch Schwartenbildung, Thoraxschrumpfung und Herzverlagerung sehr beeinträchtigt werden. Der Hauptgrund gegen die operative Behandlung der Lungenschüsse war jedoch die Gefahr des operativen Pneumothorax, eine Gefahr, die heute durch die Methoden der Druckdifferenz beseitigt ist. Küttner hat in der Sauerbruchschen Kammer einen fast die ganze Pleurahöhle füllenden Bluterguß nach Revolverschuß unter breiter Eröffnung des Thorax entleert, Ein- und Ausschuß vernäht und die Wunde nach kräftiger Aufblähung der Lunge luftdicht verschlossen. Die Wirkung des Eingriffes war ganz auffallend; der Kranke, vorher schwer zyanotisch und nach Luft ringend, wachte mit ganz normaler Atmung aus der Narkose auf und war nach weniger als 4 Wochen völlig geheilt worden, während ein gleichzeitig konservativ behandelter Lungenschuß, mit an und für sich leichterer Verletzung, 78 Tage in der Klinik bleiben mußte, und schließlich infolge der oben erwähnten Folgeerscheinungen in sehr schonungsbedürftigem Zustande entlassen werden konnte. Küttner zieht aus seinen und anderen bisher mit Glück operierten Fällen den Schluß, daß bei Druckdifferenzverfahren auch schwerste, scheinbar aussichtslose Schußverletzungen der Lunge operativ angegriffen werden können. Unter dem Schutze des Ueber- oder Unterdruckverfahrens kann man sich aber auch dazu entschließen, selbst längere Zeit nach der Verletzung einen starken Bluterguß, der nicht aufgesaugt wird und Schwartenbildung befürchten läßt, durch Thorakotomie zu entleeren. Man wird dann aber, nicht wie bisher, die Pleurahöhle drainieren, sondern nach Aufblähung der Lunge bei Druckdifferenz die Brusthöhle sofort wieder luftdicht verschließen, was die Aussicht auf glatte Heilung außerordentlich verbessert. Nur muß man vorher, um ohne Gefahr einer Nachblutung die großen Vorzüge des primären Pleurahöhlenverschlusses benutzen und auf die Tamponade verzichten zu können, die Lungenwunden, die trotz versteckter Lage bei Druckdifferenz in aller Ruhe aufgesucht werden können, durch Umstechung, Ligatur oder Naht unter allen Umständen versorgen, auch wenn sie scheinbar nicht mehr bluten.

4. Während fistulöse Hodentuberkulose noch allgemein als Anzeige zur Kastration gilt, hat Hartung mehrere Fälle unter konservativer Behandlung ausheilen sehen und empfiehlt diese namentlich für einseitige und auf den Nebenhoden beschränkte Erkrankungen dringend. Er legte seine Kranken ins Bett, sorgt für sehr reichliche und eiweißreiche Kost, läßt Seebäder, Voll- und Sitzbäder mit Salz nehmen und beschränkt die Lokalbehandlung auf dauernde Wärmewirkung (Thermophor, Leinsamenumschlag; auch Lichtbehandlung), Fisteln werden mit Kochsalz ausgespült, Infiltrate möglichst ohne Parenchymverletzung geöffnet und steril verbunden. Biersche Stauung verwendet Hartung nicht. Starke Diurese durch Getränke; regelmäßiger Stuhl und geschlechtliche Enthaltsamkeit, namentlich auch von der Onanie, zu der solche Kranken neigen, unterstützen die Behandlung. Ohne Zweifel sind bei der verhältnismäßigen Gutartigkeit der Hodentuberkulose durch Allgemeinbehandlung manche unerwartete Heilungen zu erreichen; so pflegte Lassar gern den Fall eines Thüringer Dorfschmiedes zu nennen, dessen Hoden schon das Todesurteil vom Chirurgen gesprochen war, und der unter Zimmtsäureeinspritzungen nach Landerer gesund wurde und Kinder zeugte. Trotzdem ist die Gefahr einer Verschleppung der Tuberkulose vom Hoden aus nicht zu unterschätzen, und wenn sonst im Körper kein Herd nachzuweisen, namentlich die Lungen frei sind, wird man dieser Gefahr lieber unter Preisgabe des Hodens zuvorkommen und den Hoden entfernen.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch,** Bendorf a. Rh.

1. **Heilserum, Immunität und Disposition.** Von Dr. Froehlich, Dresden. München 1898, Gmelin. 56 S.

2. **Zur Behandlung der Ischias.** Von Dr. B. Buxbaum, Wien. Allg. Wiener med. Ztg., 1908, Nr. 30 u. 31.

3. **Die Hydriatik des Typhus abdominalis.** Von J. Sadger, Wien-Gräfenberg. Berl. Klinik, 1908, Heft 242. (Preis 1,20 M.)

1. Durch die in No. 39 referierten neuesten Arbeiten auf dem Gebiete der Serologie wird eine Anschauung bestätigt, die Froehlich bereits vor 10 Jahren ausgesprochen hat, und die ihrer prinzipiellen Wichtigkeit wegen hier noch kurz referiert werden soll.

Froehlich, der seine Untersuchung „unter einem persönlichen Gewissenszwang unter dem Druck der schweren Verantwortung als Arzt, die ihn bei einer oberflächlichen Entscheidung für oder wider nicht zur Ruhe kommen ließ“, unternommen hat, bespricht zunächst die Bedenken, die den Erklärungsversuchen von Ehrlich-Behring einer- und Fischer andererseits hinsichtlich der Art der Serumwirkung entgegenstehen. Diese müssen im Original nachgelesen werden.

Sodann faßt er seine Ansicht über das Wesen der Immunität und Disposition ungefähr so zusammen:

Schon im normalen Organismus findet eine ständige Toxin- und Antitoxinbildung statt, letztere besonders in den mit „antitoxischer Funktion“ versehenen Organen, Blutgefäß-, Lymphdrüsensystem, Leber, Schilddrüse, Nebennieren. Diese beiden halten normaliter ein das Gleichgewicht. Durch naturwidrige Lebensweise aber und die damit verbundenen Stoffwechselstörungen wird dieser Ausgleich verhindert, die Erzeugung der pathologischen Stoffwechselprodukte und Toxine nimmt zu, die der Antitoxine und die Ausscheidungstätigkeit ab. Die Zelleinheit ist gestört. Es entsteht Disposition für Krankheiten.

Disposition[1]) (Bachmanns Status morbidus oder Konstitutionsverschlechterung) ist also eigentlich schon Krankheit: Es ist die Unfähigkeit des Organismus, genügend Abwehrstoffe zu bilden bezw. ausscheidend zu wirken.

Wurden vorher Bakterientoxine ohne weiteres durch „normale“ antitoxische Körperprodukte neutralisiert, so geschieht das jetzt nicht mehr, weil jetzt der Nährboden für die Infektion günstig ist. Ihre Einwirkung auf den Organismus und dessen jetzt krankhafte Reaktion dagegen stellen die Infektionskrankheit dar: Der Organismus beantwortet als ganzes die Bedrohung seiner Integrität mit Erhöhung des Stoffwechsels, der Oxydation und damit auch der Temperatur, d. h. mit Fieber. Zugleich werden die betreffenden Zellen zu lebhafter Antitoxinbildung angeregt und so die Toxine unschädlich und zur Ausscheidung geeignet gemacht. Aehnlich kommen die phagozytären Vorgänge zustande. Es bleibt eine gesteigerte Leistungsfähigkeit der antagonistischen Zellen zurück.

Nach F. gibt es also keine spezifischen giftbindenden Substanzen, sondern die Antitoxine sind nichts anders als die auch im Normalzustande erzeugten Gegengifte antagonistischer Zellen und Organe. Bei Zufuhr von Bakteriengiften[2]) steigt das Vermögen des Körpers, schnell und im Ueberschuß Antitoxine hervorzubringen, die aber bald wieder ververschwinden.

Eine äußerlich gleiche Reaktion kann man aber, wie F. betont, auch durch Injektion einer großen Zahl anderer offensiver Stoffe, vielleicht schon durch einen bloßen „Fremdreiz“ erzielen.

---

[1]) „Innere“ Disposition im Gegensatz zu der als „äußere“ Disposition bezeichneten Mangelhaftigkeit der äußeren Schutzvorrichtungen des Organismus gegen das Eindringen der Mikrobien.

[2]) Hierbei ist aber auch deshalb Vorsicht geboten, weil wir es nicht mit rein chemischen, sondern dynamischen Wirkungen zu tun haben.

Bei Besprechung der an sich schon prekären Uebertragung antitoxischer Reagenzglasversuche auf die Therapie weist F. sodann darauf hin, daß das Antitoxin des einen Organismus sich von dem eines anderen ebenso unterscheide, wie die Zellen selbst. „Und je größer die Verschiedenheit dieser ist, um so weniger wird Aussicht vorhanden sein, daß die in dem einen Körper gebildeten Antitoxine die in dem anderen entstandenen Toxine zu binden, unschädlich zu machen vermögen, um so mehr wird man erwarten müssen, daß das Antitoxin in dem Fremdorganismus verändert wird, dem Zerfall anheim fällt, wie ja auch Tierblut in der menschlicher Blutbahn rasch zerstört wird.

Aber selbst, wenn es größtenteils unzerstört bliebe, würde damit doch nicht viel zu erreichen sein, u. a. schon wegen seiner relativ geringen Menge.

Bei Besprechung der günstigen Serumstatistik weist F. auf die vielen Einwände hin bez. Periodizität der Seuchen, Wegfall früher beliebter, allzu eingreifender Therapie, Vergleich ungleichartigen Materials etc.

Sein Urteil über die Serumtherapie faßt er dahin zusammen, daß der Gewinn, den wir aus ihr ziehen können, der Hauptsache nach in dem tiefen Verständnis des Wesens der Selbstheilung und in der dadurch gewonnenen Möglichkeit liege, auf die Schaffung der Bedingungen dieser Selbstheilung hinzuwirken, während der direkten künstlichen Einführung der Antitoxine, wenn überhaupt eine, so doch nur eine geringe Heilwirkung zugesprochen werden könne.

Da die Grundursache aller Infektionskrankheiten in uns selbst liege, so gebe es nur eine Art wirklicher Immunisierung, nämlich allmähiche Tilgung der inneren Disposition, Schaffung einer guten Konstitution durch rationelle Lebensweise.

2. Buxbaum empfiehlt bei frischen Ischialgien tunlichst unkomplizierte Kuren: eine feuchte Einpackung, Fango- oder Thermophorapplikation ohne nachfolgende Massage. Sehr gute Dienste bei der rheumatischen Form leisten nicht zu hohe thermische Kontraste, also wechselwarme Prozeduren. Daher erfreut die aus Wärme-, Kälte- und Druckwirkung kombinierte schottische Dusche sich einer wohlbegründeten Beliebtheit. Versagt sie, so ist ein Dampfkastenbad mit nachfolgender Abreibung oder niedrig temperierter Dusche zu versuchen. Es wirkt noch besser als das elektrische Lichtbad, das seinerseits wieder dem Heißluftbad überlegen ist.

Gerade die heißen Applikationen sollten nur mit Vorsicht gebraucht werden; die Unzweckmäßigkeit allzu langer und intensiver Hitze geht u. a. besonders aus Schäffers Untersuchungen über die durch sie herbeigeführten Gewebsschädigungen hervor. Ein 80—100 gradiges Heißluftbad, das bei Gelenk- und Muskelaffektionen noch günstig wirkt, kann bei Ischias schon enormen Schaden anrichten. Dasselbe gilt vom heißen Bad, der Heißluftdusche und der Fangoapplikation. Letztere wirkt z. B. bei 37° sehr günstig, während sie in höheren Graden die Beschwerden oft steigert. Sehr empfehlenswert ist Winternitz' Dampfbad in der Wanne mit nachfolgenden Uebergießungen.

In der Frage: Ruhe oder Bewegung? lassen sich keine bestimmten Gesetze aufstellen. Man muß sich im Einzelfalle nach dem Wohlbefinden des Patienten richten. Ueberhaupt soll alles, was die Schmerzen steigert, vermieden werden.

3. Sadger bespricht zunächst die Geschichte der Typhushydriatik (Prießnitz, Schindler, v. d. Decken, Brand, Jürgensen, Vogl, Winternitz, Liebermeister, Tripier und Bouveret etc. und sieht mit Brand als deren konstante Wirkung an:

a) nicht allein die Möglichkeit der Verhütung jeder Exazerbation, sondern auch die Besiegung des Fiebers in toto und seiner Ursache. (Wenn auch das früher in den Vordergrund gestellte Motiv der Temperaturherabsetzung als solcher heutzutage nicht mehr zu Recht besteht, so gibt es doch einen Parallelismus zwischen Hyperthermie und Schwere der Krankheit.)

b) Die Beseitigung der Funktionsstörungen von seiten des Gehirns, des Herzens, der Lungen, der Nieren, der Haut. (S. tritt sehr mit Recht für die Bedeutung der heutzutage immer noch unterschätzten kritischen Ausscheidungen durch Haut und Nieren ein.)

c) Beseitigung des Katarrhs im Verdauungstrakt, Verhütung der Ulzeration infiltrierter Darmdrüsen, Möglichkeit ausgiebiger Ernährung (Uebenernährung ist zu meiden).

d) Verhütung von Komplikationen bezw. Verminderung ihrer Zahl. Es bleibt also vom gewöhnlichen Typhusbild bei systematischer Wasserbehandlung nur übrig: leichtes Fieber, Milzschwellung, Roseola, Infiltration der Darmdrüsen, unbedeutender Bronchialkatarrh. Medikamente verwendet S. nicht. Seine Behandlung ist die folgende:

a) Im Vorläuferstadium und am ersten Frosttag zweimal täglich eine triefende Ganzabreibung (10° R.) mit nachfolgendem Luftbad; bei ausgesprochener Hyperthermie (von 39,5° in axilla an), aber noch nicht zweifelloser Diagnose, 2—3 mal täglich „gewechselte Packung mit Halbbad oder Abreibung am Schluß“. Sie bleibt jedesmal nur so lange liegen, bis sie sich zu erwärmen beginnt, also zuerst 5—10, dann 10—20, dann eventl. 30 Minuten. Das Halbbad soll 20—22° R. haben.

b) Bei ausgesprochenem Typhus Halbbäder mit vorhergehender Thermometrie, nachher Stammumschlag und Trockenfrottierung der Extremitäten bis der Frost vorüber, dann neuerliche Messung im After, Zufuhr reichlicher flüssiger Nahrung und Stammumschläge in den Zwischenzeiten. (Die Temperatur der Halbbäder soll 20—18°, bei älteren oder dekrepiden Leuten 24—20°, seine Dauer 5—15 Minuten betragen, der Frost soll nicht im Bade abgewartet werden. Während des Bades ist der ganze Körper kräftig zu frottieren, auch vom Patienten selbst.)

Die Bäder sollen höchstens dreistündlich wiederholt werden, höchstens ca. 6 mal am Tage, 2 mal in der Nacht, sobald die Rektaltemperatur 39° übersteigt. Der Anstieg kann durch häufig gewechselte zimmerkalte große Umschläge zwischen den Bädern hintangehalten und so das Bad auf 4 stündige und seltenere Applikation beschränkt werden.

c) Bei späterem Beginn der Bäderbehandlung und verschleppten Fällen soll man sich vorher durch eine kalte Teilabreibung von der Reaktion der Haut überzeugen. Bei „areolarzyanotischer Injektion“ oder anderen kollapsverdächtigen Zeichen sind statt der Bäder nur die „präparatorisch“ wirkenden Stammumschläge zu machen. Zwischen die erste und zweite Lage derselben schiebt man bei Herzschwäche und Kollapsgefahr den Herzkühler. Unterstützend und ableitend wirken stündlich gewechselte Wadebinden und 2—3 mal zu wiederholende Teilabreibungen des ganzen Körpers. Bei drohender Herzschwäche vor und nach dem Bad Alkohol! Ferner kalte Kopf- und Nackengüsse, die auch bei Somnolenz gut wirken.

In Fällen, wo die Hyperthermie sich gegen die Bäderbehandlung resistent verhält, appliziert man vor dem Bade einen häufig gewechselten feuchten Wickel.

Während der Deferveszenz ist das Baden nicht brüsk abzubrechen, vielmehr in der dritten Woche die Badegrenze auf 38,5° herabzusetzen. Wird auch diese Temperatur nur noch abends erreicht, dann können die Bäder bei Tage ausgesetzt und dann allmählich überhaupt unterlassen werden. Sie können im allgemeinen in der Deferveszenz wärmer und kürzer sein. Die Nahrung wird jetzt konstanter. Fleisch und feste Nahrung ist aber erst nach 3—4 fieberfreien Tage zu geben.

Die seltene adynamische Form ohne Hyperthermie verlangt dieselbe Behandlung wie die Herzschwäche: kalte Teilabreibung etc., Halbbad 24—22°, 3—5 Minuten lang mit kräftigster Friktion. Hierbei pflegt unter Besserung aller übrigen Symptome die Temperatur zu steigen: „der anormale Typus wird in einen normalen verwandelt.“

Der Typhus der Greise wird ähnlich behandelt. Bei Kindern nimmt man statt langer lauer, besser kurze, kältere Applikationen. Kältere Bäder sind auch bei Pneumonie, bei Diarrhoe dagegen große Kompressen und kleine 6—8 gradige Klystiere nach jeder Entleerung indiziert.

Blutspuren, die in der ersten Zeit zuweilen im Kot auftreten, kontraindizieren die Bäder nicht, wohl aber die später vorkommenden stärkeren Blutungen mit Puls- und Temperaturveränderung und Ohnmacht. Hier werden nur Stammumschläge und Kühler mit tagelang durchlaufendem kalten Wasser genommen, ebenso bei Perforation und Peritonitis.

Militärmedizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Ueber Blitzverletzungen.** Von Stabsarzt Dr. Wendler, Hannover. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 17, S. 722.

2. **In der Entstehung zweifelhafter Fall von eitriger Meningitis. Abnahme des Körpergewichtes um mehr als die Hälfte.**

Heilung mit Erhaltung der Dienstfähigkeit. Von Stabsarzt Dr. Rosenbaum, Rawitsch. Ibid., S. 738.

3. **Resultate mit dem Lentz-Tietzschen Anreicherungsverfahren und dem Endoschen Fuchsinagar.** Von Stabsarzt Dr. Gerhard Simon, Ibid., S. 741.

4. **Vorübergehende psychische Störung nach einer Minenexplosion.** Von Dr. Matignon. Nach le Caducée vom 17. 8. 07 in Der Militärarzt ,1908, Nr. 18, Militärärztl. Zeitungsrevue von R. A. Mann.

5. **Schwere Erkrankungen nach Explosion eines Balistitgeschosses.** Von Dr. Campo, ibidem, nach Arch. de méd. navale, Juni 1907.

6. **Intoxikation durch deletäre Gase in einem Panzerturm während des Abfeuerns eines Schusses.** Von Dr. Gazeau, ibidem, nach Arch. de. méd. navale, Juni 1907.

7. **Hitzeerschöpfung auf Kriegsschiffen.** Von Mittleton St. Elliot, ibidem, nach The milit. surgeon, 1908, Heft 3.

8. **Behandlung der Fußgeschwulst mit Heftpflasterverbänden.** Von Stabsarzt Dr. Blecher, ibidem, nach Dtsch. militärärztl. Zeitschr., 1907, Heft 21.

9. **Die Gefahren der Exerzierpatrone.** Von Dr. J. Bonette, ibidem, nach Thèses de Paris, 1907.

10. **Ueber die Anwendung der Heilsera im Kriege.** Von R.-A. Doz. Dr. Doerr, ibidem, S. 283. Vortrag im Wiener militärärztl. Verein 11. 4. 1908.

11. **Die Aufgabe der Krankheitsverhütung bei Volk und Armee.** Von Oberstabsarzt Dr. Neumann, Bromberg, ibidem, S. 273.

1. Mit Rücksicht darauf, daß Verletzungen und Tötungen durch Blitzschlag zwar nicht selten, die Literatur darüber aber nur spärlich und die Ansichten über Blitzwirkungen noch nicht genügend geklärt sind, liefert St.-A. Wendler einen Beitrag. Am Abend des 10. VI. 07 übten auf dem Truppenübungsplatz Münsterlager etwa 40 Feldartilleristen mit 2 Gespannen und 6 Pferden unter 2 Offizieren während eines heftigen Gewitters. Ein Blitz warf 13 Mann nieder, tötete einen und ein Pferd. Es werden die Leichenbesichtigung und die Beobachtungen am Krankenbett mitgeteilt, die in Anbetracht des Umstandes, daß die Obduktion des Getöteten von den Angehörigen nicht gestattet wurde, zwar, wie Verf. selbst sagt, auch keinen weiteren Aufschluß über die Art des Blitztodes geben, als wir ihn bisher besaßen, die Erfahrungen über die Blitzwirkung aber vielfach ergänzen. Ref. erinnert hierbei an den Artikel „Verletzungen durch Blitzschlag" von Oberstabsarzt Nicolai in Heft 1 der „Deutschen militärtärztl. Zeitschr." von 1892 mit Photographien von Blitzfiguren. Es handelte sich damals um eine ganze Anzahl auf dem Tempelhofer Feld bei Berlin gleichzeitig vom Blitz gerührter Mannschaften, wobei einem Manne u. a. vom Blitz der Stiefel ausgezogen und drei Schritt fortgeschleudert wurde.

2. Die Beschreibung des von Stabsarzt Rosenbaum berichteten Falles ist in Kürze eigentlich schon in der Ueberschrift gegeben; Verf. hat ihn veröffentlicht, weil er zu den wenigen Beispielen eitriger, nicht epidemischer Meningitis gehört, die völlig genesen sind. Bisher wurde in derartigen Fällen vielfach die Richtigkeit der Diagnose angezweifelt. Auffallend ist ferner die Abnahme des Körpergewichtes von 63 kg bei der Einstellung, 57,5 kg bei der Lazarettaufnahme, auf 31,1 kg in zwei Monaten. Nach einer Erholungskur wog der Kranke wieder 58,5, später 60,1 kg.

3. Stabsarzt Simon hat sich bei vielen tausend Stuhl- und Urinuntersuchungen auf Typhus- bezw. Paratyphusbazillen eine Kombination des Lentz-Tietzschen Malachitgrünanreicherungsverfahrens mit dem Endoschen Fuchsinagar so gut bewährt, daß er sie allgemein warm empfiehlt. Da die Herstellung beider Nährböden jedoch noch nicht genügend bekannt zu sein scheint, gibt er diese und die mit ihnen erzielten Resultate an.

4. 5. 6. Die gemeinsame Ursache aller drei unter diesen Nummern genannten Erkrankungen war eine Explosion, insofern es sich auch beim Abfeuern eines Schusses um eine solche handelt. Ein französischer Freiwilliger wurde in China beim Explodieren einer Mine in die Luft geschleudert und dann bis zum Halse verschüttet. Die Folge war eine Art akuter Manie mit Ausgang in Heilung. Einen ähnlichen Fall beobachtete M. bei einem italienischen Offizier. — Balistit ist ein dem Melinit ähnlicher Sprengstoff. Bei der Explosion entwickelt er Gase, die zwar nicht absolut irrespirabel sind, da Menschen 20—25 Minuten in ihnen atmen können, aber doch Erbrechen, Fieber, Dyspnoe, Lungenödem, Bronchialkatarrhe mit gelbem Sputum (der Rauch ist gelb) verursachen können. 1904 und 1906 beobachtete C. bei der Explosion eines solchen Geschosses auf dem königl. Schiff „M. Polo" sogar Todesfälle. — Nach dem Abfeuern eines Schusses in einem Panzerturm erkrankte die ganze Mannschaft an Schwindel und Erbrechen, erholte sich an Deck aber bald wieder.

7. In den Heizräumen der Kriegsschiffe kommen Erkrankungen vor, die man in der Marine „Heizerkrämpfe" nennt, Krämpfe, Gliederschmerzen, kleiner schneller Puls, flache Atmung, Aphonie, weite Pupillen, Ruhelosigkeit, Austrocknung des Gewebes, keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen. Therapeutisch haben sich E. Kochsalzeingießungen in den Mastdarm bewährt.

8. B. empfiehlt bei der sog. Fußgeschwulst die Anlegung vorher erwärmter, dachziegelförmiger Heftpflasterstreifen bei maximaler Dorsionsstellung des Fußgewölbes unter starkem Zug. Darüber kommt eine Binde bis zum Knie. Der Kranke soll sofort gehfähig sein. Der Verband kann 3 Wochen liegen bleiben.

9. Wir unterscheiden eine Exerzier- und eine Platzpatrone, in der Ueberschrift ist erstere genannt, B. bespricht aber die dynamische Wirkung der letzteren bei den verschiedenen Armeen und hat dieses selbst an lebenden und toten Zielen geprüft. Den in der Literatur veröffentlichten Verletzungen durch Platzpatronen fügt er 24 weitere Fälle hinzu, darunter 5 Selbstmordversuche, und empfiehlt die Behandlung der Verletzten mit Antitetanusseruminjektionen. Die Pappe der Platzpatronen sollte sterilisiert sein.

10. Regimentsarzt Doerr fragt: welche Sera soll man in den Krieg mitnehmen, und welchen Sanitätsformationen sind sie mitzugeben? Die Antwort lautet: Tetanusheilserum den auf den Verbandplätzen tätigen Formationen, Dysenterieheilserum den Feldlazaretten, beide in Form der Trockensera, und zwar in Fläschchen, deren Inhalt der Menge des flüssigen Serums entspricht, so daß das Fläschchen zum Gebrauch nur mit sterilem Wasser gefüllt zu werden braucht.

11. Die militärische Bekleidung des Soldaten und der hygienische Unterricht in der Armee sind bis jetzt noch wenig ausgebaute Teile der Militärgesundheitspflege, in letzterem ist auch bei uns erst der Anfang gemacht. Das Wichtigste wäre eine Winter- und eine Sommeruniform. Der hygienische Unterricht sowohl der Mannschaften als auch der Offiziere durch Sanitätsoffiziere sollte ein obligatorischer Dienstzweig werden, zugunsten der Volkshygiene, die dadurch später in das ganze Land getragen wird.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Zur Therapie der Rachitis.

Von Dr. med. **S. Wahle** (Bad Kissingen).

Eine allgemein befriedigende Aetiologie der Rachitis ist bis heute noch von keiner Seite gegeben worden, so daß man gezwungen ist, mit allen möglichen Hypothesen sich abzufinden. Auf alle Fälle stellt sie eine konstitutionelle Erkrankung des frühesten Kindesalters dar, die hauptsächlich an Veränderungen des Knochensystems zu erkennen ist. Daß der pathologische Prozeß vorwiegend am Skelett sich abspielt, darauf weisen auch die im Volksmund für die Krankheit gebräuchlichen Bezeichnungen hin, wie abgesetzte Glieder, doppelte Glieder, Zahnen durch die Glieder usw. Damit ist allerdings noch gar nichts über die Ursache der Krankheit gesagt und auch der Symptomenkomplex noch in keiner Weise erschöpft.

Als ganz sicher kann wohl gelten, daß unhygienische Verhältnisse, wie schlecht gelüftete, feuchte, dunkle und enge Wohnungen, also Mangel an Luft und Licht, und ungeeignete Ernährung die Säuglinge zur Rachitis disponieren. Wie weit Vererbung, Klima, Jahreszeit, Rasse und rasch aufeinander folgende Geburten von Bedeutung sind, entzieht sich meiner genaueren Kenntnis. Nach meiner Erfahrung sind hauptsächlich solche Kinder gefährdet, die der natürlichen Brustnahrung entbehren und mit allzu stark verdünnter Milch oder minderwertigen Ersatzmitteln überfüttert werden, also viel zu große Einzelmengen allzuhäufig erhalten. Dabei fällt den Eltern trotz der reichlichen Nahrungsaufnahme bald das blasse Aussehen, die Leblosigkeit der Kinder, die Unlust zum Spielen und der stark aufgetriebene Leib auf und führt sie zum Arzt, dem gegenüber sie ihre Verwunderung ausdrücken, daß das Kind trotz guten Appetits nicht zunehme. Regelung der Diät führt in solchen Fällen meist rasch zum Ziele. Dagegen ist man in der Therapie der weiter vorgeschrittenen Rachitis seit Jahrzehnten nicht vorwärts gekommen. Geeignete Nahrung, Licht und Luft, Salz- und Soolbäder gehören seit Alters zum Heilschatz der Rachitis, von Medikamenten steht seit langer Zeit der Lebertran mit und ohne Phosphor und dessen Ersatzpräparate im Vordergrund; doch gehen über dessen therapeutischen Wert die Meinungen sehr weit auseinander. Richtig ist jedenfalls, daß der Phosphorlebertran nur den Knochenveränderungen Rechnung trägt, während Blutarmut, pathologische Zustände der Drüsen usw. außer acht bleiben. In neuerer Zeit hat deshalb Lungwitz ein Mittel eingeführt, das Rhachisan, das neben Phosphor auch Eisen und Jod enthält und, nachdem es mir in zwei Fällen gute Dienste geleistet hat, der Nachprüfung mir wert erscheint.

Ich lasse hier kurz die Krankengeschichten der beiden Kinder folgen, die allerdings nicht klinisch beobachtet werden konnten.

1. Kind B., männl., 25. II. 1907 (8 Monate alt) in Behandlung genommen, Eltern und ein lebender Bruder gesund. Befund: Rachitischer Rosenkranz, Auftreibung der Epiphysen, graue, welke, runzlige Haut, stark aufgetriebener, gespannter Leib, hervortretende Venen, Enteritis, Furunkulose und Abszedierungen am Rumpfe, nässendes Ekzem des Gesichts, blasse Schleimhäute, Drüsenschwellungen, Pädatrophie (wiegt etwa 9 Pfund), belegte heisere Stimme, ständiges Jammern und Stöhnen, Weinen bei jeglicher Berührung, bewegungslos und mit halboffenen Augen im Bette liegend, geringe Nahrungsaufnahme. Zunächst Regelung der letzteren, lokale Behandlung der Furunkulose und des Ekzems, sowie interne Behandlung der Enteritis; gegen erstere werden auch Hefepräparate mit wenig Erfolg versucht, letztere durch Bismuth günstig beeinflußt; die Nahrungsaufnahme wird auch bald befriedigender, im übrigen aber keine wesentliche Besserung, so daß das Kind im Alter von 1 Jahr erst 12 Pfund wiegt. Gegen Ende Sommer 1907 wurde mir von der Fabrik Dr. Degen & Kuth in Düren (Rhld.) ein Versuchsquantum Rhachisan bereitwilligst zur Verfügung gestellt und zum Teil von mir bei dem Kinde verwendet (dreimal täglich 1 Kaffeelöffel) mit dem Erfolg, daß es nach Gebrauch von 2 Flaschen lebhaft und munter wurde, bedeutend an Körpergewicht zugenommen hatte (15 bis 16 Pfund), bessere Gesichtsfarbe und Völle zeigte und Ekzem und Furunkulose völlig ausheilte. Heute ist das Kind von einem gesunden nicht zu unterscheiden, nur daß es jetzt mit 2 Jahren erst zu laufen beginnt.

2. Kind M., weibl., Eltern und drei Geschwister gesund, ein Bruder, zwei Jahre alt, rachitisch, an Bronchopneumonie gestorben, sehr ungünstige Wohnungsverhältnisse, bald nach Geburt Bronchitis, sonst gesund und kräftig; 23. XI. 1907 ($^1/_2$ Jahr alt) wegen Rachitis in Behandlung genommen, war vorher stark überfüttert worden mit Flaschenmilch; enteritische und bronchitische Erscheinungen, Gewichtsabnahme, Nahrungsverweigerung, Pertussis mit sehr häufigen Anfällen und Erbrechen, sehr blaß, Drüsenschwellungen, multiple Hautabszesse am ganzen Rumpf und am Halse. Bekommt Rhachisan, daraufhin rasche Besserung des Allgemeinbefindens und Appetits, Gewichtszunahme (bis zu 1 kg in 14 Tagen), am 20. V. 1908 mit Erfolg geimpft, kurz nachher Varizellen; heute (16 Monate alt) kräftiges Kind, das zu laufen beginnt (24 Pfund schwer).

Wenn auch aus zwei Fällen kein Urteil über ein neues Heilmittel abgegeben werden kann, da das Material zu klein ist, so stehe ich doch nicht an, bei beiden Kindern den günstigen Verlauf der ganz sicher schweren Erkrankung in der Hauptsache dem Rhachisan zuzuschreiben, das eben verschiedenen Indikationen gerecht wird, nicht nur die Knochenveränderungen, sondern auch die pathologischen Zustände des Blutes und der Drüsen günstig zu beeinflussen scheint, während der bisher übliche Phosphorlebertran nur auf erstere Rücksicht nahm.

Was den Geschmack des Rhachisan angeht, so ist das Präparat natürlich kein Genußmittel, da es ja Lebertran zu einem hohen Prozentsatz enthält, dessen Geschmack sich auch durch kulinarische Gewandtheit des Chemikers nicht ganz wird verdecken lassen. Immerhin schmeckt und riecht Rhachisan bedeutend besser als der gewöhnliche Phosphorlebertran und wird deshalb von den kleinen Patienten auch meist anstandslos genommen.

Wenn meine Veröffentlichung recht viele Kollegen zur PNachprüfung und zur Beschreibung ihrer Resultate veranlaßt, so ist der Zweck derselben erfüllt.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Sabromin, ein neues Brompräparat.** Von Dr. Kalischer. Deutsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 40.

2. **Beitrag zur therapeutischen Verwendung von Phosphorpräparaten.** Von Dr. Rosen.

3. **Das Autanverfahren in der Desinfektion.** Von Privatdoz. Dr. Großmann. Zeitschr. f. neuere physik. Med.

4. **Scharlachrotsalbe.** Von Apotheker F. Bruhn. Therapeutische Neuigkeiten, September 1908.

1. In voriger Nummer wurde über einen Artikel des verstorbenen Geheimrats v. Mering, Halle, über „Sabromin“, ein neues Brompräparat, referiert. Jetzt teilt in der „Deutsch. med. Wochenschr.“ Dr. Kalischer seine Erfahrungen über das neue Mittel mit. Wie erwähnt, hatte v. Mering das Präparat geprüft, ohne seine Versuche zu Ende führen zu können. Die Versuche K.'s erstreckten sich auf die Hysterie, Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Epilepsie, Hypochondrie, Herzneurosen etc. Wiederholt hatte K. auch Gelegenheit, Sabromin bei Kindern mit Eklampsie, Tetanie, Epilepsie und Tic zu versuchen. Oft wandte er es da an, wo Wochen und Monate zuvor andere Brompräparate genommen waren. Die völlig geschmacklose Sabromintablette wird zerkaut oder einfach hinuntergeschluckt. Die Versuche mit dem unlöslichen Pulver fielen ungünstig aus. Trotz großer Dosen (6—8 Tabletten täglich) hat K. bei seinen Patienten niemals üble Nachwirkungen auf Magen und Darm gesehen. Der Eintritt der Bromwirkung schien verspäteter als bei den anderen Bromalkalien; die Nachwirkung war eine verlängerte. Bromakne trat nicht auf, bei langem Gebrauch nur in ganz geringem Grade. Nachteilige Wirkungen auf die Psyche, wie Müdigkeitsgefühl, Abnahme des Gedächtnisses, der Energie, der Leistungsfähigkeit ließen sich nicht feststellen. K. wandte täglich 2—3 mal nach den Hauptmahlzeiten 1—2 Tabletten an. Bei Epilepsie wurden je nach der Schwere der Erscheinungen 3—6 Tabletten verabfolgt. Sehr günstige Resultate erzielte K. bei Schlaflosigkeit, indem er zwischen 5—6 Uhr 2—3 Tabletten nehmen ließ, um gleich nach dem Abendbrot eine entsprechende Dosis nehmen zu lassen. Wenn das Mittel zu spät abends genommen wird, so tritt infolge des verlangsamten Eintritts von Schlaf und der verlängerten Wirksamkeit des Mittels am Tage zu großes Ermüdungsgefühl ein. Auch dem Sabromin kommt eine kumulierende Wirkung zu; daher empfiehlt sich seine Anwendung bei Epilepsie. Bei Herzneurosen, Affektzuständen, vasomotorischer Erregbarkeit und labiler Stimmung dürften Dosen von 2—3 mal täglich 1—2 Tabletten sehr zu empfehlen sein. Wegen der absoluten Geschmacklosigkeit, wegen der erheblich geringeren Neigung zu Hautausschlägen und Bromismus und der unschädlichen Wirkung auf den Verdauungstraktus glaubt K. dem Mittel vor anderen Brompräparaten den Vorzug geben zu dürfen.

2. Viel mehr als bei uns ist von den Franzosen und Engländern der Phosphortherapie bei nervösen Krankheiten das Wort geredet worden. Doch zeigte es sich, daß bei der Dar-

Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

reichung des anorganischen Phosphors bei einer großen Anzahl von Patienten schnell unangenehme Reizerscheinungen des Magendarmkanals auftraten. Man ging deshalb daran, organische Phosphorverbindungen darzustellen. Doch verließ man ihre therapeutische Verwendung wieder, als es sich herausstellte, daß ihre Ausnützung im menschlichen Körper eine nur geringe war. An Stelle dieser synthetisch dargestellten organischen Phosphorpräparate traten nunmehr solche Verbindungen, wie sie im Haushalte der Natur schon vorkommen, also Lezithine, Nukleine, Paranukleine, Nukleinsäuren. Im Jahre 1903 wurde eine organische Phosphorverbindung aus verschiedenen vegetabilischen Produkten hergestellt, namens Phytin. Dieses bekannte Präparat ist eine gelbliche, säuerliche Flüssigkeit, deren Gehalt an Phosphor 26,08% in organischer Bindung beträgt. Ueber die klinische Brauchbarkeit des Mittels liegen schon eine ganze Reihe von Berichten vor, denen R. einen neuen hinzufügt. Er hat das Präparat an einem größeren Krankenmaterial erprobt und es der Vorschrift gemäß in einer Tagesdosis von 1 g gegeben, entweder in flüssiger Form (Phytin. liquid. 2mal täglich 30—40 Tropfen) oder in Pulverform (2 mal 2 Kapseln) angewandt. R. variierte die Anwendungsform, indem er morgens 20 Tropfen, mittags und abends je 20—30 Tropfen in Suppe oder Milch nehmen, oder morgens und abends je eine, mittags 2 Kapseln des Pulvers einnehmen ließ. Patienten, die Kapseln nicht schlucken können, mögen diese öffnen und das Pulver so schlucken, da es nicht schlecht schmeckt. Irgendwelche Klagen über Nebenwirkungen des Phytin hat R. nicht gehört. Er wandte es an bei Rekonvaleszenten, Unterernährten, Lungentuberkulösen im 1. Stadium, Neurasthenikern und nervös Erregten und war mit den Erfolgen sehr zufrieden.

3. Auch über das Autanverfahren habe ich an dieser Stelle wiederholt referiert. Jetzt wird dasselbe von Privatdozent Dr. Großmann neuerdings empfohlen. Die Firma Fr. Bayer & Co., Elberfeld, die das Autan in den Handel bringt, hat eine Neuerung insofern getroffen, als sie das Desinfektionsmittel, das aus einem Gemenge von Bariumsuperoxyd und Paraformaldehyd in bestimmtem Verhältnis besteht, in seine beiden Substanzen getrennt, und zwar in einem Paket, das durch eine Zwischenwand getrennt ist, abgibt. Dadurch wird das Eintreten einer vorzeitigen Reaktion auf jeden Fall verhindert, obwohl beide Substanzen in absolut trockenem und chemisch reinem Zustande nicht aufeinander einwirken, wenn sie auch gemischt sind. Immerhin wird durch die Neuerung verhütet, daß das Pulver, wenn es feucht geworden sein sollte, schon vor der eigentlichen Desinfektion Formaldehyd entwickelt, wodurch bewirkt werden würde, daß die auf jeder Packung angegebene, für eine bestimmte Raumgröße vorgesehene Autanmenge zur gründlichen Desinfektion nicht genügen würde. Auf der Blechhülse, die als luft- und wasserdichte Packung dient, ist eine Marke bezeichnet, welche die für die wirksamste Entwicklung von Formaldehyd notwendige Menge Wasser genau angibt; eine zweite Marke bezeichnet die für den gleichfalls beigegebenen Ammoniakentwickler, der zur Vertreibung des Formalingeruches dient, notwendige Wassermenge. Die Formaldehydentwicklung kann in einem beliebigen Gefäße, z. B. einem Eimer oder einem Wasserbottich vor sich gehen. Da auch keine Feuersgefahr zu befürchten ist, kann die Desinfektion von jedem Laien unter Aufsicht eines Arztes vorgenommen werden. Auch fallen die hohen Anschaffungs- und Reparaturkosten, die das Formalinverfahren erheischt, fort. Nur der höhere Preis, der übrigens laut einer Fußnote der Redaktion wesentlich verringert sein soll, stellen der Allgemeineinführung noch Schwierigkeiten in den Weg. Bisher rechnete man pro Kubikmeter 12½ Pfg. bei der Autanmethode gegenüber 9 Pfg. bei der Formalingasmethode. In der Großdesinfektion dürfte trotzdem das Autanverfahren nicht ungünstig sein, da man mit weniger Beamten, ohne kostspielige Apparate eine größere Leistungsfähigkeit erzielen kann. Wo es die Verhältnisse bedingen, daß man auf einmal und in kurzer Zeit viele und große Räume desinfizieren muß, dürfte das Autanverfahren den Vorzug verdienen. Dafür führt der Verf. ein Beispiel an: In der Schweiz sollte eine Kaserne, in der Typhus vorgekommen war, vom Keller bis zum Speicher innerhalb 5 Tage desinfiziert werden, damit ein Regiment in die Kaserne gelegt werden konnte. Es wäre unmöglich gewesen, die Räume in einer Ausdehnung von 30 000 Kubikmetern in so kurzer Frist mit Formaldehyd zu desinfizieren, und man hätte viele Dutzende von Desinfektions- und Ammoniakentwicklungsapparaten gebraucht, deren Beschaffung kaum möglich gewesen wäre. So desinfizierte man die ganze Kaserne innerhalb 2 Tage mit 1000 Packungen Autan.

4. Scharlachrot ist ein neuer Teerfarbstoff, der von der Chemischen Fabrik Kalle & Co. in Biebrich hergestellt wird. Das Mittel wurde zur Wundbehandlung empfohlen. Gelegentlich der Uebungskurse für Aerzte in Magdeburg wurden einige Fälle vorgeführt, bei denen Scharlachrotsalbe von hervorragender Wirkung gewesen war. Ein Fall mit ausgedehnter Verbrennung des Rückens kam unter prophylaktischer Anwendung des Fibrolysins (während des Heilprozesses) zur völligen Heilung in kurzer Zeit ohne Narbenbildung. Das Scharlachrot kommt in Salben mit 5—10% Gehalt zur Anwendung. Benutzt wird das Biebricher Scharlach B extrafein. Dies gehört in die Gruppe der Azofarbstoffe und stellt als Scharlachrotpulver eine rotbraune Substanz dar, die sich in Wasser leicht löst. Die verdünnte Lösung zeigte eine schöne scharlachrote Farbe. Das Hantieren mit der Salbe ist nicht so unangenehm, wie z. B. mit Methylenblau. Die Salbe färbt die Haut kirschrot, läßt sich aber trocken leicht mit Watte abwischen. Wäsche und Verbandmaterial wird natürlich gefärbt, namentlich wenn Wundsekrete hinzutreten. Für die Salbe bildet die Salbengrundlage Vaselin und Lanolin. Die Formel für ein 5—10 proz. Unguentum Scarlatinae würde sein: Rp. Scharlachrot B pulv. subtil. 1—2,0, Unguent. Paraffin., Lanolin āā ad 20,0. Der Preis dieser Salbe würde 1,— M. betragen. 1 g Scharlachrot kostet 5 Pf., ist also viel billiger wie andere pulverförmige Antiseptika: Dermatol, Xeroform, Vioform etc.

Anmerkung bei der Korrektur. Nach Abfassung des Referates über Scharlachrot hatte ich Gelegenheit, mit dem Sekundärarzt der chirurgischen Abteilung des Altstädt. Krankenhauses in Magdeburg über die Wirkung des genannten Präparates zu sprechen, der sich sehr anerkennend über die therapeutischen Erfolge, welche mit Scharlachrot erzielt wurden, aussprach. Gleichzeitig fand ich einen Artikel in der Münch. Med. Wochenschrift, 1908, Nr. 38, von Clementine Krajca, die auf Grund ihrer Erfahrungen am Material des evangelischen Krankenhauses in Cöln die Scharlachrotsalbe sehr empfiehlt und eine gleichzeitige Kombination dieser Behandlung mit inselförmigen Hauttransplantationen vorschlägt. Die Anwendung geschah in der Weise, daß die 8 proz. Salbe auf sterile Mullläppchen messerrückendick aufgestrichen und 24 Stunden auf den Granulationsflächen belassen wurde, ohne den von Schmieden vorgeschlagenen wasserdichten Stoff darüberzudecken. Es wurde täglich abwechselnd Scharlachrot- und Borsalbe verwendet. Ueberwuchernde Granulationen wurden mit Höllenstein touchiert. Nur bei Hautreizung wurde länger als 24 Stunden die Scharlachrotsalbe ausgesetzt.

Technische Neuerscheinungen.

Ein neues Pessar gegen Uterus- und Scheidenvorfall.

Von Dr. **Ludwig Friedmann**, Krakau.

Das Pessar besteht aus zwei Teilen, einem Ring und einem Bügel, der in seiner Form der unteren Hälfte des modifizierten Hodgepessars ähnlich sieht; beide sind aus Stahl gefertigt und mit Hartgummi überzogen; sie sind mittels eines Scharniers miteinander verbunden, wobei dank der Konstruktion des Scharniers und der elastischen Spannung der Bügelarme das Pessar seine Form (Ring und Bügel in rechtwinkliger Stellung zueinander) gewöhnlich behält und nur bei Anwendung einer gewissen Kraft mittels zwei oder drei Finger zusammengeklappt werden kann. Durch Zusammendrücken der Bügelarme kann der Bügel vom Ring entfernt werden, wobei die Details des Scharniers einer gründlichen Säuberung zugänglich werden. Die am Scharnier von Hartgummi entblößten Metallteile sind verzinnt, zum Schutze gegen die Scheidensekrete. Indem man mit Daumen am Ringe, mit Zeige- und Mittelfinger am Bügel drückt, klappt man das Pessar zusammen und führt es zusammengeklappt wie ein gewöhnliches Hodgepessar in die Scheide ein; dann klappt man mittels Zeige-, ev. Mittelfinger den Bügel auf und wendet ihn entweder nach vorn zur Symphyse oder nach hinten zum Kreuzbein, je

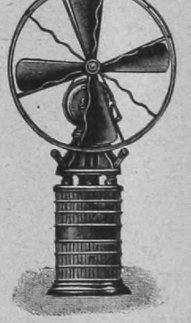
Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

nachdem die hintere oder vordere Scheidenwand mehr vorfällt. Dank dem sich am muskulösen Boden des kleinen Beckens stützenden Bügel behält der Ring die zur Scheidenachse senkrecht stehende, erwünschte Richtung, wird in der Scheide behalten und hält, indem sich die Scheidengewölbe an ihm stützen, Scheide und Uterus von dem Vorfall zurück. Sowohl betreffs der Dimension des Ringes wie auch des Bügels werden verschiedene Größen angefertigt, so daß in jedem Falle des Uterus- oder Scheidenvorfalles ein passendes und haltendes Pessar anzupassen möglich ist. Eine Ausnahme bilden nur die Fälle mit Trichterform der Scheide infolge atrophierender Kolpitis, wo ein Pessar keinen Halt hat. Will man das Pessar entfernen, so muß man es vorher wieder zusammenklappen, indem man mit Zeige- und Mittelfinger den Ring, mit dem Daumen das Bügelende erfaßt und zusammendrückt. Einführen sowohl wie Entfernen des Pessars läßt sich leicht und schmerzlos ausführen. Weitere Vorzüge gegenüber anderen bisher gegen Uterusvorfall in Verwendung stehenden Pessaren sind folgende: Das neue Modell ist leicht zu säubern und erleichtert auch Sauberhaltung der Scheide, indem es nicht so leicht wie Schalen- und voluminöse Ringpessare die Scheidensekrete zurückhält. Indem es mit seinem Bügel sich an einer größeren Scheidenwandfläche stützt und drückt als Stiel-, Zapfen- und Keulenpessare, wird dem Entstehen von Druckgeschwüren leichter entgegengewirkt. Der geschlechtliche Verkehr wird durch dasselbe in keiner Weise gehindert.

Das Pessar wird hergestellt von der Firma H. Reiner in Wien, von Swietengasse 10.

(Zentralblatt f. Gynäkologie, Nr. 31.)

Ein neues Schutzmittel gegen die Uebertragung von Krankheiten durch Insekten.



Die Erkenntnis, daß manche Insekten, die Ueberträger von Infektionskrankheiten sind (Tsetsefliege, Moskitos), sich nirgends aufzuhalten vermögen, wo ein Luftstrom von einer gewissen Stärke fühlbar ist, hat man durch Erzeugung eines solchen Luftstromes in Wohnräumen nutzbar zu machen versucht. Dazu standen bisher nur die elektrischen Ventilatoren zur Verfügung, deren Anwendung aber das Vorhandensein des elektrischen Stromes voraussetzt. Einen Ersatz für diese bilden die neuesten „Jost-Lampen-Ventilatoren“. Diese können in Form von Saug-, Decken-, Tischventilatoren zur Anwendung kommen und bringen eine wirksame Ventilation hervor, welche die Räumlichkeiten frei von Insekten hält, die auf einen Luftstrom reagieren. Diese Lampenventilatoren werden durch flüssige Brennstoffe (Spiritus, Petroleum) betrieben; die nötigen Mengen des Brennstoffs sind gering; während einer Betriebsdauer von 10 Stunden ist etwa $1/2$ Liter erforderlich, das würde bei Verwendung von Petroleum etwa 9 Pf. Betriebskosten verursachen. Die Apparate vereinigen also mit dem Vorteil, daß sie völlig unabhängig, nicht an eine Zentrale gebunden sind, den der außerordentlich niedrigen Betriebskosten (etwa $1/5$ der des elektrisch betriebenen Ventilators). Dadurch wird es möglich, diese Ventilatoren in großem Maßstabe zur Bekämpfung der durch Insekten verbreiteten Tropenkrankheiten anzuwenden. Auch da, wo zwar elektrischer Strom vorhanden ist, aber die Verwendung der elektrischen Ventilatoren wegen der hohen Betriebskosten nicht angängig sit (in bescheiden fundierten Hospitälern, Sanatorien, in Feldlazaretten und Krankenbaracken), können die billig zu betreibenden Jost-Lampen-Ventilatoren ein Verwendungsgebiet zur Erzeugung ausreichender Ventilation finden. Die Apparate werden bei der Firma F. C. Jenkins, Hamburg, Königstraße 7, geführt. (Zeitschrift für Krankenpflege, Heft 9.)

M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Komitees von Dr. med. Magnus Hirschfeld, prakt Arzt in Charlottenburg. IX. Jahrgang. Leipzig 1908, Verlag von Max Spohr. 664 Seiten. Preis 12 M. brosch., 13,50 M. elegant gebunden.

Nach etwas längerer Pause als sonst liegt der IX. Band des heute ja allbekannten Jahrbuches vor, von dessen Gediegenheit und Reichhaltigkeit folgende kurze Inhaltsangabe ein Bild geben mag: 1. In einer juristischen Abhandlung: „Inwiefern widerspricht der § 175 des Strafgesetzbuches dem richtigen Recht“ gibt Dr. jur. Numa Praetorius die Gründe an, die logischerweise bei einer Revision des Strafgesetzbuches zur Aufhebung des § 175 zwingen ,wobei er besonders Wachenfeld, den bekannten Verfechter des § 175 an der Hand eines anderen bedeutenden Juristen, Mittermaier, schlagend zurückweist, weil der homosexuelle Verkehr re vera keinen Eingriff in die staatliche Ordnung darstellt und die durch § 175 hervorgerufenen Schäden seine Vorteile bei weitem überwiegen.

2. Dr. Alfred Kind schreibt: „Ueber die Komplikationen der Homosexualität mit anderen sexuellen Anomalien“ und zwar liegt seinen Beobachtungen ein Material von 550 Homosexuellen zugrunde; es ergab sich, daß bei rund einem Fünftel die Homosexualität mit Masochismus resp. Sadismus, Fetischismus, Exhibitionismus, Mixoskopie etc. kompliziert war, d. h. „der Begriff der Homosexualität allein charakterisiert die Triebanlage einer erheblichen Anzahl Konträrer nicht genügend erschöpfend.“

Die 3. Studie: „Giovan Antonio il Sodoma, der Maler der Schönheit“ von Elisar von Kupffer ist eine vorwiegende „Seelen- und Kunststudie“, eine außerordentlich fleißige Arbeit, die zeigt, warum er den Namen „il Sodoma“ führte, der für ihn zum Ehrennamen geworden war, während die

4. Arbeit: „Christine, Königin von Schweden, in ihrer Jugend“ von Sophie Höchstetter eine psychologische Geschichtsstudie ist, in der Verfasserin beweist, das Christine bisexuell war, „die größte fürstliche Frau aus dem Zwischenstufengeschlecht“.

Nr. 5 und 6: „Sokrates und die Homosexualität“ von Dr. O. Kiefer-Stuttgart und: „Der παίδων ἔρωσ in der griechischen Dichtung“ von P. Stephanus sind philologische Arbeiten. Kiefer zeigt einerseits die bisexuelle Natur des Sokrates, andererseits die Entsagung der homosexuellen Betätigung desselben.

In Nr. 7 gibt Dr. Friedrich S. Krauß in Wien zum ersten Male Kunde davon, daß Kulke ein Homosexueller war und in Nr. 8 Dr. P. Näcke-Hubertusberg ein Studie: „Ueber Homosexualität in Albanien“ an der Hand eines Briefes eines angesehenen deutschen Gelehrten, der Albanien bereist hat.

Die letzte wissenschaftliche Originalarbeit: „Fragment der Psychoanalyse eines Homosexuellen“ von Dr. J. Sadger, Nervenarzt in Wien, ist eine der besten Arbeiten des Jahrbuches überhaupt, welche zeigt, daß die psychoanalytische Methode Freuds noch außerordentlich viel zum tieferen Eindringen in das Wesen des Uranismus leisten kann. Ob die psychoanalytische Methode auch eine therapeutische Handhabe gegen die Homosexualität uns geben wird, muß vorerst noch unentschieden bleiben.

Zuletzt gibt Dr. Numa Praetorius wieder eine Besprechung der wissenschaftlichen Bibliographie der Jahre 1906 und 1907, sowie eine solche der belletristischen Bibliographie der Jahre 1905—1907, welche Besprechung wohl wieder am besten mit dem Ausdruck „klassisch" gekennzeichnet wird.

Diese kurze Skizzierung des Inhaltes des ganzen Jahrbuches zeigt, daß es unmöglich ist, auch nur einigermaßen näher darauf einzugehen. Hirschfeld hat auch mit diesem Jahrgange seines Jahrbuches gezeigt, wie ernst es ihm um die wissenschaftliche Durchforschung seines Sondergebietes, Homosexualität, ist. Juristische, medizinische, philologische, künstlerische u. a. Mitarbeiterschaft namhafter Autoren präsentiert sich wie in früheren, so auch in diesem Jahrbuch, und, wie ich immer wieder bei Besprechungen früherer Jahrgänge betont habe, ist die rein wissenschaftliche Bearbeitung und Erforschung des homosexuellen Gebietes die beste Waffe in dem Kampfe um das wahre Wesen der Homosexualität und damit um die Nichtberechtigung des § 175. Nur durch streng wissenschaftliche Durchforschung dieses Gebietes werden die Gegner endlich zur Waffenstreckung gebracht werden.

Der 9. Jahrgang des Jahrbuches schließt sich seinen Vorgängern würdig an, die ganze Sammlung ist ein Standard work für das Studium der Homosexualität wie des Sexuallebens überhaupt, dessen kein ernster Forscher der Sexologie entbehren haupt, ein Werk, das kein ernster Forscher der Sexologie entbehren kann.

Rohleder-Leipzig.

Ueber das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Von Dr. Josef Berze. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen 1908, VI. Bd., Heft 5—6.

Die forensische Begutachtung geistig schwacher Individuen stützt sich der Hauptsache nach auf die Beurteilung des geistigen Inventars. Verfasser setzt in überzeugender Weise auseinander, daß eine richtige Beurteilung des geistigen Besitzstandes nicht schon, wie dies so häufig in psychiatrischen Gutachten geschieht, durch oberflächliche Prüfung der Schulkenntnisse, sondern erst durch wiederholte Prüfung jedes der einzelnen Teile des geistigen Inventars gewonnen werden kann. Die Brauchbarkeit der bekannten Frageschemata reicht nicht über die Erkennung eines schon ziemlich hochgradigen Schwachsinnes hinaus. Durch das geltende Recht sind wir auch genötigt, die an sich unhaltbare Differenzierung von Abnormität und Krankheit zu machen. Verf. gibt dem Gutachter den Rat, wenn die Strafprozeßordnung ihn nicht zwingt, sich auf das Gesetz zu beziehen, in seinem Gutachten nur das möglichst deutlich zum Ausdruck zu bringen, was ihm seine rein psychiatrische Ueberzeugung sagt. Unzurechnungsfähigkeit liegt dann vor, wenn das geistige Inventar eines Individuums sich dadurch insuffizient erweist, daß ihm die moralischen Begriffe, welche die Triebhandlungen modifizieren, abgehen, oder dadurch, daß diese Begriffe die erforderliche Auslösbarkeit und Wertigkeit nicht erlangt haben. Auch die Geschäftsfähigkeit hat einen gewissen Grad von Intelligenz zur Voraussetzung. Ob dieser Grad im speziellen Falle vorhanden ist, läßt sich außer durch eine allgemeine Intelligenzprüfung besonders durch Prüfung der Quantität und Verfügbarkeit desjenigen geistigen Besitzes feststellen, der sich auf die bürgerlichen Verkehrsbeziehungen bezieht.

Die klaren und interessanten Ausführungen verdienen von jedem Arzt, der in die Lage kommt, vor Gericht psychiatrische Gutachten abzugeben, gelesen und beherzigt zu werden.

Prof. Ernst Ziemke-Kiel.

Der abscheuliche Lebertran! Sollte man nicht endlich den alten Zopf abschneiden dürfen und statt Lebertran und Tranpräparate für die Folge Fucol und Fucol-Präparate verordnen? Fucol wirkt doch bei sonst gleichen Eigenschaften energischer und schneller und schmeckt angenehmer. Originalflaschen à 1/2 Liter kosten Mk. 2—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Der Alkoholismus, seine strafrechtlichen und antisozialen Beziehungen und seine Bekämpfung. Von Med-Rat Dr. Balser, Assessor Aul und Dr. Waldschmidt. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI. Bd., Heft 2—3. Halle a. S., Carl Marhold.

Drei ausgezeichnete Referate zur Alkoholfrage, welche die am häufigsten in der strafrechtlichen Praxis vorkommenden Formen der Alkoholvergiftung nebst ihren Beziehungen zur Kriminalität und die zweckmäßigste Art der Behandlung der Trinker, sowie die Mittel und Wege erörtern, welche geeignet sind, die verschiedenen durch den Alkoholmißbrauch verursachten Schädigungen zu beseitigen. Zahlreiche Beispiele aus der Praxis dienen zur Illustration des verderblichen, die Kriminalität steigernden Einflusses des Alkohols.

Prof. Ernst Ziemke-Kiel.

Allgemeines.

Freie Vereinigung biologisch-denkender Aerzte. Die am 17. Oktober zu Wiesbaden abgehaltene General-Versammlung war von 22 Mitgliedern besucht, außerdem nahmen 9 Wiesbadener Aerzte als Gäste teil. Die drei Vorträge wurden mit Beifall aufgenommen und veranlaßten eine lebhafte Diskussion. Darauf wurde die Begründung einer wissenschaftlichen Gesellschaft vorgenommen, unter dem Namen

Medizinisch-biologische Gesellschaft.

In den Vorstand wurden gewählt die Herren Bachmann, Harburg, Esch, Bendorf, Kleinschrod, München, und Faßbender, Ibbenbüren. Statutenentwurf und Programm wird den Mitgliedern der bisherigen Freien Vereinigung demnächst zugehen.

Ueber die Aussichten im ärztlichen Beruf. Ueber die Aussichten im ärztlichen Beruf sind in der letzten Zeit vielfach Erörterungen in der Presse angestellt worden. Die Aerzte weisen auf den großen Ueberfluß hin, während große Krankenkassenverbände, die an einer weiteren Zunahme der Aerztezahl ein, wenn auch nicht berechtigtes, so doch für den Sachkundigen begreifliches Interesse haben, neuerdings direkt zum Studium der Medizin auffordern. Zu diesem Kampf der Meinungen sei auf zwei gewichtige Stimmen hingewiesen, denen man genügende Vertrautheit und sachliches Urteil wohl kaum absprechen kann: der Direktor im kaiserlichen statistischen Amt, kaiserl. Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, hebt im Reformblatt für Arbeiterversicherung (1908, Nr. 19) die Ueberfüllung des ärztlichen Berufes als Grund für die Notlage des ärztlichen Standes ausdrücklich hervor. Zu der gleichen Auffassung gelangt man durch die neueste Veröffentlichung des bekannten Medizinalstatistikers Dr. Friedr. Prinzing, der in der „Deutschen med. Wochenschrift" seine durch amtliche Zahlen gestützte Beweisführung bezüglich des Aerzteüberflusses mit den Worten schließt: „Ich kann nicht umhin, das harte Wort auszusprechen, daß ich es für leichtsinnig halte, den Abiturienten das Medizinstudium wegen eines angeblich eintretenden Aerztemangels zu empfehlen." Ein entscheidendes Wort zu der Frage, ob Aerztemangel oder -überfluß vorhanden ist, spricht schließlich die Statistik der Universitäten, nach welcher die Zahl der Medizinstudierenden in den letzten drei Jahren um mehr als 36% zugenommen hat; das Ergebnis dieser Vermehrung wird sich in den nächsten Jahren, etwa vom Jahre 1913 ab, empfindlich bemerkbar machen. Angesichts dieser Thatsache und jener gewichtigen Urteile maßgebender Sachverständiger können den aus den Krankenkassenkreisen hervorgehenden Versuchen, trotz des zurzeit bestehenden und nachweislich für die nächsten Jahre zu erwartenden Ueberflusses an Aerzten den Abiturienten das Studium der Medizin als aussichtsvoll zu empfehlen, sachliche Beweggründe wohl kaum noch zugebilligt werden. Das Mißverhältnis zwischen Nachfrage und Angebot im ärztlichen Beruf ist schon zurzeit so groß, daß zum Beispiel allein durch die Stellenvermittelung des ärztlichen wirtschaftlichen Verbandes im letzten Jahre mehr als 2000 junge Aerzte nach geeigneter Beschäftigung suchten.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax,** Abbazia, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J. Kocks,** Bonn, Prof. Dr. **G. Köster,** Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel,** Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer,** Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter,** Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 1. November 1908. **Nr. 44.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1.50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
Oscar Vulpius, Heidelberg: Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes . . . 645
Friedr. Dessauer, Aschaffenburg: Probleme und Methode der Tiefenbestrahlung mit Röntgenstrahlen . . . 647
H. Schaefer, Wernigerode a. H.: Verbrechen Jugendlicher und Geisteskrankheit . . . 649
Referate:
A. Laqueur, Berlin: Physikalische Therapie . . . 651
Wilh. Baetzner, Berlin: Stauungs- und Saugtherapie . . . 652
K. Försterling, Mörs: Röntgentherapie . . . 653
H. E. Schmidt, Berlin: Radiotherapie . . . 654
A. Stoffel, Heidelberg: Orthopädie . . . 654
G. Flatau, Berlin: Neurologie und Psychiatrie . . . 655
F. von der Velden, Frankfurt a. M., W. Esch, Bendorf am Rhein: Varia . . . 656
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 657
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 657
Technische Neuerscheinungen:
M. Plien, Berlin: Blutstillungszange nach Blunk . . . 658
Bücherbesprechungen . . . 658
Alexander Pilcz, Leipzig und Wien: Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner (Ref.: E. Ziemke, Kiel) . . . 658
Albrecht Freih. von Notthaft, Leipzig: Die Legende von der Altertumssyphilis (Ref.: J. Baum, Berlin) . . . 659
Bresgen: Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Haseninnern (Ref.: M. Halle, Charlottenburg) . . . 659
Allgemeines . . . 659

ORIGINALIEN.

Aus der Prof. Dr. Vulpiusschen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

Die Behandlung des angeborenen Klumpfusses.

Von Prof. Dr. **Oscar Vulpius.**

Die Klumpfußtherapie schien infolge einer erfreulichen Entwicklung der letzten Jahrzehnte zu einem so gut wie definitiven Abschluß gelangt zu sein.

Ganz unerwartet wurde auf dem Deutschen Orthopäden-Kongreß des vergangenen Frühjahrs dieses Kapitel der orthopädischen Therapie Gegenstand lebhafter Erörterungen, und es folgte eine Reihe von Publikationen, welche zur Ueberraschung Vieler zeigten, daß die Ansichten über die richtige Behandlungsweise, über den Zeitpunkt, zu dem die Behandlung beginnen soll, ja geradezu über alle wichtigen Prinzipien- und Detailfragen einander geradezu diametral gegenüberstehen. Auf den praktischen Arzt muß ein solcher Widerstreit anreizend wirken, und es dürfte deshalb für die Leser dieser Wochenschrift nicht unerwünscht sein, orientiert zu werden über die Methoden, welche trotz jüngst erhobenen Widerspruchs sich in meiner Klinik herausgebildet und bewährt haben bei der Behandlung des ersten Tausend von Klumpfüßen, und an denen wir darum festhalten bei dem zweiten Tausend, mit dem wir seit einigen Jahren schon beschäftigt sind.

Ich erwähne diese Zahlen nur, um meine Berechtigung darzutun, in dieser Sache den Herren Kollegen in der allgemeinen Praxis Ratschläge zu erteilen.

Wann sollen die angeborenen Klumpfüße in Behandlung genommen werden?

Ganz unzweifelhaft so früh als möglich. Dieses „möglich“ ist bedingt, einmal durch den Zustand des Neugeborenen. Wir werden ein an sich schwaches Kind nicht durch schmerzhafte Manipulationen schädigen dürfen, in jedem Falle aber auch bei gut entwickeltem Patienten das Ende des ersten Lebensmonates abwarten!

Eine weitere wesentliche Bedingung sind die sozialen Verhältnisse der Eltern. Da eine im ersten Lebensvierteljahr eingeleitete Therapie fast tägliche Inanspruchnahme des Arztes nötig macht, so wird man bei Armen lieber etwas länger zuwarten, um dann bei dem drei bis vier Monate alten Kind energischere und darum rascher zum Ziel führende Mittel anzuwenden.

Mit dem Ende des ersten Lebensjahres aber soll die Kur in allen wesentlichen Punkten beendigt sein, damit von den ersten Gehversuchen an eine normale Belastung des Fußskelettes zustande kommt. Es ergibt sich aus dem Gesagten, daß wir ältere Klumpfußkinder ungesäumt in Behandlung nehmen müssen. Und hinzuzufügen wäre nur noch, daß eine obere Altersgrenze zwar nicht besteht, daß aber die Erfolge um so unvollkommenere werden, je schwerer die knöcherne Deformität des Fußes, je er-

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

heblicher die sekundären Weichteilveränderungen am Unterschenkel sind.

Wie soll die Behandlung durchgeführt werden?

Es wurde vorhin schon angedeutet, daß wir Methoden von verschiedener Intensität und Wirkung besitzen.

Unter ihnen ist das tägliche Redressieren mit nachfolgender Bindenwicklung die mildeste. Eine Hand umfaßt den Unterschenkel bis zu den Knöcheln, diese vor Einknickung schützend, die andere Hand führt den Fuß aus der Adduktion in Abduktion, aus der Supination in Pronation, aus der Equinusstellung in Hackenfußposition.

Wir fühlen, wie allmählich die elastischen Widerstände nachlassen, die Stellungskorrektur vollkommener wird. Leicht läßt sich nach 8—14 Tagen der Fuß nach jeder Sitzung auf eine einfache Nachtschiene befestigen, die, während des größeren Teiles des Tages getragen, den jeweiligen Redressionserfolg festhält.

Wir behandeln jeden Klumpfuß des ersten Lebensjahres in dieser Weise vor, soweit es irgend möglich ist. Und zwar richtet sich die Dauer dieser Vorbereitung nach dem Alter des Patienten und nach der Schwere der Deformität.

Während der ersten drei bis vier Lebensmonate kommt eine andere Behandlung überhaupt nicht in Betracht, später wird die Periode der täglichen Behandlung auf 1—4 Wochen bemessen.

Vom zweiten Lebensjahre an ist diese Vorbereitung nur bei besonders schweren Fällen notwendig, wenngleich sie auch hier mit Vorteil angewendet wird.

Hat das tägliche Redressement die Deformität sozusagen erweicht, so folgt in einer einzigen, bei hochgradiger Deformität in wiederholter Sitzung das gewaltsame Redressement in konzentrierterer Anwendung als bisher.

Wir charakterisieren diese Manipulation als „modellierendes“ Redressement und wollen damit sagen, daß wir kein rohes Durchbrechen der Weichteil- und Knochenwiderstände anstreben, sondern ein beinahe künstlerisches Umformen des Fußes ohne Zerreißen und Frakturieren. Die Weichteilüberdehnung soll es ermöglichen, daß die einzelnen Skeletteile in normale Lagebeziehungen zueinander gebracht werden und durch dauerndes Fixieren dieser Korrektur bezw. Ueberkorrektur im Verband eine Rückbildung ihrer Konfiguration zur Norm erfahren.

Auch wenn die anfänglich geübten täglichen Redressierungen anscheinend tadellose Stellungskorrektur zustande gebracht haben, sollen wir auf den oben beschriebenen letzten Ansturm, der allerdings meist die Narkose erwünscht macht, nicht verzichten. Nur auf diese Weise wird der Erfolg ein dauernder sein. Und ferner empfiehlt es sich, ebenso ausnahmslos nach Beendigung des modellierenden Schlußredressements die subkutane Achillotenotomie auszuführen. Der einfache und harmlose Eingriff schützt gegen das stets drohende Rezidiv des Spitzfußes.

Ehe wir den Gipsverband anlegen, muß es uns gelingen, ohne jegliche Kraftanwendung den Fuß in Platt-Hackenfußstellung überzuführen. Die Anlegung des festen Verbandes erfordert allerdings einige Uebung, um einerseits Decubitus, andererseits sein Abrutschen zu vermeiden. Gleichmäßige und sparsame Wattepolsterung, exaktes Umwickeln der Gazebindenunterlage und gute Gipstechnik führen uns anstandslos zwischen Scylla und Charybdis hindurch. Wer bei Kindern auf den Gipsverband gänzlich verzichten zu müssen glaubt, gibt damit ohne weiteres zu, daß er ihn nicht anzulegen versteht.

Allerdings empfiehlt es sich, auch wenn die bei der ersten Sitzung erzielte Position eine Wiederholung des modellierenden Redressements unnötig erscheinen läßt, den Gipsverband mindestens einmal behufs Kontrolle zu wechseln.

Wie lange soll die Fixationsperiode bemessen werden? Kürzere Zeit als zwei Monate lasse ich den Verband auch bei leichteren Fällen kaum je tragen, meist aber 3—4 Monate. Etwas zu viel des Guten richtet keinesfalls Schaden an, ein zu wenig kann unseren Erfolg völlig zu schanden machen.

Und nun noch die Nachbehandlung!

Dieselbe muß wie alles Gute den Stempel der Einfachheit tragen, ebenso wie die bisher geschilderte Klumpfuß-Therapie. Wer mit komplizierten Schienenhülsenapparaten, mit besonders nach Modell gefertigten Nachtschienen u. dgl. nachzubehandeln nötig hat, der begeht ganz unzweifelhaft den prinzipiellen Fehler, daß er die Nachbehandlung einleitet, ehe die Behandlung richtig zu Ende geführt ist.

Die Verbandperiode darf erst dann als abgeschlossen gelten, wenn der Fuß ohne jede Nachhilfe in Ueberkorrektur stehen bleibt und aktive Abduktion und Dorsalflexion ohne gleichzeitige Supination wenigstens andeutungsweise möglich ist.

Setzt man auf den Schienenhülsenapparat und andere Bandagen das Vertrauen, daß sie einen zurückgebliebenen, wenn auch kleinen Rest der Klumpfußdeformität vollends beseitigen werden, so wird dies Vertrauen ganz gewiß schnöde getäuscht. Zu allen Unbequemlichkeiten des Apparattragens muß der Patient noch die gewisse Aussicht in Kauf nehmen, daß er einem Rezidiv in des Wortes eigentlicher Bedeutung „entgegengeht“. Massage und leichte Gymnastik, eine einfache Nachtschiene aus Stahlsohle und Außenschiene, ein richtig und stark gebauter Schnürschuh ohne jede Schiene — das ist alles, was während der nächsten Monate noch anzuwenden ist.

Führt diese — wenn wir die Achillotenotomie abrechnen — unblutige Behandlung, vorausgesetzt, daß sie kunstgemäß geübt wird, regelmäßig zu völliger Heilung?

Diese Frage ist bisher häufig mit übergroßem Optimismus bejaht worden, während reichliche Erfahrung und gründliche Nachuntersuchung ein anderes Ergebnis liefern.

Für weitaus die meisten Fälle kann allerdings behauptet werden, daß die plantigrade Fußstellung sich erzielen und dauernd erhalten läßt. Spurlos verschwindet freilich die Deformität häufig nicht.

Der Calcaneus bleibt mangelhaft gebildet, namentlich sein Processus posterior, und die Folge davon ist eine deutliche Atrophie der Wade.

Auch läßt sich oft die Beweglichkeit des Sprunggelenkes nicht in vollem Umfang erzielen. Trotz dieser Residuen dürfen wir uns doch mit gutem Gewissen der Erfolge freuen, unsere Patienten werden mit Hilfe der unblutigen Therapie andauernde Sohlengänger, denen man die einstige Deformität kaum oder gar nicht anmerkt.

Aber es gibt auch Ausnahmen von dieser gewiß erfreulichen Regel, Ausnahmen, die sich schon zu Beginn und während der Behandlung präsentieren, und solche, die durch stets erneute Rezidive ihre rebellische Natur dartun.

Diese Ausnahmefälle — sie mögen immerhin 10 bis 15 Prozent der Klumpfüße darstellen — wegzuleugnen, zu übersehen und ohne individualisierende Berücksichtigung mit den gleichen Mitteln zu behandeln wie das Gros unserer Patienten, ist natürlich ein Fehler, der zu Mißerfolgen führen muß, ein ebensogroßer Fehler wie die kritiklose Anwendung blutiger Orthopädie bei allen Klumpfüßen.

Bei einiger Erfahrung und Uebung läßt sich bei der ersten Untersuchung oder zu Beginn des Redressements schon sagen, ob das unblutige Redressieren den vollen Sieg bringen wird. Auf alle Fälle muß aber versucht werden, mit Hilfe desselben so viel als möglich von der Deformität zu beseitigen, um einen möglichst kleinen Anteil derselben dem Messer zu überantworten.

Es handelt sich bei solchen hartnäckigen Fällen um hochgradige Knochendeformität, insbesondere des Talus, und zwar sowohl im Bereich des oberen wie des unteren

Sprunggelenkes. Es ist unmöglich, die nach vorne verbreiterte Rolle des in Equinus stehenden Talus in die Malleolengabel hineinzuzwängen oder den rechtwinklig abgeknickten Vorderfuß in die Längsachse des Calcaneus zu stellen, ohne zugleich eine Subluxation zu erzeugen. Oder aber es ist nicht zu erzwingen, daß das Fersenbein in eine genügende Abduktionslage hinübergedrängt wird.

Alle Weichteildehnung, wie kunstgerecht sie geübt werde, zerschellt nutzlos an den deformen Klippen der Fußwurzel. Hier gilt es, am Skelett den Hebel anzusetzen.

Häufig genügt die Aushöhlung des Talus, um ihn, natürlich unter einiger Zerquetschung seiner Rinde, richtig in die Malleolengabel einzusetzen, manchmal muß das Sprungbein exstirpiert, selten ein Keil aus dem Tarsus reseziert werden. Die Durchmeißelung oder Infraktion des äußeren Malleolus vermag ebenfalls Gutes zu leisten. Ich begnüge mich damit, diese kleinen Operationen eben zu nennen, da ihre Ausübung wohl meist dem praktischen Arzt nicht geläufig ist.

Ist es doch mehr Zweck dieser kurzen Skizze, dem Praktiker Direktiven für sein Verhalten, sein Beraten und Handeln zu geben, als in Einzelheiten einzugehen, die schließlich doch durch Beschreibung nicht zu lehren, nur durch spezialistische Uebung zu erlernen sind.

Probleme und Methode der Tiefenbestrahlung mit Röntgenstrahlen.

Von Direktor **Friedr. Dessauer**, Ingenieur, Aschaffenburg.

Vortrag auf dem Internat. Kongreß für Elektrologie und Radiologie, Amsterdam.

Meine Herren! Wer von Ihnen die Entwicklung des Röntgenverfahrens vom Beginne an tätig miterlebte, wird sich der Zeit erinnern, da durch Freund und Schiff in Wien die X-Strahlen mit Bewußtsein therapeutisch zum ersten Male angewendet wurden, die Röntgentherapie begründet wurde. Damals mußte ein kurzer Enthusiasmus einer weitverbreiteten Abneigung, einer Ueberskepsis weichen, und es bedurfte der langjährigen Bausteinarbeit vieler Untersucher, der Radiotherapie das Feld zu erobern, das ihr gebührt.

Heute steht sie nun groß da, und ein besonders bedeutungsvolles Ergebnis ist es, daß es ihr gelang, einzelne Formen oberflächlich liegender Kankroide und manche Sarkome wirksam zu bekämpfen.

Eine der Grundlagen der Radiotherapie ist die differente Reaktion verschiedener Zellen auf gleiche Größen des therapeutischen Agens. Man weiß, daß protoplasmareiche juvenile Zellformen, welche häufig das pathologische Gewebe bilden, dem Ansturm der X-Strahlung eher erliegen, als vollreife Organzellen. Liegen beide Zellgruppen an der Oberfläche, so daß sie gleichmäßig von der X-Strahlung getroffen werden, so kann es in einzelnen Fällen gelingen, die pathologischen Keime zum Schwund zu bringen, ohne daß die Haut, die gesunde Umgebung überhaupt merkbar reagiert.

Schon vor vielen Jahren hat man daran gedacht, in der Tiefe auch Wirkungen der X-Strahlung zu entfalten. Ist doch das Problem unendlich verlockend, nachdem man weiß, daß in einzelnen Fällen gerade die schlimmsten Krankheitsformen mit ihren protoplasmareichen Zellen sich als sensibel erwiesen haben. Aber das Problem ist nicht einfach, der Weg zur Lösung mühsam.

Die erste größere Abhandlung über diese Frage findet sich Ende des Jahres 1904 in den „Fortschritten auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen" von Perthes. Perthes hat eine Untersuchung angestellt zur Bestimmung der Durchlässigkeit menschlicher Gewebe für Röntgenstrahlen. Bei Gelegenheit dieser Untersuchung probierte er, wie tief die X-Strahlung wirke, und kam zu einem negativen Resultat. Dieses Resultat faßt er mit den Worten zusammen:

„Bei Bestrahlung des Körpers sinkt die Intensität der Röntgenstrahlen von der Körperoberfläche nach dem Körperinnern zu rasch ab. Bei Verwendung von mittelweichen Röhren ist in 1 cm Tiefe nur 50—60 Proz., in 2 cm Tiefe nur 35—45 Proz., in 3 cm Tiefe nur 20—30 Proz. der ursprünglichen Intensität vorhanden. Die Intensitätsabnahme erfolgt langsamer bei Verwendung harter Röhren, aber auch in diesem Falle sinkt die Intensität im 4. cm unter 40 Proz., im 5. cm unter 25 Proz. des ursprünglichen Wertes herab."

Danach erschien die Sache aussichtslos. Denn wenn eine pathologische Zellenanhäufung sich auch nur einige Zentimeter in die Tiefe erstreckte, so müßte man, um ihr zu schaden, der gesunden Oberfläche ein Vielfaches an Strahlung zuführen, und man war sicher, mehr zu schaden als zu nützen.

Das Problem ist aber, wie erwähnt, sehr verlockend. Winkt doch, wenn auch aus großer Ferne, die Hoffnung, daß wir vielleicht in einzelnen Fällen bei malignen Tumoren etwas würden ausrichten können — ich denke, es ist uns jedenfalls die Pflicht auferlegt, in dieser Richtung nicht stehen zu bleiben.

Ich stellte mir damals — Ende 1904 — das Problem, physikalisch so weit zu kommen, daß man in der Tiefe genau so bestrahlen könne, wie jetzt auf der Oberfläche der Haut. Das scheint beim ersten Blick unmöglich zu sein; denn es gibt drei Hindernisse, von denen jedes einzelne scheinbar diese Möglichkeit a priori ausschließt. Das erste Hindernis ist das Gesetz von der Quadratabnahme der X-Strahlen-Intensität. Bei der Bestrahlung wird ein doppelt soweit von der X-Strahlenquelle entfernter Gegenstand nur $^1/_4$ der X-Strahlung erhalten, genau wie im Lichte. Das zweite Hindernis ist die Tatsache, daß gerade die weichsten Strahlen, die am wenigsten in die Tiefe dringen, die größte Einwirkung auf die Zelle haben und daß schon aus diesem Grunde die Oberfläche bei der gewöhnlichen Bestrahlung durchschnittlich zehnmal mehr bekommt als die Tiefe. Das dritte Hindernis ist die differente Absorption der einzelnen Organe des menschlichen Körpers. Die Organe des menschlichen Körpers absorbieren ungleiche Mengen der X-Strahlen, wie jede Röntgenaufnahme beweist.

Ich verhehle mir dabei nicht, daß vom medizinischen Standpunkte aus vieles eingewandt werden kann, selbst wenn wir das Problem lösen. Man kann sagen, daß wir nicht wissen, wie manche tief gelegenen Organe, insbesondere, wie die Drüsen auf die Einflüsse der Strahlen reagieren würden. Man kann auch darauf hinweisen, daß wir nicht wissen, ob die Natur fähig ist, die in der Tiefe zerstörten Gewebeschichten zu resorbieren. Aber in erster Linie ist das Problem ein physikalisches und nur mit der physikalischen Seite der Sache habe ich mich zunächst zu beschäftigen. Das erste ist, daß wir in der Tiefe überhaupt bestrahlen können. Sodann erst kommt die Frage, was eintritt, dann erst kommt die vorsichtige medizinische Fragestellung. Und ganz sicher läßt sich diese medizinische Fragestellung mit Vorsicht so einleiten, daß man damit beginnt, solche Fälle mit Tiefenbestrahlung zu behandeln, bei denen jetzt die X-Strahlung nur einen teilweisen Erfolg hervorbringt.

Das physikalische Problem ist heute gelöst. Wenn ich die Resultate meiner vierjährigen Arbeit vorwegnehmen soll, so möchte ich sagen: es ist heute physikalisch zweifellos möglich, an tief gelegenen Stellen ein ebenso großes Maß von X-Strahlung zu applizieren, wie es die Oberfläche der Haut dabei empfängt. Dieses würde genügen, die Elektivwirkung zur Geltung zu bringen. Aber es ist außerdem auch möglich, fast in allen Fällen mehr, das Doppelte oder Dreifache an

Public

X-Strahlung an eine tief gelegene Stelle zu bringen, als es die Oberfläche erhielt.

Die Erklärung für diese Möglichkeit nehmen wir am besten aus der Optik.

Auch beim Lichte gilt das Gesetz, daß es im Quadrat der Entfernung abnimmt, daß also eine im doppelten Abstand beleuchtete Ebene nur $^1/_4$ der Beleuchtung erfährt.

Dieses Gesetz der quadratischen Abnahme gibt aber auch gleichzeitig die Möglichkeit einer homogenen Beleuchtung. Es ist praktisch gleichgültig für den Grad der Beleuchtung, ob ein 2 m entfernter Körper nun noch um 1 cm auf 2,01 m entfernt wird. 1 cm bedeutet nichts im Vergleich zu dem Totalabstand von 2 m. Wir können also sagen, in dem Abstande von 2 m von einer Lichtquelle ist das Licht praktisch auf die Tiefe von 1 cm homogen.

Die Erscheinung, daß bei einer gewissen Tiefe die Menge des auftreffenden Lichtes praktisch die gleiche ist, wenn das Gebiet einen genügenden Gesamtabstand von der Lichtquelle hat, bezeichnen wir als *räumliche Homogenität*.

Wird in die Entfernung von 2 m von der Lichtquelle ein Glaswürfel von vielleicht 1 cm Kantenlänge gebracht, der aus reinem farblosen Glase besteht, so können wir zwar nicht von dem Körper sagen, daß er kein Licht absorbiere, denn sonst würde er nicht sichtbar sein. Aber wenn wir von seiner Kantenwirkung absehen, so können wir wohl sagen, daß alle seine Teile gleichviel Licht absorbieren. Sowohl räumlich, denn seine Tiefe macht im Vergleich zur Distanz nichts aus, als auch spezifisch, denn der Glaskörper ist in allen seinen Teilen gleich und absorbiert im Verhältnis auch in allen seinen Teilen gleichviel.

Diese letztere Eigenschaft bezeichnen wir als die *spezifische Homogenität*. Wir meinen damit, daß alle *Teile* des Glaskörpers gleichviel Licht absorbieren.

Um nun mit Röntgenstrahlen in der Tiefe ebenso bestrahlen zu können, wie jetzt auf der Haut, müssen wir zwei Forderungen erfüllen: wir müssen den Körper räumlich und spezifisch homogen durchstrahlen, d. h. mit anderen Worten, er soll gegenüber der X-Strahlung sich so verhalten, wie der Glaskörper sich gegenüber dem Lichte verhielt. Die Dimensionen des zu beeinflussenden Gebietes müssen verhältnismäßig klein sein zum Abstand der Röntgenröhren und es muß eine Strahlung benutzt werden, welche den Körper so durchdringt, daß seine Teile, seine Organe ungefähr gleichviel Strahlung absorbieren.

Bei einer gewöhnlichen Röntgendurchleuchtung absorbieren die Organe des menschlichen Körpers *ungleichviel*. Darauf beruht ja die diagnostische Verwendung: die Knochen erscheinen als tiefschwarze Schatten, das Fleisch ist durchstrahlt, erscheint hell. Durchleuchten wir mit Röhren verschiedener Härte, dann bemerken wir, daß die Differenz der Absorption um so geringer wird, je härtere Röhren wir einschalten. Tatsächlich hat ja die Untersuchung des spezifischen Gewichtes der Organe im menschlichen Körper gezeigt, daß sie nur sehr wenig differiert, daß die Knochen und manche Gewebe nur sehr wenig spezifisch schwerer sind als das Wasser und einige Organe sehr wenig spezifisch leichter als das Wasser. Durch Benutzung von außergewöhnlich penetranten Strahlen gelangen wir denn auch tatsächlich zu einer Durchdringung, bei der Knochen und Weichteile nur noch um einige Prozent in der Absorption differieren.

Man kann harte Röntgenröhren von spezieller Konstruktion, wie meine Versuche ergaben, lange mit gewöhnlichen Induktoren, wesentlich besser und viel länger mit speziell dafür gebauten Induktoren betreiben. Ich habe viele Untersuchungen darüber gemacht, wie der Charakter der Strahlung und die Lebensdauer der Röhre von der Art der Hochspannungsentladung abhängt, welche durch die Röhre hindurchgeht. Auf diesem Wege bin ich dazu gelangt, harte Röhren mehrere hundert Stunden lang, im täglich etwa zehnstündigen Dauerbetrieb funktionieren zu lassen. Dieses gelang mir bereits im Jahre 1905. Ich meine die Versuche, die ich in der Klinik von Exzellenz Prof. Dr. V. *Czerny* in Heidelberg machte.

Es gibt nun noch ein sehr wesentliches Mittel, um die spezifische Homogenität zu erhöhen. Diese Mittel sind die sogenannten Strahlenfilter oder Strahlentransformatoren. Nach den Arbeiten von *Sagnac* wissen wir, daß die X-Strahlung Sekundärstrahlung bildet. Diese Sekundärstrahlung ist verschieden je nach dem Körper, in dem sie entsteht. Ich habe viele Körper untersucht. Man kann sie in positive und negative Transformatoren einteilen, je nachdem die in ihnen entstehende Sekundärstrahlung härter oder weicher ist als die hineingeleitete X-Strahlung. Die meisten Metalle sind negative Strahlentransformatoren, viele organische Körper, ferner insbesondere auch Glas sind positive Strahlentransformatoren. Solche verwenden wir bei unseren Versuchen, indem wir sie zwischen die Strahlenquelle und den menschlichen Körper bringen. Sie filtrieren etwa vorhandene, weniger penetrierende Strahlen ab und geben eine sehr penetrante. Strahlung.

Um die Strahlenmenge möglichst zu erhöhen, verwende ich stets gleichzeitig mehrere Röhren, 2, 4, 6, die durch kombinationsweise geschaltete Induktoren gleichzeitig mit sehr geringem Stromverbrauch in Tätigkeit gesetzt werden. Mit solchen Anlagen gelingt es, den Körper so zu durchstrahlen, daß er im ganzen noch einen schwachen Schatten auf den Leuchtschirm wirft, ohne daß sich Einzelheiten dabei differenzierten. Ja man kann 2, 3 oder 4 Menschen hintereinander in den Weg der Strahlung stellen. Sie werfen zusammen einen ziemlich gleichmäßigen trüben Schatten, werden demnach alle kräftig durchdrungen, ähnlich wie der Glaswürfel vom Lichte.

Es ist zweckmäßig, bei der Bestrahlung der einzelnen Körperteile die Wirkung nacheinander von verschiedenen Seiten eintreten zu lassen. Zu diesem Zwecke wird man das Objekt so verlagern, daß es immer andere Seiten der Strahlenquelle zukehrt, oder aber man wird die Strahlenquellen an verschiedenen Seiten des Objektes anordnen.

Auf diese Weise ist es auch möglich, der Tiefe viel mehr, als der Oberfläche an Strahlung zuzuführen. Nehmen wir als Beispiel den Fall eines mediastinalen Sarkomes. Wir lassen zunächst die Strahlung von vorne nach hinten durch den Körper hindurchtreten, und zwar durch eine davorgestellte starke Bleiwand, welche eine Oeffnung, ein Diaphragma besitzt. Die Strahlung geht dann homogen in Form eines Kegelstumpfes ventro-dorsal durch den Körper hindurch und trifft dabei das zu beeinflussende Gebiet. Danach ordnen wir unsere Bleiwand seitlich an, bestrahlen sie z. B. sinistro-dextral. Dann wird an einer Stelle eine Ueberkreuzung der beiden Strahlenwege stattfinden und dort wird die doppelte Strahlungsmenge wirken.

Die physikalische Grundlage der Homogenbestrahlung habe ich bereits zu Beginn des Jahres 1905 in der „Medizinischen Klinik" unter dem Titel „Beiträge zur Bestrahlung tiefliegender Prozesse" veröffentlicht (1). Vom Herbste 1905 bis zum Frühjahr 1906 habe ich in der Klinik des Herrn Prof. Dr. V. *Czerny*, zunächst zur Kontrolle der physikalischen Momente, solche Bestrahlungen durchgeführt und damit die physikalische Möglichkeit der Sache einwandfrei dargetan. Die physikalischen Ergebnisse legte ich im Januar 1907 der deutschen physikalischen Gesellschaft (2) vor, in deren Verhandlungen sie erschien. In der Zwischenzeit bin ich mit größter Aengstlichkeit, der großen Gefahr einer solchen Tiefenbestrahlung wohl bewußt, Schritt für Schritt vorangegangen. Ich kann wohl heute sagen, daß das Problem physikalisch und technisch endgültig gelöst ist. Wir können mit verhältnismäßig einfachen und billigen Apparaten in die Tiefe pro Stunde 1, auch 2 und in einigen Fällen auch mehrere *Kienböck*sche Einheiten applizieren. Am besten geht die Tiefenbestrahlung mit den speziell dafür konstruierten Apparaten und Röhren. Sie läßt sich auch einigermaßen improvisieren.

Damit ist die Möglichkeit für ihre medizinische Verwertung gegeben. Ich möchte aber die Bitte an alle diejenigen richten, welche Versuche mit dieser Methode zu machen beabsichtigen, sich der großen Gefahren bewußt zu bleiben, welche sie möglicherweise in sich birgt. Nur unter der ängstlichen Ueberwachung und Messung und in engbegrenzter Auswahl der Fälle, sollte die Bestrahlung erfolgen. Bei Erkrankungen der Extremitäten ist die Sache ja verhältnismäßig einfach. Das betreffende Organ wird in ein Filtergehäuse gebracht und der übrige Körper sorgfältig vor der X-Strahlung behütet. Schwieriger wird die Strahlung in der Tiefe, am Rumpf und am Kopfe, und hier ist äußerste Sorgfalt geboten. Sowohl zu starke, wie zu schwache Bestrahlung kann große Gefahr mit sich bringen.

Ich erkläre mich gern bereit, nachdem die Methode der Tiefenbestrahlung auf dem letzten Röntgenkongreß gegen meinen Willen von dritter Seite zu früh an die Oeffentlichkeit gekommen ist, bei diesbezüglichen Arbeiten, soweit ich kann, mit Rat und Tat zu helfen.

Ich weiß genau, daß eine solche verfrühte Anwendung des Verfahrens Rückschläge bringen muß, und ich weiß, daß man viele medizinischen Einwände gegen die Sache machen kann, aber vielleicht wird sie sich doch in dem einen oder anderen Falle als brauchbar erweisen; vielleicht wird es möglich sein, manche tiefliegenden Prozesse — Leukämie, Morbus Basedowii und andere Drüsenerkrankungen, ferner Tumoren — zu bekämpfen und vielleicht auch der Metastasenbildung vorzubeugen, die in Lymph- und Blutbahn transportierten Keime zu treffen. Und wenn unter tausend von Fällen einige mit dieser Methode gebessert werden können, so ist die aufgewandte Mühe reichlich belohnt.

In diesem Gebiete, in welchem Physiker, Arzt und Techniker Schulter an Schulter kämpft, sind viele Probleme vorhanden, deren Lösung zuerst in der Arbeitssphäre des Physikers liegt. Seine Aufgabe ist es, die Grundlagen für eine solche Methode zu geben und eventl. die technische Möglichkeit zu ihrer Ausführung. Weiter geht meine Pflicht nicht. Aber ich darf mit dem Wunsche schließen, daß aus dieser gemeinschaftlichen Arbeit von Physik und Technik, die ich Ihnen nach vierjähriger Vorbereitung übergebe, wenigstens ein bescheidenes Resultat für die Medizin hervorgehen wird.

Literatur.

1. Dessauer: Beiträge zur Bestrahlung tiefliegender Prozesse. Med. Klinik, 1905, Heft 21 u. 22.

2. Dessauer: Eine neue Anwendung der Röntgenstrahlen. Verhandlungen der deutschen physikalischen Gesellschaft, 1907, IX. Jahrg., Nr. 3.

3. Dessauer: Eine neue Anordnung zur Röntgenbestrahlung. Archiv f. physik. Medizin und med. Technik, 1907, II., Heft 3 u. 4.

4. Dessauer und Krüger: Die Nachbehandlung operirter Karzinome mit homogener Bestrahlung. Berliner klin. Wochenschrift, 1908, XI.

5. Sommer: Ueber Homogenbestrahlung. Röntgenkalender 1908.

6. Sommer: Ueber das Problem der homogenen Tiefenbestrahlung in der Röntgentherapie. Zeitschr. f. neuere physik. Medizin, 1908, II. Jahrg., Nr. 8.

7. Dessauer: Ziele der Röntgentechnik. Verhandlungen der deutschen Röntgengesellschaft, 1905.

8. Dessauer: Strahlungsenergien und Krankheiten. Deutsche Revue, 1905.

9. Dessauer: Eine neue Anwendung der Röntgenstrahlen. Deutsche Revue, 1908.

10. Franze: Homogenbestrahlung. Deutsche Aerzte-Ztg., August 1908.

11. Eine neue Anwendung der Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Heft 24 u. 32.

Verbrechen Jugendlicher und Geisteskrankheit.

Von Dr. **H. Schaefer,**
Oberarzt a. D. der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg,
Wernigerode a. H.

Das ernsteste Zeichen unserer Zeit ist die fortschreitende Zunahme der Verbrechen bei den Jugendlichen, ja bei den Schulkindern. Die der letzteren mahnen so laut, daß die Wiener Lehrerschaft mit einem ganz neuen Antrage hervorgetreten ist, an jeder Schule besondere Nebenklassen für die verbrecherischen Kinder einzurichten. Die Idee ist gut, aber nicht die Bezeichnung „Disziplinarklassen". Sie trägt die Anschauung in sich, als ob alle diese Kinder „nicht wollten", und die ist falsch; viele von ihnen „können nicht". Es ist außerordentlich schwer, das Verständnis dafür beizubringen. Es geschieht auch nichts dafür, das Interesse wird nicht erweckt. Es ist ganz falsch, zu glauben, es sei eine neue Idee, eine Theorie, ein politisch sophistisches Konstruktum, viele der jugendlichen Verbrecher seien unzurechnungsfähig (d. h. man könne ihnen keine Strafe zurechnen) wegen krankhaften Geisteszustandes. Die Idee ist uralt (nicht von Lombroso), es ist keine Theorie, sondern wissenschaftliche Tatsache. Wie dachte Goethe darüber? Wie viele von heut: „Daß man aus Schwäche und übertriebener Liberalität überall mehr nachgebe als billig, so auch, um dem Verbrecher an der Strafe vorbeizuhelfen." Nach diesen Worten lobte sein Leibarzt einen jungen charakterfesten Physikus, der nicht der Richtung angehöre. Nun aber Socrates? Moralisch sein heißt begreifen, vorausgesetzt, daß eine sittliche Belehrung stattfindet; wird die Belehrungg nicht begriffen, dann liegt kranke Anlage vor, findet aber Belehrung nicht statt, dann braucht kranke Anlage nicht vorzuliegen. Viel mehr Einsicht wie bei Goethe. Socrates sprach auch vom „großen Unverstand" und meinte damit die auffälligen Formen geistiger Störung, welche die Menge — ganz wie heut — nur erkennt, während sie die unauffälligen nicht versteht.[1])

Die krankhafte Anlage, welche bei den Jugendlichen allein in Betracht kommt, nennen wir heut Schwachsinn. Damit ist aber nicht das gemeint, was die Laien so bezeichnen, welche nur die sinnfälligen Formen darunter verstehen. Nun, was dann? Die Unfähigkeit, die Morallehren zu begreifen. Was heißt denn das?

Die häufigste Unsittlichkeit ist die Lüge. Ein kleines Kind von drei Jahren lügt. Es ist sich bewußt, daß es wissentlich die Unwahrheit sagt, d. h. es kennt den Mechanismus der Lüge. Es hat aber keine Ahnung, daß die Lüge etwas Verbotenes ist. Das normale Kind von zwölf Jahren weiß, daß es mit der Lüge etwas Unrechtes tut, wird rot, wenn es zur Rede gestellt wird. Es weiß das auswendig infolge der Belehrung in Haus und Schule, infolge von Bestrafungen. Doch weiß es aber noch nicht, was eine Lüge ist. Die meisten Kinder wissen es noch nicht, wenn sie die Schule verlassen, mit 14 Jahren. Erst nach dieser Zeit, vielleicht mit 16 Jahren, auch später, kommen sie zur Einsicht der Verwerflichkeit der Lüge an sich, geben sie aus eigener Urteilskraft ihr placet zu deren Unsittlichkeit, Strafbarkeit, haben sittliches Bewußtsein hinsichtlich der Lüge, Schuldbewußtsein, d. h. wissen nun, was eine Lüge ist. Was für die Lüge, gilt auch für den Meineid, den Diebstahl, den Betrug, die Unterschlagung, Brandstiftung, Gefährdung, den Mord. Durch § 56 St.G. hat die Gesetzgebung angenommen und ausgesprochen, daß auch bei normalen Jugendlichen unter Umständen es bis zur Vollendung des 18. Jahres dauern kann, ehe sie das Unterscheidungsvermögen für Recht und Unrecht (d. h. kriminell) haben. Der Paragraph bewilligte gerade aus diesem Grunde Straflosigkeit, obwohl die Täter wissen, daß

---

[1]) Dr Schaefer: Der moralische Schwachsinn. C. Marhold, Halle a. S., 1906.

Public

sie Unrecht (moralisch) getan haben. Die Unterscheidung von Recht und Unrecht, das Vermögen, welches schon das zwölfjährige Kind besitzt, bedeutet aber noch nicht sittliche Einsicht. Leider aber verwechseln das Juristen und Aerzte in der Praxis in den meisten Fällen.

Beim Schwachsinnigen nun bleibt das Gehirn in seiner Entwicklung stehen, es bleibt auf einer Stufe stehen, welche § 56 meint, es gelangt zur Unterscheidung (auswendig gelerntes Wissen), aber nicht zur Einsicht (eigenes Urteil). Eltern schwachsinniger Kinder begreifen das am Kinde, sobald sie von selbst (selten) oder mit Hilfe die Diagnose stellen.

Viele werden nun sagen: das will ich alles unterschreiben, auch Goethe würde es gesagt haben. Sie werden aber fragen: wie kann ich denn wissen, ob jemand die sittliche Einsicht hat? Das erfahre ich, wenn ich Urteilsschwäche auf rein verstandlichem, nicht moralischem Gebiet, feststelle. Ein Beispiel. Ein Mädchen von 16 Jahren ist des Diebstahls angeklagt. Es ist nicht konfirmiert worden. Die Mutter hat mehrfach versucht, aber vergeblich, das Kind in einer Erziehungsanstalt unterzubringen, weil sie mit ihm nichts ausrichten konnte. Der Vater befindet sich seit Jahren als epileptischer Schwachsinniger in einer Irrenanstalt. Das Mädchen ist in der vierten Klasse abgegangen, das Schulwissen ist dementsprechend mangelhaft. Das an sich besagt nichts. Aber es beantwortet die Frage: Was ist der Papst, wo wohnt er? Der Papst ist der Pastor und wohnt in der Kirche! Es erhielt drei Monate. Das ist eine Schwachsinnige. Wer so urteilsschwach ist, kann die Moral nicht begreifen. So liegen die Fälle, welche die Irrenärzte meinen. Genau dasselbe hat Socrates gemeint. Er würde den „charakterfesten“ Physikus anders bezeichnet haben.

Was soll nun die Bestrafung solcher Unglücklicher? Einmal ist sie gesetzwidrig, denn diese Menschen befinden sich in einem Zustande krankhafter Seelenstörung, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist (§ 51 St. G.), d. h. es fehlt ihnen die sittliche Einsicht, die Grundbedingung freier sittlicher Entscheidung. Wer einmal die Moral begriffen hat und dann ein Verbrechen begeht, der ist ein richtiger Verbrecher, nicht aber der, der niemals soweit mit seinem Begreifen gekommen ist. Dann nutzt aber die Strafe auch nichts. Da der Mensch solcher Geistesauffassung an Einsicht nicht gewinnt, kann sie ihn nicht bessern, der Begriff Ehrgefühl ist ihm fremd. Abschreckend wirkt aus denselben Gründen die Strafe auch nicht. Der Mangel des sittlichen Bewußtseins beruht auf der Unfähigkeit, mit höheren Begriffen zu arbeiten. Letztere sind abstrakt, wie Pflicht, Ehre, Schuld, Wert des Lebens, Liebe gegen die Angehörigen, die Nächsten, das Vaterland. Der Schwachsinnige arbeitet aber meist gut mit konkreten Begriffen. Er kann ein tüchtiger Sportsman sein, mit Eleganz einen Hasen totschießen, er kann bei spezifischer Beanlagung tadellos ein Gemälde kopieren — und raffiniert ein Verbrechen begehen. Die Unfähigkeit, mit abstrakten Begriffen zu arbeiten, bedingt Urteilsschwäche.

Diese Urteilsschwäche bringt es mit sich, daß sich der Schwachsinnige leicht fremde Urteile aufdrängen läßt, leicht zu verführen, zu benutzen ist. Ebenso führt dieselbe zu phantastischer Auffassung, d. h. einseitiger. Besonders entsteht letztere in den Entwickelungsjahren, in denen sich das Gefühl der Persönlichkeit geltend macht, sich die Begriffe höherer Art erst entwickeln. Indianer-, Detektivgeschichten, Berichte über Verbrechen gemeiner und politischer Art verwirren die Begriffe Ehre, Heldentum und bestimmen den Schwachsinnigen zu Verbrechen. Daraus ist der moderne Typus der verbrecherischen Phantasten, begünstigt durch den Geist der Zeit, entstanden. Die Verkennung der krankhaften Anlage ist von unheilvoller Bedeutung. Sie verhindert, daß man früh genug vorbeugen lernt, psychiatrische Hygiene treibt. Daran fehlt es noch ganz. Der Psychiater steht heut immer am Ende. Sind ein oder mehrere Verbrechen begangen worden, dann erklärt er, es liegt Geisteskrankheit vor. Die Zukunfft muß darauf bedacht sein, die psychiatrischen Kenntnisse vorher zu verwerten, auf den Schulen, in den Rettungsanstalten. Vor allem ist es erforderlich, daß die Rechtslehrer sich mehr mit Psychiatrie vertraut machen, daß gerichtliche Medizin im juristischen Examen von einem Gerichtsarzt geprüft wird. Unsere Zeit der Verbrechen drängt immer mehr, sich mit so ernsten und schwerwiegenden Dingen zu beschäftigen.

Die Wiener Lehrerschaft will mit ihrem Vorschlage von Disziplinarklassen vorbeugend wirken. In diese Nebenklassen sollen alle die Schüler versetzt werden, welche sittlich defekt sind und der sittlichen Erziehung Widerstand entgegensetzen. Einmal soll dadurch die Ansteckung der guten Schüler verhindert, dann aber der Erziehung der schlechten eine besondere Sorgfalt gewidmet werden.

Welcher Art sind nun die Kandidaten für diese Nebenklassen?

Sie teilen sich in drei Gruppen. Die erste umfaßt die Verwahrlosten, normal veranlagte Kinder, welche aber im Haus nicht nur keine sittliche Erziehung genießen, sondern denen das Gute, was die Schule an ihnen fördert, durch die Art und das Beispiel der Eltern noch verdorben wird. Die zweite Gruppe setzt sich zusammen aus Schwachsinnigen, aus Kindern, die von Hause aus sittlich unerziehbar sind, denen im Haus und in der Schule eine gute, ja die beste Erziehung zuteil wird. Es sind die eigentlich unerziebaren Kinder. In der dritten Gruppe finden wir die traurigsten Elemente, bei denen beides zutrifft, Verwahrlosung und Schwachsinn.

An allen diesen Kindern wird ein rein disziplinares Regime nichts zustande bringen. Alle Mühe an den normal veranlagten Verwahrlosten wird durch die Gegenarbeit im Hause zu schanden gemacht werden. Hier kann nur Entfernung aus dem Hause und Unterbringung inFürsorgeerziehung helfen. An den Schwachsinnigen mit und ohneErziehung wird eine intensivere Disziplinierung keine Resultate zeitigen, weil sie die Morallehren nicht begreifen können. Es sind geborene Verbrecher. Bei den verwahrlosten Schwachsinnigen ist natürlich ebenfalls die Entfernung aus dem Hause angezeigt. Für die gedachten Nebenklassen bleiben dann nur die Kinder der zweiten Gruppe übrig.

Um aber die Kinder der drei Gruppen voneinander scheiden zu können, ist es ganz unerläßlich, daß neben anderweitigen Erhebungen ihr Geisteszustand festgesetzt wird. Dieser Aufgabe ist nur ein zuverlässiger Psychiater gewachsen. Ist das geschehen und sind die Unerziehbaren (die Voraussetzung der Erziehung in Haus und Schule trifft zu) den Nebenklassen zugewiesen, dann weiß der Lehrer, mit wes Geistes Kindern er zu tun hat, so gut wie der Lehrer der Hilfsschulklassen. Er wird damit die richtige Methode der Behandlung finden und sich selbst viel Mühe und Arbeit ersparen. Man wird in diesen Klassen in intensiverer Weise das sittliche Bewußtsein zu erwecken suchen, aber nicht durch strammere Disziplinierung, sondern durch eingehendere häufigere Belehrungen, mit eigenartig pädagogischer Diplomatie beigebracht. Die Hauptmittel gegen die Schwachsinnigen sind Aufsicht und Leitung. Rationell wird es daher sein, die Schüler über die gewöhnliche Stundenzahl hinaus möglichst lange unter Aufsicht zu behalten. Ganz besonders ist das überall da zu empfehlen, wo man den Nachmittagsunterricht aufgegeben hat. Ist die häusliche Aufsicht nicht genügend, dann verwildern die Kinder in den langen Nachmittagen. In den Ueberstunden wird man mit ihnen spazieren gehen, mit ihnen spielen, mechanische Arbeiten verrichten. In Anstalten machen verbrecherische Schwachsinnige oft genug den besten Eindruck, arbeiten fleißig, weil sie sich wegen der leichten Bestimmbarkeit leiten lassen. Auf diese Weise wird man, wenn auch niemals volle, so doch gewisse befriedigende Resultate erzielen.

Die Aufsicht muß nun nach der Schule, besonders bei der großen Masse der Volksschüler fortgesetzt werden. Zu dem Zweck muß ein Arbeitsnachweis geschaffen werden. Man wird vermeiden, mehrere Lehrlinge bei demselben Lehrherrn unterzubringen. Die Erfahrung hat gelehrt, daß dadurch leicht das verbrecherische Komplott gezüchtet wird.

Bei manchen wird sich aber zeigen, und dieser Tatsache muß frei ins Gesicht geblickt werden, daß alle Erziehungsbestrebungen vergeblich sind. Dann bleibt nur ein Weg übrig, der in die Irrenanstalt, die dauernde Entfernung dieser antisozialen Mitglieder aus der Gesellschaft. Auch der Armee werden auf diese Weise viele unbrauchbare Elemente ferngehalten.

Die Disziplinarklassen werden kommen, sie müssen kommen, aber unter anderem Namen, meinetwegen Nebenklassen A. Manche Verbrecherlaufbahn wird damit im Anfang abgeschnitten werden.

Sehr viele Schwachsinnige zeigen sich aber auf der Schule noch nicht so schlimm. Erst wenn sie ins Leben treten, wenn dessen Verführungen sie anziehen, in dem Maße, wie dessen Aufgaben sie abstoßen, zeigen sie sich sittlich defekt, verbrecherisch. Hinzu kommt die entsittlichende Wirkung des Alkohols. Viele von ihnen werden dann in Rettungsanstalten untergebracht. An keiner solchen Anstalt aber nimmt man heute die Gelegenheit wahr, psychiatrische Untersuchungen vorzunehmen. Man geht allein davon aus, daß diese Jugendlichen moralisch verdorben sind, daß sie sich mit bösem Willen für das Schlechte entschieden haben, und man sucht daher mittelst religiöser Unterweisungen sie zu belehren. Die Erfolge stellen sich nicht, oder nur in ganz vereinzelten Fällen ein. Man ist verzweifelt, ratlos, ohne je daran zu denken, daß alle Erziehungsmaßnahmen gar nicht begriffen werden können, daß man es mit Menschen zu tun hat, die auf kindlicher Entwicklungsstufe des Gehirns stehen geblieben sind. Ein nicht geringer Teil stellt schwere gewalttätige Verbrecher, das Gros die Vagabunden, die wegen unzähliger Diebstähle bestraft werden, ohne daß die Strafen die geringste Wirkung ausüben. Die weiblichen schwachsinnigen Jugendlichen verfallen en masse der Prostitution. Man prüfe nur die Intelligenz der Prostituierten, und man wird finden, daß sich bei der größten Zahl Schwachsinn feststellen läßt, daß sie dauernd in Irrenanstalten oder Arbeitshäuser gehören. Man darf nicht einwenden, für die Menge habe man keinen Platz. Je mehr bekannt wird, daß dauernder Aufenthalt in solchen Anstalten droht, um so mehr werden sich geistig Normale von dieser Laufbahn abschrecken lassen.

Immer mehr kommen wir zur Einsicht, daß falsche Humanitätsbestrebungen dazu beigetragen haben, daß Verbrechertum zu begünstigen. Gerade den Irrenärzten mißt man darin besondere Schuld bei. Sie stehen in Wirklichkeit weit ab von ihr. Der Kampf gegen das Verbrechertum, zu allen Zeiten lebendig, schwierig, muß mit verschiedenen Waffen gleichzeitig geführt werden. Schon dringt aber immer mehr das Bewußtsein in weite Kreise, daß gerade eine große Anzahl von Verbrechen von Geisteskranken begangen werden, von Leuten, die schwachsinnig geboren sind. Wird man auf die Irrenärzte hören, dann wird man dazu kommen, diese Vernunftlosen früh zu erkennen und sie der Verbrecherlaufbahn zur rechten Zeit zu entziehen.

REFERATE.

Physikalische Therapie.

Referent: Dr. **A. Laqueur**, leitender Arzt des physikalisch-therapeutischen Institutes am Rudolf Virchow-Krankenhause, Berlin.

1. **Der Einfluß warmer Bäder auf die Viskosität des Blutes.** Von Dr. Walter Heß. Wien. klin. Rundsch., 1908, Nr. 38.
2. **Praktische Erfahrungen mit elektrischen Lohtanninbädern.** Von C. Brexendorff. Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, Nr. 19.
3. **Ueber Sarasonsche Ozetbäder.** Von Dr. E. Müller. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 30.
4. **Ueber Sarasonsche Ozetbäder bei Arteriosklerose.** Von Dr. Schnütgen. Therapie d. Gegenw., 1908, Nr. 8.
5. **Moussierende Sauerstoffbäder.** Von Prof. E. Sommer. Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, Nr. 18.
6. **Ueber künstliche Schwefelbäder.** Von Dr. F. Klopstock. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 30.
7. **Die Indikationen des Thiopinolbades.** Von Dr. Diesing. Med. Klinik, 1908, Nr. 31.

1. Verfasser untersuchte die Veränderungen, die 35 ° C. warme Bäder von 10—15 Minuten Dauer auf die Viskosität des Blutes ausübten; es fand sich in der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung der Viskosität, doch betrug dieselbe im Maximum nicht mehr als 15% des ursprünglichen Wertes. Die Verminderung der Blutviskosität durch die warmen Bäder beruht offenbar auf Anregung der Zirkulation in den peripheren Gefäßgebieten; je besser daselbst der Blutumlauf vor sich geht, um so mehr werden die trotz vorsichtiger Blutentnahme oft höher gefundenen Viskositätswerte des Kapillarblutes denen des arteriellen Blutes gleich. Man hat sich also die Veränderungen der Viskosität durch Bäder nicht als auf geheimnisvollem Wege zustande gekommene vorzustellen, sondern darf sie einfach als exaktes Kriterium für die Beeinflussung der Zirkulation betrachten.

2. Die vor einigen Jahren von Stanger eingeführten elektrischen Lohtanninbäder haben noch keine ausgedehnte Verbreitung gefunden, scheinen aber nach dem vorliegenden Bericht einen großen therapeutischen Wert zu besitzen. Es werden die Bäder in Holzwannen gegeben, deren Längsseiten mit beweglichen Plattenelektroden versehen sind; im Badewasser, dessen Temperatur 28—30 ° R. betragen soll, werden 4 kg eines gerbstoffhaltigen Extraktes von verschiedenen Rindenarten aufgelöst, dann wird der galvanische Strom in üblicher Weise durch die Badeflüssigkeit geleitet. Die Beweglichkeit der Elektroden erlaubt hierbei eine eventuelle besondere Berücksichtigung der erkrankten Teile.

Verf. hat nun mit diesen Bädern in einer Reihe von Fällen von akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, und namentlich auch bei Gicht sehr gute Erfolge erzielt, die in ausführlichen Krankengeschichten geschildert wurden. Bedenkt man allerdings, wie oft sich auch in hartnäckigen Fällen von Gicht durch einfache systematische Anwendung von warmen Bädern gute Resultate erreichen lassen, so scheint die spezifische Wirkung der elektrischen Lohtanninbäder in solchen Fällen nicht über jeden Zweifel erhaben; immerhin kann man annehmen, daß die schmerzstillende Wirkung des elektrischen Stromes auch hierbei eine Rolle spielt. Zweifellos ist das der Fall in den mitgeteilten Fällen von neuralgischen Erkrankungen und von tabischen Schmerzen, die durch diese Bäder geheilt resp. sichtlich gebessert wurden. Bemerkt sei noch, daß den elektrischen Lohtanninbädern auch eine anregende Wirkung auf die Verdauungstätigkeit und die Potentia coeundi zuzukommen scheint.

3—5. Die vorliegenden drei Publikationen geben übereinstimmend ein günstiges Bild von der therapeutischen Wirkung der Sarasonschen Ozet- oder moussierenden Sauerstoffbäder. Es werden diese Bäder in der Weise hergestellt, daß 300 g Natriumperborat-Salz im Badewasser aufgelöst werden, wozu dann noch 15 g Manganborat kommen, das, als Katalysator wirkend, den Sauerstoff aus dem Persalz in Freiheit setzt. Derselbe entwickelt sich in Form kleiner, lebhaft moussierender Bläschen, die auf dem Körper sich ansetzen und das Gefühl eines angenehmen Prickelns auslösen. Die Bläschen sind kleiner als die Glasbläschen im CO_2-Bade und können vermöge ihrer größeren Zahl daher einen stärkeren sensiblen Hautreiz auslösen als jene. Dagegen fehlt beim Sauerstoffbade die nach dem Kohlensäurebade so regelmäßig auftretende charakteristische Erweiterung der Hautgefäße. Es bleibt nach einem Ozetbade die Haut blaß und bei kühlerer Temperatur des Badewassers — in der Regel wendet man dasselbe 33—35 ° C. warm an— empfinden die Patienten öfters zu Anfang ein leichtes Frösteln. Im übrigen wird aber das Ozetbad subjektiv sehr angenehm empfunden, übereinstimmend rühmen die Autoren die anregende und andererseits schlafbefördernde Wirkung dieser Bäder.

Praktisch und theoretisch von Wichtigkeit ist, daß die Ozet-Bäder nicht wie die Kohlensäurebäder blutdruckerhöhend wirken, sondern im Gegenteil, speziell bei Erkrankungen, die mit erhöhtem Blutdruck einhergehen, druckherabsetzend. Dem entsprechen die günstigen therapeutischen Erfolge, die namentlich bei arteriosklerotischen Zirkulationsstörungen durch die Sauerstoffbäder erreicht wurden; sowohl Linderung der Dyspnoe, Besserung des Schlafes und des Allgemeinzustandes, als auch Herabsetzung des Blutdruckes während des Bades und z. T. erhebliche Verminderung der Pulsfrequenz wurden in solchen Fällen beobachtet. Außer den mit Drucksteigerung einhergehenden Herz- und Gefäßerkrankungen bilden Emphysem, nervöse Aufregungszustände, nervöse Schlaflosigkeit, Tachykardie, Morbus Basedowii, Nephritis chronica, Tabes die hauptsächlichsten Indikationen der Ozetbäder (Sommer).

Das wichtigste Moment bei der Wirkungsweise der Sauerstoffbäder bildet der durch die Bläschen bedingte sensible Hautreiz. Daß der Sauerstoff als solcher durch Resorption zur Wirkung kommt oder durch Einatmung aufgenommen zur Wirkung beiträgt, ist nicht anzunehmen. Dagegen ist es von Bedeutung, daß der bei den CO_2-Bädern nie ganz vermeidbare Uebelstand, daß durch Einatmung des Gases unangenehme Zufälle (Schwindelanfälle, Kongestionen etc.) entstehen, hier naturgemäß wegfällt. In dieser Beziehung bedeuten entschieden die Ozetbäder einen Fortschritt gegenüber den Kohlensäurebädern, mit deren Indikationen sie sich übrigens, wie wir sehen, durchaus nicht überall decken. Bedauert wird von den Autoren nur der bisherige hohe Preis der Bäder (4 M. pro Bad). Für Anstalten, Krankenhäuser etc. empfiehlt daher Schnütgen den Gebrauch der sog. „Perlbäder"-Apparate, die sich für Sauerstoff wie für Kohlensäure verwenden lassen; hingegen haben die Ozetbäder den Vorzug, in jeder Haushaltung ohne Apparat verwendbar zu sein.

6. Verf. berichtet über Versuche, die im Krankenhause Friedrichshain zu Berlin mit Thiopinol-Bädern angestellt worden sind; das Thiopinol besteht aus einer Verbindung von Schwefel (vorzugsweise Sulfiden) mit ätherischen Nadelholzölen und wird, gewöhnlich in einer Menge von 125 g, dem Badewasser zur Bereitung eines Schwefelbades zugesetzt; vor sonstigen Schwefelbädern haben die Thiopinolbäder vor allem den Vorzug, daß hier der lästige Schwefelwasserstoffgeruch fast völlig wegfällt und die Badewanne und sonstige metallenen Gegenstände mangels des freien Schwefelwasserstoffes nicht angegriffen werden können. Bei subakutem und chronischem Gelenkrheumatismus, ferner besonders bei gonorrhoischem Gelenkrheumatismus, sowie auch bei verschiedenen Nervenleiden wurden gute Erfolge mit den Thiopinolbädern erzielt. Verf. führt die Heilwirkung vor allem auf den hyperämisierenden und anregenden Effekt zurück, den das Thiopinol auf die Haut ausübt. Daß dabei resorbierter Schwefel eine Rolle spielt, hält er für unwahrscheinlich; wenigstens konnte durch Untersuchung des vor und nach einem Thiopinolbade gelassenen Urins eine wesentliche Vermehrung des Schwefelgehaltes nicht nachgewiesen werden. Eine größere Beweiskraft käme jedoch nach Ansicht des Referenten diesen Versuchen erst dann zu, wenn auch der Schwefelgehalt in der Gesamt-Tagesmenge des Urins bestimmt worden wäre; wenigstens konnte Referent in einem Falle eine deutliche Vermehrung des Schwefelsäuregehalts des Urins (im Verhältnis zum N.-Gehalt bestimmt) an den Thiopinol-Badetagen feststellen, und auch von Nagelschmidt liegen ähnliche Beobachtungen vor.

Den genannten Indikationen des Thiopinolbades möchte Ref. noch die chronische Bleivergiftung zufügen, wo die Erfolge meist sehr gute sind.

7. Diesing behandelte mit Trypanosomen infizierte Hunde mit Thiopinolbädern und konnte dadurch einen langsameren Verlauf der Krankheit erzielen; er führt das darauf zurück, daß der resorbierte Schwefel einerseits das Hämoglobin in den Blutkörperchen bindet und dadurch deren Auflösung verzögert, andererseits das durch die Krankheitserreger bereits freigewordene zirkulierende Hämoglobin zu Sulf-Hämoglobin reduziert und dadurch die schädigenden Wirkungen des freien Hb. (Fiebersteigerung) hintanhält. Ferner erwies sich bei Piroplasmosis canis die Kombination von Sublimatinjektionen mit Thiopinolbädern als vorteilhaft. Auf Grund dessen empfiehlt Diesing auch bei der Syphilis die Verbindung von Hg-Kuren mit Thiopinolbädern, ähnlich wie das in Schwefelthermen schon lange geschieht.

Stauungs- und Saugtherapie.

Referent: Dr. **Wilh. Baetzner**, Assistenzarzt der Königl. chir Universitätsklinik, Berlin.

1. **Ueber die Behandlung akut entzündlicher Erkrankungen mit künstlicher Hyperämie (auf Grund von 500 Fällen).** Von Stabsarzt Dr. Blecher. Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 93, Heft 4 u. 5.

2. **Zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica der großen Gelenke mittels Stauungshyperämie.** Von Dr. Wilh. Baetzner. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 93.

3. **Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten.** Von Privatdozent Dr. Zangemeister. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 6.

4. **Kritische und experimentelle Beiträge zur Frage der Verwendbarkeit der Bierschen Stauung bei Hirnhautentzündungen.** Von Dr. Stursberg. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 20.

5. **Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Saugbehandlung auf lokale Entzündungsherde.** Von Dr. Paul Frangenheim. Langenbecks Archiv, Bd. 85, Heft 3.

6. **Die Wirkung der Stauungshyperämie im Tierexperiment.** Von Dr. Paul Frangenheim. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 24.

1. Blecher berichtet über seine Erfahrungen bei der Hyperämiebehandlung akut entzündlicher Erkrankungen auf Grund eines reichlichen kasuistischen Materials aus der Straßburger Klinik.

Nach einigen einleitenden Worten über die von ihm geübte Technik, bei der er sich ganz an die Bierschen Vorschriften hält, kommt er auf die allgemeinen Wirkungen der künstlichen Hyperämie zu sprechen. Den Hauptvorteil der Hyperämiebehandlung sieht er in der schnellen Schmerzlinderung, in der raschen Begrenzung und Sistierung der Eiterung und endlich in der beschleunigten Ausstoßung des Sequesters. Große Inzisionen sind nicht notwendig, die Tamponade ist bei der ausspülenden Wirkung der Stauung überflüssig, und so ist das Endresultat eine kleine Narbe, bessere Funktion und schnellere Heilung.

Dieser Kritik der allgemeinen Vorteile, die die Hyperämiebehandlung bietet, schließt sich nun die Besprechung der einzelnen Erkrankungsformen besonders bezüglich ihres klinischen Verlaufes und ihrer Prognose unter Anführung ausführlicher Krankengeschichten an. Unter den 123 Furunkeln, die je nach ihrer Lokalisation mit Saugglas oder Binde behandelt wurden, bieten die 9 Oberlippen- und 13 Gesichtsfurunkel besonderes Interesse; alle sind ohne Inzision unter Kopfstauung zur Ausheilung gekommen.

Von 17 Leistendrüsenentzündungen sind 16 ausgeheilt; drei davon ohne Inzision, die Heilungsdauer war abgekürzt.

Von den 105 Panaritien sind besonders bemerkenswert die 16 ossalen, von denen 8 ohne Sequesterbildung ausheilten. Von 7 Sehnenscheidenentzündungen, die mit kleinen seitlichen, die Sehnenbänder schonenden Inzisionen behandelt wurden, sind 3 mit voller Beweglichkeit ausgeheilt. Die besten Bedingungen für Erhaltung der Sehe sieht B. in der starken serösen Durchtränkung der Gewebe und im Fortfall der Tamponade, was eine Austrocknung der Sehne verhindert.

Von 3 Fällen von Osteomyelitis wurde nur 1 günstig beeinflußt. Die eitrigen Bursitiden dagegen bilden ein dankbares Behandlungsobjekt; ebenso die Gelenkeiterungen, von denen mehrere mit voller Funktion ausheilten.

Bei Streptokokkeneiterungen sind die Erfolge der Hyperämiebehandlung keine so guten. Die Streptokokken sind gegenüber der Stauwirkung widerstandsfähiger, die durch sie hervorgerufenen Krankheiten verlaufen im allgemeinen schwerer;

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

häufig sind sie kompliziert durch das sekundäre Erysipel, das B. 7 mal gesehen hat und auf Veränderungen der Lymphspalten und Bahnen zurückführt.

Allgemeine Sepsis ist bei der Staubehandlung nie beobachtet. B. sieht hierin eine mechanische Wirkung der Stauung, die durch Absperrung der Blut- und Lymphgefäße eine große Bedeutung für die Verhütung der Allgemeininfektion hat.

Zum Schluß empfiehlt B. die prophylaktische Stauung, da er mit derselben bei 66 frischen Verletzungen nur 7 mal eine Wundeiterung eintreten sah.

2. Die Behandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen mittels Stauungshyperämie hat noch nicht die Beachtung und Verbreitung gefunden, die sie verdient. Baetzner hat die therapeutischen Erfolge der Stauung bei Trippergelenken, namentlich im Gegensatz zu der früher üblichen Methode der Immobilisirung an dem reichen Material der kgl. chirurgischen Universitätsklinik (Geh.-Rat Bier) einer Kritik unterzogen und empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen eine viel ausgedehntere Verwendung der passiven Hyperämie bei gonnorrhoischen Arthritiden.

Diese Behandlungsmethode ist auch für den praktischen Arzt um so mehr zu empfehlen, da ihre Durchführung auch ambulant möglich und sehr einfach ist, und auch die Technik keine besonderen Schwierigkeiten bietet.

Die 6 cm breite, dünne, durchsichtige Gummibinde wird oberhalb des erkrankten Gelenkes in sich nicht vollständig deckenden Touren angelegt. Bei der Schulterstauung verwendet man einen weichen, fingerdicken, mit Filz umfütterten Gummischlauch, der ringförmig geschlossen, weit über die erkrankte Schulter gezogen und durch Gurtbänder am Abgleiten verhindert wird.

Binde und Schlauch liegen dann gut, wenn keinerlei Schmerzempfindung vorhanden, ein feurig rotes, heißes Oedem auftritt und der Puls gut fühlbar bleibt. Blaufärbung und Kaltwerden der gestauten Extremität müssen vermieden werden. Die Staubinde bleibt am zweckmäßigsten 20—22 Stunden liegen, danach 2 Stunden Suspension zwecks Ablaufs des Oedems.

Kürzere Stauzeiten geben keine guten Resultate.

Die Dauerstauung ist ganz ohne Gefahr; die kleinen Epitheldefekte unter dem Schulterring, die Blasenbildungen am Rande der Binde können durch gute Hautpflege (Pudern, Abwaschen mit Spiritus) vermieden werden; die hier und da an der Konstriktionsstelle beobachtete zirkuläre Muskelatrophie verschwindet, so bald die Binde fortfällt. Die Stauung ist nicht zu früh auszusetzen, im allgemeinen erst, wenn man keine heiße Stauung mehr erreicht, was nach dem Abklingen der Entzündungserscheinungen gewöhnlich der Fall ist. Dann sind energische Massage und Heißluftbehandlung am Platze.

Der klinische Verlauf der gonorrhoischen Gelenkentzündungen ist unter der Stauung ein sehr milder.

Die enorme Schmerzhaftigkeit, unter der das Allgemeinbefinden, besonders der Schlaf leidet, weicht sofort unter der Staubinde.

Die entzündlichen Erscheinungen treten weniger heftig auf, Rötung, Schwellung und Oedeme verschwinden auffallend rasch und machen normalen Verhältnissen Platz. Die hervorragend schmerzlindernde Wirkung der passiven Hyperämie ermöglicht frühzeitig aktive und passive Bewegungen und beseitigt so die unheilvollen Folgen der Immobilisierung.

Die hervorstechendsten Vorteile der Staubehandlung sind die wesentliche Verkürzung der Krankheitsdauer und die besseren funktionellen Resultate.

Die beste Prognose haben die Fälle, die ganz frisch, d. h. in den ersten Krankheitstagen unter Staubehandlung gesetzt werden. Von 13 Fällen dieser Art sind alle mit voller Funktion in der Zeit von 8 Tagen bis 6 Wochen ausgeheilt.

Aber auch die vernachlässigten Fälle haben noch eine gute Prognose.

Unter 27 Fällen, die nach 10 Tagen bis 21 Wochen unter Staubehandlung kamen, sind 12 mit voller Funktion, 9 mit ganz geringer Bewegungsbeschränkung ausgeheilt. Nur 6 zeigen eine größere Einbuße der Funktion, jedoch nur ungefähr bis zur Hälfte der normalen.

Die Behandlungszeit betrug 6 Tage bis 3 Monate. Ankylosen sind unter den 40 Fällen überhaupt nicht beobachtet worden, was um so bemerkenswerter ist, da 28 Fälle unter dem Bilde der phlegmonösen Form verliefen.

Die klinischen Details des Berichtsmaterials sind aus einer tabellarischen Uebersicht und den beigefügten ausführlichen Krankengeschichten ersichtlich.

3. Zangemeister berichtet über die Erfolge des Bierschen Saugverfahrens bei puerperaler Mastitis.

Bei ganz frischen Entzündungen der Brustdrüse im Verlauf der ersten zwei Wochen des Puerperiums kann Z. auf Grund seiner Erfahrungen die Anwendung der Saugglocke nicht empfehlen. Eine Schmerzlinderung wird zwar erreicht, aber das Infiltrat erscheint nach dem Saugen größer, die Vereiterungsgefahr ist erhöht.

Bei eitriger abszedierender Mastitis, bei denen der Entzündungsprozeß nicht mehr weiter um sich greift, bietet das Saugverfahren Vorteile. Man kommt mit kleinen Stichinzisionen aus, die üblichen großen Radiärschnitte sind überflüssig.

4. Stursberg hat zur Feststellung der Art des Druckablaufs und des Verhaltens der Liquorsekretion bei Kopfstauung eine Reihe Tierversuche angestellt.

Er fand sofort nach Anlegen der Kopfstaubinde ein schnelles Ansteigen des Drucks. Die erreichte Druckhöhe bleibt nicht lange auf ihrer ursprünglichen Stärke, sinkt aber auch nicht innerhalb einer Stunde zum Normalwert zurück. Nach Abnahme der Binde sinkt der Druck rasch zum ursprünglichen Wert oder unter denselben zurück.

In praktischer Hinsicht läßt die Kopfstauung bei meningitischen Erkrankungen keine allzu großen therapeutischen Hoffnungen zu.

Die Anwendung der Kopfstauung ist ein sehr bequemes Hilfsmittel, um bei diagnostischen Lumbalpunktionen eine ausgiebige Flüssigkeitsentleerung herbeizuführen.

5. Frangenheim berichtet über die Wirkung der Saugbehandlung auf experimentell erzeugte geschlossene Abszesse bei Kaninchen.

Diese durch Eiterungen erzeugten Abszesse hatten die Neigung, spontan zurückzugehen, während sie unter der Saugung sich vergrößerten. In der Kapsel der gesaugten Abszesse fand sich allemal ein sehr starkes regeneratives Infiltrat.

F. überträgt die Ergebnisse seiner Tierversuche zur praktischen Nutzanwendung auf beginnende Entzündungen und kann die geschlossene Saugung bei denselben nicht empfehlen, da nicht vorauszusehen ist, ob nicht eine örtliche Verschlimmerung die Folge der Behandlung sein wird.

6. Bei einer weiteren Reihe von Tierversuchen kommt F. zu dem Ergebnis, daß die Stauungshyperämie im Tierexperiment nicht in nennenswerter Weise bakterizid wirkt, und daß es nicht oft gelingt, Knochenmarks- und Gelenkeiterungen in günstiger Weise zu beeinflussen. Eine charakteristische Eigenschaft der Stauungshyperämie ist die vermehrte Eiterbildung und die Hinterlassung von Infiltraten in der Umgebung der Eiterherde, welch letztere auf eine starke Bindegewebsneubildung zurückzuführen sind.

Röntgentherapie.

Referent: Dr. **Försterling**, dirig. Arzt des Krankenhauses Bethanien, Mörs.

1. **Ueber Blenden und Schutzvorrichtungen im Röntgenverfahren.** Von Prof. Sommer. Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, S. 331.

2. **Ueber Röntgenmomentaufnahmen mit den bisher gebräuchlichen Apparaten.** Von Dr. Groedel, Nauheim, und Ingenieur Fr. Horn. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 11.

3. **Die Behandlung kranker Nägel mit Röntgenstrahlen.** Von Dr. Karl Schindler. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 21.

4. **Ueber Intensiv-Induktoren und Momentaufnahmen.** Von Fr. Dessauer. Zeitschr. f. neuere physik. Med., 1908, S. 568.

5. **Ein neuer orthodiagraphischer Durchleuchtungsapparat.** Von Dr. Bardachzi. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 37.

6. **Die Herzdarstellung mittels Röntgenstrahlen.** Von Dr. Davidsohn. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 37.

7. **Die Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit.** Von Dr. Schwarz. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

8. **Zur Röntgentherapie der Hautkrankheiten.** Von Dr. Zinsser. Med. Klinik, 1908, Nr. 38.

1. Bringt allbekannte Tatsachen, die wohl nur für den sehr unerfahrenen Anfänger bestimmt sind, aus dem Gebiete des Blendenschutzes fr Patient und Arzt. Daß die Meßapparate bei

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

therapeutischen Bestrahlungen ebenso notwendig sind wie die Schutzvorrichtungen, dürfte doch kaum stimmen. Eine genaue und nur leidlich zuverlässige Meßart für Röntgenlicht besitzen wir doch noch nicht, sobald wir von den Hautverbrennungen absehen.

2. Verf. bringen mehrere gute Röntgenaufnahmen vom Thorax, die mit gewöhnlichem Instrumentarium (60 cm Induktor) hergestellt sind in $^1/_{15}$ Sekunde, 1 Sekunde und bei 2 m Abstand in 2 Sekunden. Sie glauben deshalb, daß das Rosenthalsche Spezialinstrumentarium nichts weniger als einen Fortschritt bedeute.

3. Bei Bestrahlung verschiedener Nagelerkrankungen (Onychromykosis, Psoriasis und Ekzem) hat Verf. nach langer, vergeblicher medikamentöser Therapie überraschend gute Heilung erzielt durch Röntgenstrahlen. Er beschreibt die Technik der Bestrahlung ausführlich: es ist eine Dosis erforderlich, die eine deutliche Reaktion der Haut hervorruft; kleinere Dosen scheinen nicht zu wirken.

4. Zusammenstellung dessen, was an Vorteil bisher bei diesen Arten zustande gekommen ist. Dabei wird vor allem (mit Recht) hervorgehoben, daß die sogen. Momentaufnahmen durchweg schlechte Bilder gewesen sind. Dagegen sei der Vorteil der kurzen Exposition unverkennbar, zumal da dabei die Bilder gleich gut wie früher werden. Es ist dies erreicht durch Verbesserung der Röhren und durch größere sekundäre Stromstärken und günstige Entladungskurven.

5. Beschreibung eines einfachen Apparates, der sowohl zur Durchleuchtung wie Orthodiagraphie dient. Näheres ist im Original nachzulesen.

6. Verf. empfiehlt warm die Teleröntgenographie für Herzuntersuchungen, um dadurch die Anschaffung eines teuren Orthodiagraphen zu vermeiden. Die Bilder bei Entfernung von 1½ bis 2½ m seien fast genau der Natur entsprechend.

7. Verf. bringt die Erfolge, die er mit Röntgenstrahlen bei 40 Basedowkranken erzielt hat. Sie betragen bezüglich der Pulsfrequenz und der nervösen Symptome ca. 90%, also ein sehr gutes Resultat. Bestrahlt wird in 14 tägigen Intervallen von vorn und beiden Seiten (so daß also jede Hautpartie nur alle 6 Wochen belichtet wird), und zwar unter Verwendung der Perthesschen Strahlenfilter. Die Wirkung beruht auf einer Herabsetzung der Drüsenfunktion der Thyreoidea.

8. Nach Referierung von 7 Fällen schwerer Röntgenschädigungen (darunter eine Armamputation bei einer Schwester wegen Röntgenkarzinom) beschreibt Verf. seine Bestrahlungsweise. Er ist nicht für einmalige Applikation einer großen Dosis, sondern für mehrere Bestrahlungen in genügenden Zwischenräumen. Es werden dadurch die gleichen Erfolge erreicht und Schädigungen so gut wie ganz vermieden, zumal alle Meßverfahren heute noch sehr mangelhaft sind.

Radiotherapie.

Referent: Dr. **H. E. Schmidt**, ehem. Oberarzt am Universitätsinstitut für Lichtbehandlung, Berlin.

1. **Eine neue Anwendung der Röntgenstrahlen.** Von Friedrich Dessauer. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 24.

2. **Kasuistischer Beitrag zur Röntgentherapie der Kankroide und der Karzinome.** Von Dr. H. E. Schmidt. Derm. Zeitschr., 1908, Bd. 15, Heft 8.

3. **Falsche Wege in der Röntgentherapie.** Von Dr. H. E. Schmidt. Zeitschr. f. d. ärztl. Praxis, 1908.

4. **Zur Bestimmung der Strahlendosen, welche bei den einzelnen zur Röntgenbehandlung geeigneten Erkrankungen erforderlich sind.** Von Dr. H. E. Schmidt. Therap. Monatshefte, September 1908.

1. Der Verfasser schildert die von ihm angegebene Anordnung zur Durchstrahlung des ganzen Körpers mittels abnorm harter Röntgenröhren aus großer Entfernung (Homogenbestrahlung). Referent hält die Begründung der Methode für **falsch**, die Methode selbst für gefährlich (cf. unter 3) [!]

2. Heilung durch Röntgenbestrahlung konnte nur bei Kankroiden der Gesichtshaut ohne regionäre Drüsenschwellung erzielt werden, und zwar in 75% der Fälle; von diesen ist die Hälfte längere Zeit beobachtet und rezidivfrei befunden worden, darunter Fälle über 4 Jahre lang.

Es gibt seltene Fälle von Kankroid, die gegen Röntgenbehandlung refraktär sind, ohne daß man einen sicheren Grund dafür angeben könnte. Jedenfalls ist ihre Absorptionsfähigkeit für Röntgenstrahlen zu gering. Bei den eigentlichen Karzinomen der Haut und anderer Organe kommt die Röntgenbehandlung nur dann in Frage, wenn es sich um inoperable Fälle handelt. Vielfach ist eine Besserung (Aufhören der Schmerzen, Vernarbung von Ulzerationen, Resorption von lentikulären Hautmetastasen) zu erzielen; eine Heilung konnte in keinem Falle beobachtet werden. Schleimhaut-Karzinome verschlimmern sich meist unter Röntgenbehandlung.

3. Der Verfasser warnt vor der Anwendung der „Homogenbestrahlung“ (cf. unter 1) [!]. Die Methode beruht auf einer falschen Voraussetzung, da nicht die mangelnde Penetrationskraft der X-Strahlen, sondern die mangelnde „Radiosensibilität“ d. h. die ungenügende Absorptionsfähigkeit der betr. pathologischen Gewebe daran schuld ist, wenn die Röntgenbehandlung bei manchen Erkrankungen versagt.

Die Methode ist gefährlich, da hochempfindliche normale Organe (Hoden, Ovarien, Milz, Knochenmark u. a.) durch diese Bestrahlungsart geschädigt werden müssen.

4. Der Verfasser empfiehlt seine kombinierte Dosierungsmethode, die im wesentlichen darin besteht, daß jede Röhre mittels des Radiometers von Sabouraud und Noiré dosimetrisch geprüft, dann immer ohne direktes Dosimeter, aber stets unter gleichen Betriebsverhältnissen, welche durch Milliampèremeter und parallele Funkenstrecke kontrolliert werden, benutzt wird. Die Methode hat eine Kraftprobe gelegentlich der Behandlung der Schöneberger Mikrosporiefälle glänzend bestanden. Der Verfasser gibt ferner die bei den einzelnen Erkrankungen in Frage kommenden Strahlendosen an.

Orthopädie.

Referent: Dr. **A. Stoffel**, Heidelberg, Oberarzt der Vulpius'schen Klinik.

1. **Betrachtungen über die Behandlung des Genu varum infantile, mit besonderer Berücksichtigung des O-Beinkorrektionsapparates.** Von Dr. R. Zuelzer, Potsdam. Zeitschrift für orthopäd. Chirurgie, Bd. 20.

2. **Einige technische Neuerungen.** Von H. Gocht, Halle. Ibidem.

3. **Hernien als Unfallfolgen.** Von Aderholdt und A. Silberstein, Berlin-Charlottenburg. Ibidem.

4. **Der tragbare Heilapparat bei der Skoliose.** Von P. Möhring, Kassel. Ibidem.

5. **Eine neue unblutige Methode zur Behandlung der Syndaktylie beim Neugeborenen.** Von H. Hornung, Graz. Ibidem.

6. **Prophylaxe der Verkrüppelung.** Von L. Rosenfeld, Nürnberg. Ibidem.

7. **Skoliosenbehandlung im Hause.** Von K. Gerson, Schlachtensee. Ibidem.

1. Zur Korrektion des Genu varum infantile bedienen wir uns der operativen Maßnahmen (Osteotomie), der Gipsverbände und der portativen Apparate. Während die beiden ersteren nur in ganz bestimmten Fällen zur Anwendung gelangen, eignen sich die letzteren für die große Mehrzahl der O-Beinverkrümmungen.

Der von Z. konstruierte Apparat besteht aus einem Brett, in das die verkrümmten Beine 2 mal täglich 2 Stunden — bei schweren Fällen eventuell länger — eingespannt werden. Während die Knie durch eine Gummibinde einander genähert werden, werden die Füße durch einen gepolsterten Klotz auseinandergehalten und die Knie durch ein Stahlblech fixiert.

Will man auch eventuell bestehende Fußdeformitäten — Klumpfuß oder Plattfuß — günstig beeinflussen, so wird ein winkliger, giebeldachähnlicher Fußschlitten, gegen den sich die Füße anstemmen, beigegeben.

2. a) Ein Gipsbindentisch zur Aufbewahrung der fertigen Gipsbinden und zu ihrer weiteren Präparierung. Der sehr stabile, auf Rollen laufende Tisch weist auf:

α) zwei Deckelkasten aus vernickeltem Messingblech zur Aufnahme der Gipsbinden,
β) vor diesen zwei einzelne Wasserbehälter,
γ) auf der rechten Seite eine breite Auflage. Außerdem liegen links und rechts unter der Tischplatte
δ) zwei geräumige Schubkästen.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

In den Wasserbehältern befindet sich 2—3 cm über dem Boden ein Drahtsieb, damit die eingelegten Binden von allen Seiten vom Wasser umspült werden können.

b) Eine Schulter-Armschiene aus hartem Magnaliumblech, mit der wir dem Schultergelenk durch verschiedene Winkelstellung der Schiene jede notwendige Stellung geben können. Die Schiene, deren Konstruktion im Originalartikel nachgelesen werden muß, eignet sich zur Behandlung aller schwereren Entzündungszustände im Bereich des Schultergelenks, die eine Ruhigstellung des Gelenkes erfordern, und bei denen Kontrakturen vermieden werden müssen.

c) Plattfußeinlagen aus Walkleder. Die aus teilgarem Hartleder gefertigte Ledersohle wird über dem Gipsmodell gearbeitet und durch metallene Unterlagen verstärkt. Es muß individualisierend vorgegangen werden: der eine Patient verträgt eine elastische Einlage, der andere nur eine starre, der eine geht besser mit unverkürzten Sohlen, der andere, wenn die Sohlen nur bis an den Ballen reichen. Auch die Höhe des Absatzes muß ausprobiert werden. Braucht ein Patient elastische Absätze, so fügt G. in die Mitte der Höhe des Absatzes eine Gummieinlage ein.

3. Verfasser unterziehen an der Hand von 20 Fällen die Entscheidungen der Schiedsgerichte und des Reichsversicherungsamtes einer kritischen Prüfung und kommen zu dem Schlusse, daß diese beiden Instanzen viel zu wenig Wert auf den objektiven Nachweis der traumatischen Entstehung des Leidens legen, sondern meistens zugunsten des klagenden Arbeiters entscheiden. Dadurch wird der Rentensucht Vorschub geleistet. Die Schiedsgerichte müßten mißtrauischer sein und nur in seltenen Fällen, wenn wirklich der Nachweis der traumatischen Genese der Erkrankung streng durchgeführt ist, den Zusammenhang bejahen.

4. Möhring verwirft die bisher üblichen Korsette und empfiehlt seinen Stützapparat, dem folgende Vorteile anhaften sollen: starke redressierende und Stützkraft, Vermeidung jedes schädlichen Druckes, große Bewegungsfreiheit, Haltbarkeit, Einfachheit und Billigkeit. Er findet Verwendung bei: Skoliose, Kyphose, Tuberkulose, überhaupt bei allen Erkrankungen der Wirbelsäule. Der Apparat besteht aus einem Beckengürtel, zwei Rückenstäben und den Achselstücken. Als Druckmittel dienen Gummigurte, als Hilfspelotten auch Bandstahllederplatten.

5. Die zwischen zwei Fingern bestehende Hautbrücke wird durch eine Klemme allmählich durchgequetscht. Der Apparat besteht aus zwei dreiseitigen Prismen, die durch zwei mit feinen Schraubengewinden versehenen Bolzen bis zur Berührung zweier Längskanten genähert werden können. Der eine Bolzen wird am proximalen Pol der Hautbrücke durchgestoßen, der andere kommt an die Fingerspitzen zu liegen. Durch Schrauben werden die Prismen einander genähert, die Haut wird langsam durchgequetscht. Nekrose darf nicht auftreten. Nach einigen Wochen ist die Hautbrücke papierdünn und kann mit der Schere durchtrennt werden, oder man läßt die Klemme liegen, bis sie abfällt.

6. Während bei den angeborenen Deformitäten die Prophylaxe nur in ganz bestimmten Punkten, z. B. durch Hygiene der Schwangerschaft, etwas zu leisten vermag, ist ihr Wirkungsgebiet bei den erworbenen ungleich größer. Kennen wir die Ursachen der Deformität, so kennen wir auch in den meisten Fällen die Bahnen, die die Prophylaxe zu gehen hat. Als Ursachen der erworbenen Deformitäten sind anzuführen:

1. Krankheiten (Tuberkulose, Osteomyelitis, Tumoren, Rachitis, Osteomalazie etc. etc.);
2. Traumen;
3. Funktionsstörung durch Arbeit und Lebensgewohnheit (Belastungsdeformitäten).

Bei der Tuberkulose kommt die Allgemeinbehandlung hauptsächlich in Betracht. Viele Knochen- und Gelenktuberkulosen können unter dem Einfluß des Höhenklimas, der Sonnenlichttherapie, des Aufenthaltes an oder auf der See zur Heilung gebracht werden. Sol- und Thermalquellen, Landkolonien und Walderholungsheime sind weitere Heilfaktoren.

Die Prophylaxe der Rachitis hat auf gute Ernährung (Mutterbrust), frische Luft, gute hygienische Wohnverhältnisse etc. zu schauen.

Viel kann die Prophylaxe auf dem Gebiete der Skoliose leisten; frühzeitige ärztliche Behandlung ist anzustreben.

Orthopädisch-chirurgische Hilfe kann namentlich in Krüppelheimen geleistet werden, deren zahlreiche Errichtung sehr befürwortet werden muß.

7. Um ein Rezidiv nach der Anstaltsbehandlung zu verhüten, empfiehlt Gerson häusliche korrigierende Lagerungen auf einem Brett und redressierende Uebungen, alles Manipulationen, die keinen Kostenaufwand verursachen.

Neurologie und Psychiatrie.

Referent: Dr. **G. Flatau**, Nervenarzt, Berlin.

1. **Ueber Neurasthenie-Behandlung.** Von A. Eulenburg, Berlin. Therapie d. Gegenwart, 1908.

2. **Zur diätetischen und pharmazeutischen Epilepsiebehandlung in der ärztlichen Privatpraxis.** Med. Klinik, 1908, Nr. 32.

3. **Verbesserung des peripherischen zentripetalen Neurons bei Tabes dorsalis durch die Frenkelsche Uebungstherapie.** Von Dr. D. De Vries-Reilnigh. Therapie d. Gegenw., 1908, S. 359.

1. Eulenburg wendet sich mit Recht gegen die von der Freudschen Schule ausgehende Ansicht, daß die eigentliche Neurasthenie eine sehr seltene Erkrankung sei, daß die mit Angst und Phobien einhergehenden Formen abzutrennen und einer besonderen psychoanalytischen Kur zu unterwerfen seien. Er hat allerdings die monosymptomatischen Neurasthenien mit dem Stigmen der Angst und Phobie abgesondert und als Psychasthenia angiophrenica bezeichnet; die sexualen Neurasthenien mit psychischer Impotenz abzusondern, hält Verf. für praktisch falsch. Mit Anlehnung an Rosenbachs Ausführungen wird konstitutionelle Nervosität, die auf Grund fehlerhafter Veranlagung zu Regulationsstörungen führt, sowohl von der temporären Erschöpfbarkeit wie der vorwiegend auf psychischem Gebiet sich zeigenden Willensschwäche (psychomotorische Regulationsstörung) unterschieden. Einer Behandlung sind alle drei Formen zugänglich, sie muß der Hauptsache nach eine psychische sein. Natürlich kann keine der modernen Richtungen ein Monopol beanspruchen, weder die logisch-didaktische Methode nach Dubois, noch die analytische Methode der Schule Freuds. Gegen die Einseitigkeit und die zu weit gehenden Schlüsse dieser hätte Verf. nach des Referenten Ansicht energischer Front machen dürfen. Alle Faktoren dürfen zur Erzielung der Wiederherstellung zum Lebenskampf bei dem Neurastheniker in Anwendung kommen. Ruhekuren und Liegekuren für die schweren Erschöpfungsformen mit Ueberreizung, daran schließt sich zweckmäßig eine geregelte Bewegungs-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapie; Sport, Gartenarbeit etc. haben daran Teil. Dem Sport kommt nach Eulenburg eine besondere Wichtigkeit zu: Bergsteigen mit vorsichtiger Dosierung, Schwimmen, Rudern; Reiten und Fechten haben zugleich den Vorteil einer psychischen Beeinflussung von Angstempfindungen. Die Wirkung der Kuren an der Seeküste ist noch nicht genügend bekannt und erforscht; insbesondere gilt das von den Winterkuren an der Ost- und Nordsee. Der therapeutische Wert der Schiffsreisen ist gewiß groß, ihre Anwendung scheitert aber häufig an äußeren Umständen. Auf die hydriatischen Kuren einzugehen, würde den Rahmen des Referates überschreiten, ebenso soll nur darauf hingewiesen werden, daß alle Formen der Elektrotherapie vom Verfasser gewürdigt werden.

Die medikamentöse Therapie soll nicht die Hauptrolle spielen, aber man kann ihrer nicht völlig entraten, Nährmittel sind öfter notwendig. Als Neurotonica sind Kombinationen von Eisen, Phosphor, Arsen, China zu nennen. Lecithin wird empfohlen. Bekannt und beliebt sind Phytin, Glidine, Sanatogen. Bei manchen Formen ist Syrupus Colae (Hell) von Nutzen, dann die Stomachica, ferner Fellows und Eggers Hypophosphite. Eine große Rolle spielen Brom und Baldrian und deren Derivate. Mit Recht wird die übermäßige Fleischnahrung perhorresziert und vom Alkohol abgeraten. Für einzelne Symptome, wie die Phobien, Platzangst, für die psychische Impotenz ist vorwiegend der psychische Einfluß des Arztes von Nutzen. Eine besondere Besprechung wird der Examenangst gewidmet, die oft gerade gut vorbereitete Prüflinge befällt. Hier soll man mit „sanfter Gewalt“ das Hinausschieben der Termine verhindern.

2. Verfasser hält zwar die salzarme Diät bei Epileptikern für angezeigt, meint aber, daß speziell bei der Balintschen Kostnorm der Kalorienwert zu gering sei und große Milchmengen den Appetit verderben. Er hält daher eine Anreicherung der Kost mit weißem Fleisch, Kalb, Geflügel, Reis, Süßspeisen, für erforderlich, natürlich unter Vermeidung von Fleischbrühen.

Public

Fleischextrakten, scharfen Gewürzen. Es müsse eben eine blande, reizlose (Ref. schlägt vor, reizarme zu sagen) Kost, aber von genügendem Nährwert sein. Der Ersatz von Salz im Brot durch Brom (Bromopan von Balint) ist zu empfehlen, von Nutzen sind die Spasmositzwiebacke von Schnitzer, Stettin. Ref. hat auf die letzteren auch in einer Arbeit aufmerksam gemacht und schon vor Jahren betont, daß eine laktovegetabile Diät von genügendem Nährwert sich wohl durchführen lasse, wenn man Nährpräparate von Pflanzeneiweiß hinzufügt, z. B. Roborat.

Von den Medikamenten steht Brom an erster Stelle, und zwar in der Form des Bromipins, letzteres wird nur zu oft in zu geringer Dosis gegeben. Unter 2 Eßlöffel pro Tag wird kaum hinreichen. Andere empfehlenswerte Präparate sind Bromglidine und neuerdings Sabromin. Theoretische Erörterungen führten zur Empfehlung des Cerebrins; Lion will damit große Erfolge erzielt haben. Verfasser konnte in 25 Fällen keine Heilung konstatieren. Immerhin wurden 11 Fälle recht günstig beeinflußt, 6 gaben keinen Erfolg, 8 einen nicht genügenden.

Jedenfalls hält Verf. mit Recht dafür, die Prognose nicht so schwarz zu stellen, da doch durch Brom und geeignete psychische und körperliche Diät eine Anzahl Heilungen erzielt wurden.

3. Die kompensatorische Uebungstherapie ist eine bahnende Behandlung. Die periphere Neurone weisen die Verlangsamung der Leitung auf, welche im wesentlichen die Ursache der tabischen Ataxie ist; die Einübung erfolgt unter Kontrolle des Gesichtssinnes und führt unwillkürlich zu einer Beschleunigung bzw. Verkürzung der Reaktionszeit; in manchen Fällen wird auch eine Uebung der Sensibilität am Platze sein.

Varia.

Eine Wunderheilung in Lourdes. Von E. Dossenheimer. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 39.

D. versieht die Heilung der Veronika Sperling, wahrscheinlich einer schweren Hysterika, und die Propaganda, die in katholischen Blättern damit getrieben wird, mit treffenden Glossen.

In ähnlichem Sinne hat die „Ortsgruppe München des Deutschen Monistenbundes" in Nr. 34 der „Münch. Neuesten Nachrichten" ein ganzseitiges Inserat eingerückt, in dem es u. a. heißt: „Wir müssen die Behauptung aufstellen, daß die Dinge in Lourdes unter religiösem Deckmantel sich zu einem geschäftlichen Unternehmen ausgewachsen haben, das ohne jede tatsächliche Berechtigung aus der Leichtgläubigkeit, Unerfahrenheit und dem Heilungsbedürfnis zahlloser Unglücklicher materiellen Vorteil zieht."

Zugegeben — aber Leute vom Geistesumfang der Veronika Sperling, und es gibt ihrer in allen Schichten genug, brauchen ein Lourdes, mag es nun in Dresden oder sonstwo liegen und die wundertätige Grotte durch einen Wasserleitungshahn oder magische Handauflegungen ersetzt sein; Charcot selbst hat manche Kranke mit gutem Erfolg nach Lourdes geschickt, und ein erfahrener Leiter einer Nervenheilanstalt sagt mit Recht: „Manche Leute sind so verrückt, daß sie nur mit etwas Verrücktem geheilt werden können."

Die körperlichen Strafen in der Schule. Von Dr. Edm. Forster. Umschau 1908, Nr. 38.

Daß in der Schule die Prügelknaben gewöhnlich die mehr oder weniger Schwachsinnigen sind, ist bekannt, neu indessen, was F. über den Erfolg von Kursen berichtet, die zur Aufklärung der Lehrer über geistige Abnormitäten in verschiedenen Städten abgehalten worden sind. Die Lehrer sind dadurch in kurzer Zeit ganz entsetzlich klug geworden und stellen die prächtigsten, mit seltenen Fachausdrücken gezierten Diagnosen; dies ist nicht schlimm, ernsthafter aber, daß manche Lehrer nun ihre Schüler über nervöse Symptome unterrichten, dieselben in sie hineinexaminieren und so zu Zentren psychischer Ansteckung werden. Das ist entschieden schlimmer, als wenn sie gelegentlich einen Schwachsinnigen prügeln. F. schlägt nun vor, man solle die Unterweisung der Lehrer unterlassen und das Prügeln verbieten; aber gegenüber renitenten Elementen, für die das Gegenteil der Regel:

Nur des Geistes Kraft allein
Schneidet in die Seele ein

zutrifft, ist es schwerlich ganz zu entbehren.

F. von der Velden.

Kritische Bemerkungen zu den technischen Neuerungen in der Hydrotherapie. Von Dr. B. Buxbaum. Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1908, Nr. 8.

Buxbaum betont, daß die von findigen Therapeuten fortwährend erdachten und „wissenschaftlich begründeten" neuen hydrotherapeutischen „Methoden" vielfach nichts anderes darstellen als Modifikationen der altbewährten Applikationsformen und oft genug eine unzweckmäßige Vermehrung und Komplikation der brauchbaren, erprobten und allen Anforderungen genügenden Technik bedeuten.

Technische Neuerungen sind aber zu begrüßen, wenn sie den Herzenswunsch aller (?) Therapeuten, mit den einfachsten und in jedem Haushalt anwendbaren Behelfen auszukommen, erfüllen helfen. Modifikation einer Technik ist allerdings auch dann als ein Fortschritt zu betrachten, wenn sie uns in die Lage versetzt, dem suggestiven Teil der Therapie Rechnung zu tragen.

Esch.

Prostitution und Reglementierung. Von C. Kopp. Münchener med. Wochenschrift, 1908, Nr. 36.

Kopp ist ein Gegner der Art, in der die Polizei sich der Prostitution annimmt, und zugleich ein Gegner des Abolitionismus, dessen üble Folgen er an dem Beispiel Norwegens schildert. Er fordert zunächst Aenderung der Gesetzgebung, die sich selbst widerspricht und es dulden muß, daß sie überall übertreten wird, wo eine einigermaßen wirksame Kontrolle der Prostitution besteht. Die Bordelle sollen als das geringere Uebel wieder offiziell geduldet und durch tägliche Untersuchung, Verbot der Verabreichung von Alkohol und Schutz der Insassinnen gegen Ausbeutung saniert werden. Den Lokalbehörden soll bis zu einem gewissen Grade überlassen werden, wie sie die Sache regeln wollen, da die örtlichen Verhältnisse sehr verschieden sind. Die zwangsweise Einschreibung hält K. für unentbehrlich, doch soll sie nur nach gerichtlichem Urteil erfolgen; außerdem soll es rechtlich möglich sein, auch nicht unter Kontrolle stehende Personen der Untersuchung und Behandlung zwangsweise zuzuführen. Die Untersuchungen sollen häufiger und gründlicher durchgeführt werden. Die Hospitalbehandlung muß erleichtert und der Abschub Kranker in die Heimat, der doch nur zur Rückkehr in die Stadt führt, abgeschafft werden.

Daß diese Aenderungen die Kosten vermehren und doch nur ein mäßiges Resultat zeitigen werden, darüber ist Kopp nicht im Zweifel. Auch erwartet er von ihnen keine Einschränkung der Prostitution, sondern nur eine Verminderung ihrer Gefahren.

Wie viel besser waren doch die Zeiten, ehe die Syphilis nach Europa kam! Der „Hurenwaibel" der alten Zeit hatte nur dafür zu sorgen, daß seine Schutzbefohlenen keinen allzu starken öffentlichen Anstoß erregten, die gesundheitliche Frage existierte für ihn nicht, und das ganze Prostituiertenproblem befand sich, mit heute verglichen, im Stande der Unschuld. Gesellschaftliche Aechtung, Heuchelei und Lüge sind erst mit der gesundheitlichen Gefahr in die rPostitution eingezogen, und die Menschheit hat es in den 400 Jahren auch nicht vermocht, sich der neuen Situation in befriedigender Weise anzupassen. Wer kann wissen, ob jemals die Monogamie unter den christlichen Völkern zur vorherrschenden Form der Geschlechtsgemeinschaft geworden wäre, wenn damals die Prostitution schon so gefährlich gewesen wäre.

F. von der Velden.

Impfung und Ekzem. Von P. Schenk. Med. Klinik, 1908, Nr. 37.

Schenk teilt die in seiner Tätigkeit als Impfarzt gemachten Erfahrungen an ekzematösen Impflingen mit. Personen mit empfindlicher Haut bekommen nach der Impfung oft Papeln, Bläschen und Nebenpusteln, und ein ganz geringes Ekzem, sogar Intertrigo, kann sich nach der Impfung zu einer schweren, selbst tötlichen Hautaffektion auswachsen. (Gerät die Haut bei Ekzematösen so sehr in erhöhte Aktivität, so gewiß, wenn auch in geringerem Grade, bei Gesunden; danach hätte das Volk vermutlich recht, in dem nach Schenk der Glaube sehr verbreitet ist, daß bei den Schutzpocken Giftstoffe durch die Haut ausgeschieden werden.)

Schenk ist der Ansicht, daß man durch Deckung der Impfstelle und des Ekzems mit Verbänden unangenehme Zufälle verhindern könne, daß es aber doch sicherer sei, Ekzematöse nicht zu impfen. Darin, daß hierdurch die Erfolge der Pockenbekämpfung nicht in Frage gestellt werden, wird ihm jeder Recht geben.

Bayern und Württemberg schließen die mit Ausschlag behafteten Kinder ausdrücklich von der Impfung aus, Sachsen überläßt die Entscheidung dem Arzt. Preußen hilft sich seit 1907 mit einer besonderen „Verhaltungsvorschrift für die Angehörigen der Impflinge“, welche verhindern sollen, daß die geimpften Stellen und danach ein Ekzem des Impflings oder anderer Kinder berührt werden.

Für die durchschnittliche Mutter ist eine solche Vorschrift, selbst wenn sie imstande ist, in den Sinn des amtlichen Deutschs einzudringen, vollständig wertlos. Da schon soviel Mißstimmung gegen die Zwangsimpfung besteht, täte wohl Preußen recht, sich dem Vorgang Bayerns und Württembergs anzuschließen. (Ref.)

F. von der Velden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ein neues Phosphorlebertranöl.** Von Dr. Hugo Korte. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 41.

2. **Ein Beitrag zum Kapitel „Kresolseife und Kresolseifenlösung“.** Von Dr. Rapp. Apothekerztg., 1908, Nr. 80.

3. **Ueber Schwefelbalsam.** Von Dr. Franz Nagelschmidt. Therapeutische Monatshefte, Oktober 1908.

4. **Ein Beitrag zur Wirkung des Baldrians.** Von Dr. Rud. Heinrich. Aerztl. Rundschau, 1908, Nr. 42.

1. Infolge der Schwierigkeit der Dispensation des Phosphors in Lebertran halten sich die Apotheken Stammlösungen vorrätig; diese verändern sich aber in ganz kurzer Zeit merklich. Verf. fand Differenzen von 30—80% des vorgeschriebenen Phosphorgehalts. In zweijähriger Arbeit ist es K. gelungen, ein allen Ansprüchen entsprechendes Phosphoröl herzustellen. Da Alkohol die Oxydation des Phosphors (sein Leuchten) unterdrückt, hat K. Phosphorlösungen mit 5% Gehalt an Alkohol hinzugesetzt. Aber es zeigte sich nach Monaten, daß der Phosphorgehalt um zirka 10% heruntergegangen war. Er hat dann Versuche mit Limonen angestellt. Dieses ist ein Terpen, das sich in verschiedenen Oelen findet. Ein Zusatz von 1% Limonen bewirkte, daß der Phosphorgehalt der Oele kaum vermindert wurde. Die mit Limonenzusatz hergestellten Oele sind monatelang haltbar, auch wenn sie in hellen Gläsern aufbewahrt werden. Das Präparat des Verfassers: „Ol. jecor. phosphorat. anticatalysat.“ wird von seiner Firma Dr. Korte & Co., Hamburg 15, unter dem Namen Phosrhachit in den Verkehr gebracht in der gewöhnlichen Dosierung 0,01 : 100,0 zum Preise von 1 M.

2. Bekanntlich bietet weder der Liquor Cresoli saponatus des Deutschen Arzneibuches noch die durch den Erlaß des preußischen Ministeriums vorgeschriebene Neue Kresolseife einen vollwertigen Ersatz für Lysol in bakterizider Hinsicht. Die Veröffentlichungen von Proskauer, Schneider, Seligmann, Schottelius führten verschiedene Gründe an, die die Ursache der geringeren bakteriziden Eigenschaft der beiden Seifen sein sollten. Die Versuche des Verfassers bezweckten, die neue Kresolseife des Ministerialerlasses bakteriologisch nachzuprüfen, ferner verschiedene Mischungsverhältnisse der drei isomeren Kresole mit den einzelnen Kresolen selbst auf ihre bakterizide Wirkung hin zu vergleichen und schließlich dem wahren Unterschiede zwischen Lysol und den verschiedenen Kresolseifenpräparaten auf den Grund zu kommen. Das Ergebnis dieser Versuche geht dahin, daß der genaue Unterschied in der Desinfektionswirkung bei den verschiedenen Kresolseifenlösungen im Vergleiche mit Lysol nicht nur in einem erstklassigen Kresole, das die drei Isomeren enthält, sondern auch in dem richtigen Seifenzusatz zu suchen ist. Denn durch Zusatz von Leinölseife, noch mehr durch einen solchen von Harzseife kann die Desinfektionskraft gegenüber einem gewöhnlichen Oelseifenzusatze erhöht werden. Dr. R. behält sich vor, über eine brauchbare Vorschrift von Liquor Cresoli saponatus, welche dem Originalpräparate Lysol gleichwertig erscheint, später zu berichten.

3. In der Finsenklinik in Berlin hat Dr. Nagelschmidt Versuche mit einem von Prof. Erdmann entdeckten Präparat gemacht, das reich an einem dreiatomigen Schwefel (S_3 analog dem Ozon, O_3) ist und Thiozon genannt werden soll. Es stellt eine dunkelbraune, dickflüssige, wohlriechende Lösung dar, die dem Thiopinol nach Ansicht des Verfassers deshalb überlegen ist, weil sie chemisch genau definiert, also dosierbar ist, weil sie die Haut nicht reizt und viel angenehmer riecht (nach Lavendelöl). Außerdem kann man, da das Präparat organische und anorganische Schwefelverbindungen enthält, nach Belieben jede derselben oder dieselben gemischt zur Anwendung bringen. N. ließ gegen Krätze eine Salbe nach folgender Formel herstellen: Rp. Thiozon 10,0, Palmkernseife 60,6, Lanolin, Vaselin āā 20,0. 50 g davon genügen für eine einmalige Einreibung. Die Scabies heilte, soweit sie unkompliziert war, in ca. 2 Tagen ab, das Jucken verschwand häufig sofort. Zur Einleitung und zum Schluß der Behandlung wurde ein warmes Vollbad gegeben, dem 50 g Thiozon zugesetzt waren. Dabei entsteht in dem Badewasser eine milchige Trübung, ähnlich wie bei künstlichen Schwefelbädern. Doch riecht dieses Schwefelbad nach Lavendelöl und auch nach stundenlangem Stehen niemals nach Schwefelwasserstoff. Die Badewanne wird in keiner Weise angegriffen. Blanke Kupfer- oder Nickelwannen bekommen einen leichten dunklen Anflug, der aber bei dem üblichen Reinigen ohne weiteres verschwindet. Das Bad, in dem sich der Patient beliebig lange aufhalten kann, wird angenehm empfunden und reizt die Haut nicht. N. hat ca. 300 Bäder gegeben, ohne Unannehmlichkeiten zu bemerken. Neben der Thiozonsalbe und dem unvermischten Thiozon kann man noch weitere Präparationen herstellen; man kann das Thiozon z. B. mit gleichen Teilen Glyzerin, ohne daß ein Ausfällung eintritt, mischen, 10 oder 20 proz. Thiozon-Glyzerinlösungen herstellen. Diese sind emulsionsartig und gestatten eine bequeme Anwendung in der Gynäkologie. N. hat mit Ol. Cacao dreiprozentige Vaginalkugeln vorteilhaft bei gonorrhoischen Perimetritiden und Adnexerkrankungen angewandt. N. hat die Schwefelausscheidung im Thiozonbade festgestellt und beobachtet, daß die Ausscheidung der Gesamtschwefelsäure im Urin deutlich gesteigert ist. Leider ist das Präparat zurzeit noch nicht im Handel erhältlich. Es muß weiteren Untersuchungen überlassen bleiben, ob sich das Präparat bewährt und allen Ansprüchen genügt.

4. Als wirksames Agens der Baldrianwurzel werden verschiedene Bestandteile angesehen, von Kionka und Liebrecht das Valeriansäuredimethylamid, das von der Firma Meister, Lucius & Brüning unter dem Namen Valyl in den Handel gebracht wurde, von Romberg und Tappeiner das ätherische Oel, das Borneol. Nach Verfassers Beobachtungen irritiert sowohl das erstgenannte Präparat als auch das beide Substanzen enthaltende, von der Firma Riedel hergestellte Bornyval, obwohl sie in Gelatinekapseln gegeben werden, die Magenschleimhaut. Außerdem ist es zweifelhaft, ob die genannten Präparate die volle Wirkung der Baldrianwurzel entfalten können, da sie ja nur eine oder zwei Komponenten der Droge enthalten. Um nun eine gleichmäßige Zusammensetzung, die haltbar und in ihrer Wirkung immer gleich ist, zu erzielen, hat die Firma Chemische Fabrik Helfenberg i. S. ein Präparat in den Handel gebracht, das ein Destillat aus der Baldrianwurzel zugleich mit den Blättern der Pfefferminze darstellt und Valofin genannt wird. Dasselbe ist eine helle, äthetische Flüssigkeit mit dem Geruch und Geschmack des Baldrians. H. kennt das Präparat seit 3 Jahren und hat unangenehme Nebenerscheinungen, vor allem solche von seiten des Magen-Darmkanals nie bemerkt. Man gibt täglich 3- bis 4mal 15 bis 25 Tropfen, am besten in heißem Zuckerwasser. H. bestätigt die günstigen Erfahrungen, die von anderer Seite mit diesem Baldrianpräparat gemacht wurden.

Dr. W. Krüger, Magdeburg.

Neuerschienene Arzneimittel.

1. Jodival.

(a-Monojodisovalerianylharnstoff.)

Formel: $(CH_3)_2 CH . CHJ : CO . NH . CO . NH_2$.

Eigenschaften. Das Jodival stellt weiße, schwach bitter schmeckende Nädelchen dar, die fast unlöslich in kaltem Waser sind, leichter löslich in heißem Wasser, Aether und Alkohol. Der Schmelzpunkt liegt bei 180°. Der Jodgehalt beträgt 47%.

Indikationen: Die Anwendung des Jodivals entspricht allen Indikationen für die der Jodalkalien. Außerdem soll man mit Jodival eine kräftige Jodwirkung bei Erkrankungen des Nervensystems erzielen können, während die Jodalkalien eine direkte Wirkung auf das Nervensystem deshalb nicht ausüben, weil sie dort nicht abgelagert werden.

Public

Kontraindikationen: Diese entsprechen ebenfalls den Jodiden.

Pharmakologisches: Nach den Untersuchungen von Prof. v. d. Eeckhout liegt die letale Dosis des Jodivals beim Kaninchen bei 0,7—0,8 g pro Kilo Tier. Die Vergiftung ist eine Jodwirkung. Während die Jodalkalien fast völlig ausgeschieden werden in den ersten 24 Stunden, hält nach Jodivalgebrauch die Ausscheidung von Jod in den ersten 48 Stunden gleichmäßig an. Das Jodival passiert den Magen ungelöst und unzersetzt. Erst im Darm wird es als Natriumsalz gelöst und nach der Resorption sowohl im Fettgewebe des Organismus als auch im Nervensystem abgelagert (v. d. Velden). Von hieraus findet die allmähliche Abspaltung des Jods in der vorgenannten Weise statt.

Nebenwirkungen: Das Jodival ist frei von Magen- und Darmreizungen. Wegen der langsamen Abspaltung des Jods tritt Jodismus nur selten und nur in geringem Maße auf.

Dosierung und Darreichung: Im allgemeinen ha tsich eine Darreichung von dreimal täglich 0,3 Jodival als ausreichend erwiesen. Kinder erhalten geringere Dosen. Die Tabletten läßt man in kaltem Wasser zerfallen und so einnehmen.

Rezeptformeln:

Rp. Jodival 0,3 D. Tal. Dos. X S. 3 × tgl. 1 Pulv. Rp. Tabl. Jodival Orig.-Packg. 0,3 Dos. XX (Preis M. 2,—)	Tertiäre Lues. Spätstad. d. sekund. Lues. Arteriosklerose. Asthma. Exsudative Prozesse. Im besonderen Gehirnlues. Gehirnarteriosklerose u. s. w.
Rp. Jodival 0,3 Diuretin 0,5 Mf. p. D. Tal. Dos. XX S. 3 × tgl. 1 Pulv. in Wasser od. in Oblaten.	Arteriosklerose.

Literatur: Prof. v. d. Eeckhout (Heidelberg. Pharmak. Institut). Archiv f. exp. Path. u. Pharm., 1907, Bd. 57. Priv.-Doz. Dr. v. d. Velden, Düsseldorf. Vortrag auf der Naturforscherversammlung, 1908.

Firma: Knoll & Co., Chem. Fabrik, Ludwigshafen am Rhein.

W. Krüger, Magdeburg.

2. Valisan.

Eigenschaften: Schwach und angenehm aromatisch riechende, milde schmeckende Flüssigkeit mit einem Bromgehalt von 25,0%.

Indikationen: Entsprechen denen anderer Brompräparate. Wegen der gleichzeitigen Anwesenheit von Bornyval sehr für neurasthenische Zustände und nervöse Beschwerden geeignet. Es entfaltet eine ausgesprochene sedative Wirkung.

Pharmakologisches: Das Präparat stellt eine Verbindung des Broms mit dem Bornyval dar, welch letzteres die Bestandteile der Baldrianwurzel, nämlich Borneol (64.3%) und Isovaleriansäure (35,7%) enthält. Zur Steigerung der beruhigenden Wirkung wurde das Bornyval chemisch mit Brom verbunden. Das Produkt dieser Verbindung, genannt Valisan, enthält 25,2 % Brom, 48,3% Borneol und 26,5 % Isovaleriansäure. Wie Tierversuche ergeben haben, wurden große Dosen (10 g Einzeldosis) gut vertragen.

Nebenwirkungen wurden am Städt. Krankenhause Charlottenburg-Westend (Prof. Grawitz) nicht beobachtet. Wegen des besseren Geschmacks und der besseren Bekömmlichkeit wurde das Valisan dem Bornyval vorgezogen.

Dosierung und Darreichung: Das Valisan kommt in Gelatineperlen zu 0,25 g in den Handel.

Literatur: Assistenzart Dr. Maeder (Inn. Abteilg. d. Krankenhauses Charlottenburg-Westend; Prof. Dr. Grawitz): Valisan, ein neues Sedativum. Therapeutische Monatshefte, Oktober 1908.

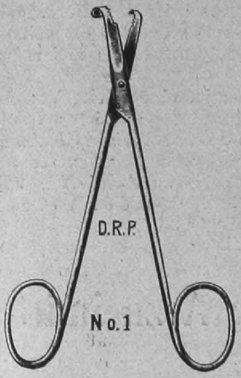
Firma: Chemische Fabrik auf Aktien (vormals E. Schering), Berlin.

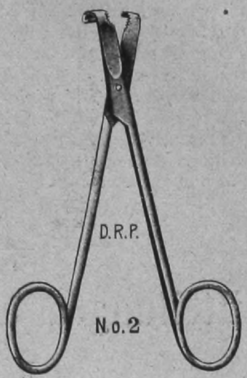
W. Krüger.

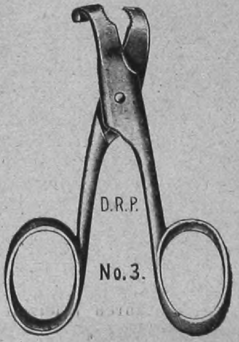
Technische Neuerscheinungen.

Blutstillungszange nach Blunk.

Das Instrument soll ein Unterbinden oder Abdrehen blutender Gefäße überflüssig machen; einfaches kurzes Erfassen soll die endgültige Blutstillung bewirken. Dies wird dadurch zu erzielen versucht, daß die Maulteile des Instrumentes fest aneinander vorbeigleiten und so gewissermaßen die mit ihnen erfaßten Gefäße schaben, wobei die äußere Gefäßhaut unversehrt bleibt, während die Innenkante durchtrennt und von der Durchtrennungsstelle distal und proximal aufgerollt in das Gefäßlumen geschoben wird, so daß letzteres an zwei Stellen verstopft wird. Die Wirkung ist also eine völlig andere, als die der bisher zu gleichem Zweck konstruierten Angiotribe, die durch möglichst starken Druck eine ausgebreitete Zertrümmerung der Gefäßinnenhäute bewirkten. Die Anwendungsweise der Blutstillungszange ist eine sehr einfache; alle blutenden Gefäßstümpfe werden nacheinander mit demselben Instrument direkt erfaßt und abgequetscht. Zwecks isolierter Abquetschung kann man nicht isoliert liegende Gefäße mit einer schmalmäuligen Arterienklemme fassen und vorziehen, um sie dann da abzuquetschen, wo man beim Unterbinden die Ligatur anlegen würde. Indessen ist auf isoliertes Erfassen beim Abquetschen keineswegs das Gewicht zu legen, wie beim Unterbinden. Hauptvorzüge des Instrumentes, abgesehen von der großen Bequemlichkeit, sind folgende: schnellerer Verlauf der Operation, kein Fremdkörper (Ligatur) bleibt in der Wunde; die Infektionsgefahr ist geringer, da weniger mit den Fingern in derselben manipuliert zu werden braucht; schnell zu vollziehende Blutstillung bei Unglücksfällen mit schnell und leicht zu desinfizierendem Instrument.







Die Firma Rudolf Blunk, Hamburg, stellt das Instrument in drei verschiedenen Größen her. (Aerztl. Polytechnik, Heft 9.)

M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner. Von Prof. Dr. Alexander Pilcz. Leipzig und Wien 1908. Preis 5 M.

Es sind die einzelnen Formen geistiger Störungen unter Hervorhebung der forensisch wichtigen Gesichtspunkte in einer auch für Laien verständlichen Weise kurz und prägnant geschildert. Nur der sogenannte moralische Schwachsinn findet eine etwas eingehendere Erörterung. Ueberall ist dabei das Wesentliche der Symptomatologie und die Beziehung der einzelnen Krankheitsform zur Strafrechts- und Zivilgesetzgebung sowie ihre Beurteilung in foro ausreichend berücksichtigt worden. Die praktische Brauchbarkeit des Buches wird dadurch erhöht, daß den einzelnen Krankheitstypen kurze Beisipele forensischer Fälle angefügt worden sind, welche zur Illustration ihrer gerichtlichen Beurteilung dienen. Das Buch wird nicht allein dem juristischen Laien zur Orientierung über die geistigen Erkrankungen Krimineller dienen können, sondern auch seinen Zweck in der Hand des vor Gericht tätigen Sachverständigen erfüllen, der sich schnell die wichtigsten Erscheinungen geistiger Krankheiten und ihre forensische Beurteilung ins Gedächtnis rufen will.

Prof. Ernst Ziemke-Kiel.

Die Legende von der Altertumssyphilis. Medizinische und textkritische Untersuchungen von Dr. Albrecht Freih. von Notthafft. Leipzig 1907, Verlag von Wilhelm Engelmann.

Das Buch Notthaffts ist eine neue Stütze für die immer mehr sich Geltung verschaffende Anschauung, daß die Syphilis aus Amerika importiert ist, wie schon Scheube und Bloch dargelegt haben, daß aber sämtliche Hypothesen und Belegstellen, welche eine Syphilis des Altertums beweisen oder wahrscheinlich machen sollen, auf Irrtum oder Willkür der Ausleger beruhen. Es ergiebt sich daraus, daß es nie eine Altertumssyphilis gegeben hat, daß dieselbe eine Legende war. Julius Baum-Berlin.

Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern. Von Dr. Bresgen. Sonderabdruck aus der „Therapeutischen Rundschau, 1908, Nr. 7 u. 8.

Bresgen hält die Elektrolyse für ein sehr empfehlenswertes Verfahren bei der Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, besonders bei tuberkulös Erkrankten oder in Fällen, wo sonst ein besonders schonendes Vorgehen angezeigt ist. In eingehendster Darstellung, unter fast überreicher Zitierung seiner früheren Arbeiten und entsprechenden Hinweise legt Verf. die von ihm gebrauchte Methode dar, so ins Einzelne gehend, daß jeder nur ein wenig mit der rhinologischen Technik Vertraute das Verfahren jederzeit zu verwenden imstande sein muß.

Der Elektrolyse wird im allgemeinen für das beregte Gebiet heute nicht mehr die Bedeutung zuerkannt, wie noch vor wenigen Jahren. Man zieht im allgemeinen das schnellere und auch wohl erfolgreichere, oft auch mehr konservierende operative Vorgehen vor. Dennoch gibt es Fälle, bei denen die Elektrolyse ihren Wert behält, und dann dürfte mancher, der selten von ihr Gebrauch macht, die peinlich eingehende Darstellung in dieser Arbeit angenehm empfinden. M. Halle, Charlottenburg.

Allgemeines.

Am 18. Oktober d. J. tagte in Cöln a. Rh. eine Versammlung von Aerzten, welche Anhänger und Freunde der **Hetolbehandlung der Tuberkulose** nach Landerer sind. Nach einem Referat der Herren Weißmann, Lindenfels, und Großkopf, Osnabrück, und nach eingehender Diskussion, an welcher sich die Herren Schrohe, Mainz, Möller, Baden, Rocha, Gladbeck, Wohlsecker, Bruckardrot, ter Kuile, Enschede, und Deitermann, Horst, beteiligten, wurde beschlossen, eine „Freie ärztliche Gesellschaft zum Studium der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hetolbehandlung“ zu gründen. Zum Geschäftsführer wurde Weißmann, Lindenfels, gewählt. Die Gesellschaft wird eine planmäßige, wissenschaftliche Bearbeitung der Hetolbehandlung sich zur Aufgabe machen und beabsichtigt in ihrer Geschäftsführung einen Mittelpunkt zu schaffen für alle praktischen und wissenschaftlichen Fragen, welche das Hetol betreffen.

Ein eingehender Bericht über die Versammlung in Cöln wird in Kürze im Druck erscheinen und wird allen Interessenten durch den Geschäftsführer, Dr. Weißmann in Lindenfels (Odenwald), zugesandt.

Die nächste Versammlung der neuen Gesellschaft wird im Frühjahr 1909 in Cassel stattfinden.

Sicherstellung der Aerztehilfe. Unter vorstehendem Titel bringt die „Deutsche Krankenkassen-Zeitung“, 1908, Nr. 2, einen längeren, keineswegs ganz objektiv gehaltenen Aufsatz, der die üblichen Seitenhiebe gegen den Leipziger Verband enthält und in dem Vorschlag gipfelt, daß sich staatliche Verwaltungen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten dadurch von der „Willkür der Aerztevereinigungen“ emanzipieren sollen, daß sie gleich der Militärverwaltung junge Medizinstudierende ganz oder teilweise auf ihre Kosten auf der Universität ausbilden und sie dafür verpflichten sollen, nach vollendeten Studien eine Anzahl von Jahren gegen ein vorher fixiertes Gehalt zu dienen. Wenn der Verfasser auch einsieht, daß sich die Söhne aus besseren Kreisen nicht zu solchen Abkommen hergeben werden, so ist er doch der Meinung, daß an geeigneten Kandidaten gar kein Mangel sein werde. — Es scheint ihm demnach unbekannt zu sein, daß an Militärärzten permanenter Mangel herrscht. — Ueber seine Zukunftspläne enthalte ich mich jeder Aeußerung; an maßgebender Stelle mag man über sie zur Tagesordnung übergehen und nicht die Hand dazu bieten, das akademische Proletariat, das jetzt schon da ist, noch weiter zu vermehren. Der ungeheure Zudrang der Abiturienten zur Medizin gibt ohnehin sehr zu denken und erfüllt uns mit Sorge für die Zukunft des einstens so hoch angesehenen ärztlichen Standes.

Aber gegen gewisse Ausführungen des Artikelschreibers ist entschieden Front zu machen. Er sagt, der überwiegende Teil der Kosten des medizinischen Studiums werde ohnehin nicht von den Studierenden, sondern von der Allgemeinheit, vulgo dem Staate, beglichen. Er fährt fort: „Woraus für diese ohne weiteres das Recht herzuleiten ist, ärztliche Hilfe zu angemessenen Preisen zu beanspruchen. Hierbei ist ferner zu berücksichtigen, daß einem nicht geringen Teile unserer Aerzte das Studium durch Stipendien ermöglicht wurde und von der Möglichkeit einer zweckentsprechenden Organisation und eventuell einem Ausbau des Stipendienwesens wird es abhängen, ob man die hochakute Aerztefrage noch einmal wird zu einer für die Allgemeinheit glücklichen Lösung bringen können!“

Der Verfasser hat nur insofern Recht, als die Unterhaltung der medizinischen Unterrichtsinstitute, die Besoldung der Professoren keineswegs allein durch die Studiengelder der Studierenden gedeckt werden kann. Aber wie ist's mit der persönlichen Unterhaltung des jungen Mannes während seiner Studienzeit? Die geht doch bei mehr als 90% auf die eigene Kappe. — Die Stipendien, die an Mediziner vergeben werden, sind zu zählen; jeder Stipendiatenephorus wird uns bestätigen, daß bei der Verteilung dieser Erdengüter die Angehörigen der medizinischen Fakultät am schlechtesten wegkommen. Die meisten Stipendien erhalten die Theologen; dann kommen die Philologen resp. Lehramtskandidaten. L. Rode. (Ä. V. R., 1908, Nr. 4.)

Die Uebertragbarkeit bösartiger Geschwülste betrifft eine Sonderausstellung im Kaiserin Friedrich-Hause, die Herr Oberarzt Dr. Sticker mit den Präparaten veranstaltet, welche kürzlich bei dem „Internationalen Chirurgen-Kongreß in Brüssel“ allseitiges Interesse erweckten. Die Ausstellung ist unentgeltlich zugängig vom 26. bis 31. Oktober, nachmittags von ½4—½6 Uhr, und vom 2. bis 7. November, vormittags von 10 bis 1 Uhr.

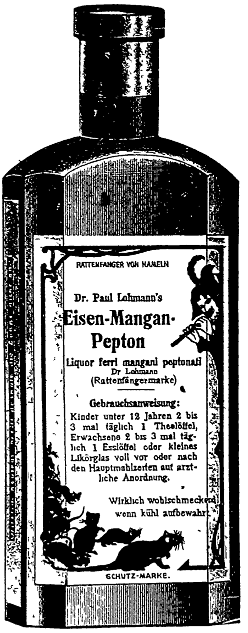
NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Das Bessere ist auch das Billigere! Da das Nährfett Fucol bei sonst gleichwertigen therapeutischen Eigenschaften energischer als Lebertran wirkt, machen sich bei Gebrauch des ersteren auch die Heilerfolge um so schneller bemerkbar. Schon aus diesem Grunde verdient Fucol — besonders in der Kassenpraxis — den Vorzug. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Public


RATTENFANGER VON HAMELN
Dr. Paul Lohmann's
Eisen-Mangan-Pepton
Liquor ferri mangani peptonati
Dr Lohmann
(Rattenfängermarke)
Gebrauchsanweisung:
Kinder unter 12 Jahren 2 bis 3 mal täglich 1 Theelöffel, Erwachsene 2 bis 3 mal täglich 1 Esslöffel oder kleines Likörglas voll vor oder nach den Hauptmahlzeiten auf ärztliche Anordnung.
Wirklich wohlschmeckend wenn kühl aufbewahrt
SCHUTZ-MARKE.

Dr. Paul Lohmann's

Eisen-Mangan-Pepton

Marke: Rattenfänger von Hameln.

Bewährtes Mittel gegen Blutarmut, Bleichsucht, Nervenschwäche, Appetitlosigkeit,

wegen seiner unvergleichlichen Haltbarkeit besonders auch in den Tropen.

Zusammensetzung: Genau nach den Vorschriften des Deutschen Apotheker-Vereins.

Bitte vergleichen Sie den Geschmack durch Probieren mit den übrigen Präparaten des Handels!

Der hervorragend schöne und angenehme Geschmack beruht auf **völliger Neutralität und gänzlicher Abwesenheit** aller Laugen und Alkalien und dem neuen von mir allein hergestellten kolloidalen Eisen und Mangan.

Preis der Flasche in ff. Cartons **M. 0,80.**
Detail-Verkauf M. 1,20.

Postpakete von 8 Flaschen Brutto 5 Ko.

Dr. Paul Lohmann, Chem. Fabrik
Hameln a. d. W.

DR. LAHMANN'S

Nährsalz **Cacao**
Nährsalz **Chocolade**
Nährsalz **Extract**
Nährsalz **Hafer Cacao**

vegetabile (Pflanzen) Milch

Alleinige Fabrikanten:

Hewel & Veithen, Kaiserl. Königl. Hoflieferanten, **Köln u. Wien.**

Noridal-Zäpfchen

gegen

Haemorrhoiden,

Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.

Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.

Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London. Silvestri-Rom, Dawson-London.

Proben und Literatur gratis und franko.

Kontor chemischer Präparate Berlin C 2/28.

Rhachisan

Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.

Bestandteile:

Ol. Jecoris Aselli	30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat.	1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)	
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.)	15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)	
Corrigentia und Wasser	ad 100

Proben und Literatur gratis!

Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Prof. Dr. **Soxhlet's**

Nährpräparate:

Nährzucker und verbesserte **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von $^1/_2$ kg Inhalt zu 1.50 M.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $^1/_2$ kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von $^1/_2$ kg Inhalt 1.80 M.

Eisen-Nährzucker-Kakao m 10 % ferrum oxydat. saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von $^1/_2$ kg Inh. 2.— M.

Leicht verdauliche **Eisenpräparate,** klinisch bewährt bei Atropie u. Anämie.

Den H H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei.

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Lungenerkrankungen

und die **Arminiusquelle** in **Lippspringe.**

Die Arminiusquelle in Lippspringe wurde im Jahre 1907 von fast **7000 Lungenkranken** — gegen ca. 6000 im Jahre 1905 — besucht. Eine Reihe von Versicherungsanstalten, Vereinen, Gemeinden, Stiftungen usw. schickte Kranke mit bestem Erfolge; z. B. die Versicherungsanstalt Westfalen liess in den letzten Jahren **jährlich 600 Versicherten** eine Kur an der Arminiusquelle zuteil werden. Ueber die hier in **freier Kur** erzielten ausserordentlichen Heilerfolge vergleiche die Jahresberichte der Landesversicherungsanstalt Westfalen. Der Jahresbericht des Barmer Vereins für Gemeinwohl pro 1904 sagt z. B.: „Bei dem Vergleich der Kurerfolge von Lippspringe mit den anderen Kurorten bezw. Anstalten für Lungenkranke steht Lippspringe an erster Stelle." — Der neu entstandene **Kurbrunnen** steht mit der **seit 70 Jahren bewährten Arminiusquelle** und deren Verwaltung nicht in Verbindung. Jede weitere Auskunft erteilt die **Brunnen-Administration der Arminiusquelle.** Lippspringe, Westf. (Bahnstation).

REXOTAN (D. R. P., Name als Marke geschützt.)

Seit Jahren vorzüglich bewährtes **Darmadstringens** und **Darmantiseptikum** bei akuten, subakuten und chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrhen ohne jede Nebenwirkung.

Spezifikum bei den Sommerdiarrhöen der Kinder.

Dosis: bei Kindern 0,1—0,15—0,3 gr drei- bis viermal täglich, bei Erwachsenen 0,6—0,1 gr mehrmals täglich nach der Mahlzeit, zweckmäßig in lauwarmen Haferschleim eingeführt. Genaue Diätvorschriften sind zu geben.

Taxpreis 1 gr = 10 Pf. 10 gr = 0,95 M.

Ausführliche **Literatur** mit **Probe** umgehend gratis und franko zu Diensten.

Dr. Arnold Voswinkel, Apotheke u. chem. Laboratorium, Berlin W. 57.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell**, Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel**, Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich**, Berlin, Prof. Dr. **E. Braatz**, Königsberg, Prof. Dr. **C. Bruhns**, Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard**, Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen**, Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald**, Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger**, Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**, Abbazia, Prof. Dr. **K. Helbing**, Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel**, Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann**, Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt**, Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel**, Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek**, Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann**, Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen**, Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann**, Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks**, Bonn, Prof. Dr. **G. Köster**, Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner**, Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz**, Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky**, Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer**, Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse**, Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz**, Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch**, Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel**, Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer**, Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter**, Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf**, Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz**, Königsberg i. Pr., Prof. Dr. **E. Schulze**, Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**, Berlin, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan**, Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze**, Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna**, Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht**, Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius**, Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther**, Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener**, Aachen, Prof. Dr. **G. Winter**, Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke**, Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz**, Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 8. November 1908. **Nr. 45.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M, einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1.50 M Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
- M. Mosse, Berlin: Ueber den Zusammenhang von Blutarmut und Magenbeschwerden 661
- Eugen Rehfisch, Berlin: Praktische Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung Herzkranker 663

Referate:
- E. Küster, Freiburg i. Br.: Bakteriologie 668
- C. Bachem, Bonn: Pharmakologie 669
- J. Ibrahim, München: Kinderheilkunde 669
- G. Flatau, Berlin: Neurologie und Psychiatrie 670
- G. Abelsdorff, Berlin: Augenheilkunde 671
- L. Lipman-Wulf, Berlin: Urologie 671

Mitteilungen über Arzneimittel:
- C. Bachem, Bonn: Referate 673

Technische Neuerscheinungen:
- Asch, München: Gastrotrib (Ref.: M. Plien, Berlin.) . . . 673

Bücherbesprechungen: 673
- Edmund Saalfeld, Berlin: Kosmetik, ein Leitfaden für praktische Aerzte (Ref.: J. Baum, Berlin) 673
- Paul Albrecht, Halle a S.: Fritz Reuters Krankheit . . . 674
- E. Sommer, Zürich: Emanation und Emanationstherapie . . 674

Allgemeines 674

ORIGINALIEN.

Aus dem medizinisch-poliklinischen Institut der Universität Berlin (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Senator).

Ueber den Zusammenhang von Blutarmut und Magenbeschwerden.

Von Prof. **M. Mosse**, Berlin.

Wenn ich in den folgenden Zeilen einige Bemerkungen über die Erkennung und Behandlung der Magenbeschwerden Anämischer machen möchte, so will ich zunächst von vornherein betonen, daß natürlich nicht die Absicht vorliegen kann, eine alle Einzelheiten des Themas erledigende, umfassende Abhandlung zu liefern. Es sollen vielmehr nur die wesentlichsten, hauptsächlich die Differentialdiagnose betreffenden Punkte des Gegenstandes erörtert werden, besonders, um darauf hinzuweisen, daß eine schematische Therapie der Magenbeschwerden anämischer Personen in der Praxis schädlich und unangebracht ist, daß es vielmehr bei der Beurteilung eines jeden Falles darauf ankommt, sich zu fragen, in welchem Zusammenhange die Anämie mit den Magenbeschwerden steht und ob überhaupt ein solcher Zusammenhang vorhanden ist.

Naturgemäß wird es zuerst darauf ankommen, festzustellen, ob tatsächlich eine Anämie besteht und zweitens, ob die von dem Kranken geäußerten Magenbeschwerden ihren Grund in krankhaften Veränderungen der Beschaffenheit oder der Tätigkeit des Magens haben.

Was zunächst den ersten Punkt anbelangt, so lehrt die Erfahrung, daß sehr häufig in der Praxis die Diagnose einer „Blutarmut“ gestellt wird, ohne daß eine solche vorliegt und daß umgekehrt auch höhere Grade von Anämie leicht übersehen werden können. Das liegt daran, daß die Diagnose der Anämie nicht einfach auf Grund von blassem Aussehen der Patientin — handelt es sich doch zumeist um weibliche Kranke — gestellt werden darf. Blasses Aussehen der Haut kann vorliegen, ohne daß wirklich eine Blutarmut vorhanden ist, d. h. ohne daß eine Herabsetzung der Zahl der roten Blutkörperchen (Anämie) oder Herabsetzung des Hämoglobingehalts des Blutes ohne Verminderung der Erythrozytenzahlen (Chlorose) besteht. Es ist nun in der Praxis nicht erforderlich, in jedem einzelnen Falle eine genaue Bestimmung der Zahl der roten Blutkörperchen zu machen; was aber in jedem Falle, in dem die Diagnose der Blutarmut in Betracht kommt, untersucht werden sollte, das ist der Hämoglobingehalt des Blutes. Hierzu genügt für die Zwecke der Praxis die Tallquistsche Hämoglobinskala[1]), die es jedem Arzte ohne weitere Vorbildung und Uebung ermöglicht, in wenigen Minuten und mühelos den Gehalt des Blutes an Hämoglobin festzustellen.

Wenn man sich dieses einfachen Untersuchungsmittels bedient, so wird man auch in denjenigen Fällen zum Ziele kommen, in denen eine Blutarmut nur scheinbar vorliegt. Solche Fälle sind jedem erfahrenen Praktiker bekannt. Sie beruhen, wie Sahli ausführt, in den meisten Fällen auf veränderten Zirkulationsbedingungen der Gesichtshaut. Ich verweise — um nicht aus dem Sahlischen Lehrbuch der Untersuchungsmethoden sätzeweise abzuschreiben — auf die betreffenden Ausführungen in diesem Buch.

---

[1]) Sie ist für 4 M. erhältlich; Alleinvertreter für Deutschland ist Otto Enslin, Berlin, Karlstr. 32.

Solchen Zuständen einen besonderen Namen zu geben, erscheint mir überflüssig. Strauß hat von „Pseudoanämie" gesprochen — eine Bezeichnung, für deren allgemeine Verwendung ich mich nicht erwärmen möchte. Spricht man doch auch nicht von „Pseudokarzinom" des Darms, wenn wir Tumoren fühlen, die durch Rizinus verschwinden oder von einem „Pseudokarzinom" des Oesophagus bei Krampfzuständen der Hysterischen! Und dabei ist die Diagnose in jenem Fall durch die Untersuchung des Hämoglobingehalts des Blutes schneller gemacht als im letzteren Falle durch das Abführmittel.

Weiterhin ist in jedem einzelnen Falle zu fragen und nach Möglichkeit festzustellen, ob es sich wirklich um Magenbeschwerden handelt oder ob diese nur vorgetäuscht werden durch anderweitige Affektionen. Differentialdiagnostisch kommen vor allem chronisches Gallenblasenleiden mit Gallensteinkolik sowie beginnende Leberzirrhose in Betracht, ferner Wanderniere und endlich Magenstörungen bei Herz- und Nierenkranken. In jedem Falle ist auf das Vorhandensein einer epigastrischen Hernie zu untersuchen. Natürlich hat man sich auch zu vergewissern, ob etwa eine beginnende Tabes mit gastrischen Krisen vorliegt. Denkt man nur an alle diese Affektionen, so wird es verhältnismäßig einfach sein, allein per exclusionem das Vorhandensein einer wirklichen Krankheit des Magens festzustellen. Am häufigsten dürften wohl noch Gallensteinkoliken ohne Ikterus mit Magenkrankheiten verwechselt werden. Erhebt man indessen eine genauere Anamnese, die das anfallsweise, im ganzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftretende, mit Frost oder Hitze verlaufende Schmerzgefühl feststellt, die ergibt, daß es sich häufig um fettleibige Frauen handelt, die auf Befragen oft angeben, daß sie den ersten Anfall im Wochenbett oder bald nach ihm gehabt haben, daß die Anfälle ebenso stark wie die Wehenschmerzen seien — dann wird es in weitaus der größeren Mehrzahl der Fälle nicht schwer sein, eine Gallensteinkolik zu diagnostizieren, auch ohne daß Ikterus während oder nach den Anfällen auftrat. Dazu ergibt die objektive Untersuchung zumeist Schmerzhaftigkeit der Gallenblasengegend auch außerhalb des Anfalls. Lokalisierung des Schmerzgefühls nach der Gegend links vom Nabel spricht nicht gegen Gallensteinkolik. —

Ist nun festgestellt, daß sowohl eine Anämie — oder Chlorose — vorliegt und daß die Magenbeschwerden nicht auf eine anderweitige Affektion zu beziehen sind, so kann der Zusammenhang zwischen der Blutarmut und den Magenbeschwerden sich so gestalten, daß entweder die Blutarmut primär und die Magenbeschwerden sekundär auftreten oder daß die Blutarmut eine Folge der Magenerkrankung ist oder daß sowohl Blutarmut wie Magenbeschwerden Folgezustände einer dritten Affektion sind.

Anlangend das primäre Vorhandensein der Blutkrankheit, so sind die Veränderungen der Magentätigkeit verschieden, je nachdem es sich um einfache Anämie, um Chlorose oder um perniziöse Anämie handelt. Bei der primären chronischen Anämie sind die Veränderungen des Magenchemismus keine eindeutigen, bald bestehen normale Werte der freien HCl und der Gesamtazidität, bald zu hohe, bald zu niedrige Werte. Im Gegensatz hierzu sind die Magenbeschwerden der Chlorotischen fast stets auf Superazidität und gesteigerte Sekretion zurückzuführen, so daß es sich in praxi für diese Fälle erübrigt, eine Untersuchung des Mageninhalts vorzunehmen. Dagegen muß in jedem Falle, in dem bei einer Chlorotischen Verdacht auf Magengeschwür besteht, die Untersuchung der Fäzes auf Blut vorgenommen werden, um so das Vorhandensein der sogenannten „okkulten" Blutungen festzustellen — mit Methoden, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Ebenso eindeutig liegen die Verhältnisse bei der sogenannten perniziösen Anämie im Sinne Ehrlichs, d. h. einer Anämie, die nur durch mikroskopische Untersuchung des Blutes erkannt werden kann und bei der diese Untersuchung das Vorhandensein mehr oder minder zahlreicher Megalozyten (d. h. abnorm großer roter Blutkörperchen) und Megaloblasten (d. h. großer kernhaltiger roter Blutkörperchen mit geringer Affinität des Kerns zum Kernfarbstoff) ergibt. Bei dieser perniziösen Anämie im Sinne von Ehrlich sind also die Magenveränderungen sekundärer Natur; sie äußern sich klinisch stets in einer Hypochlorhydrie und Subazidität.

In einer zweiten Reihe von Fällen ist der Zusammenhang von Blutarmut und Magenaffektion ein derartiger, daß sich im Anschluß oder auf Grund des Magenleidens die Anämie sekundär entwickelt. Die Fälle von Ulcus ventriculi bei Chlorose bilden den Uebergang zu der vorigen Gruppe, da naturgemäß das Auftreten einer Blutung die schon bestehende mangelhafte Beschaffenheit des Blutes noch verschlechtert. Dagegen gibt es Anämien, die Folgezustände chronischer Gastritis sind. Besonders führt die Achylie zu sekundärer einfacher Anämie, die indessen mit der perniziösen Anämie nicht verwechselt werden darf. Die Tatsache, daß von manchen Autoren hier nicht streng genug differenziert wird, darf nicht zu einer Verwischung des Bildes führen: Achylie veranlaßt sekundäre einfache Anämie, umgekehrt ist perniziöse Anämie — wie auseinandergesetzt — mit Herabsetzung der Säurewerte verbunden. Ich habe viele Fälle von Subaziditäten, Achlorhydrien, Achylien untersucht — ohne das Bild der perniziösen Anämie, wohl aber das der einfachen sekundären Anämie zu finden! Dasselbe gilt für die Fälle von Magenkarzinom, auch dieses führt wohl zu einfacher, aber nicht zur perniziöser Anämie im Sinne Ehrlichs!

Endlich wären diejenigen Krankheiten anzuführen, die sowohl zu einer Veränderung der Blutbeschaffenheit und zu einem veränderten Chemismus des Magens führen können, bei denen also sowohl Blut- wie Magenkrankheit Folgeerscheinungen einer dritten Affektion sind. Das ist naturgemäß eine große Reihe von Krankheiten, zunächst die fieberhaften Krankheiten, die zur Anämie führen und mit Subaziditäten einhergehen, dann eine Zahl chronischer, zum Siechtum führender Krankheiten, besonders die Tuberkulose in ihren verschiedenen Formen, chronische Nephritis u. a. m. Besonders ist auch an die Helminthiasis zu erinnern, die sowohl Magenstörungen hervorruft, wie Veränderungen des Blutes, und zwar sowohl einfache sekundäre Anämie, wie perniziöse (Anchylostomum duodenale), wie auch das Bild der eosinophilen Leukozytose (Trichinosis u. a.). —

Ziehen wir einen Schluß aus den angeführten Tatsachen, so ergibt sich eine große Mannigfaltigkeit des Bildes. In jedem Falle von Anämie mit Magenstörungen ist festzustellen, welches die primäre, welches die sekundäre Krankheit ist, ob überhaupt ein Zusammenhang vorliegt und welches die Art der krankhaften Beschaffenheit des Blutes, welches die Störung des Magenchemismus ist. In einer Reihe von Fällen ist die mikroskopische Untersuchung des Blutes, in einer anderen Mageninhaltsuntersuchung erforderlich! Daß hier jeglicher Schematismus schädlich sein kann, lehrt die Ueberlegung, welcher Art im Einzelfalle die Behandlungsweise sein muß, die einzuschlagen ist. Diese hier einigermaßen erschöpfend zu behandeln, würde zu weit führen; eine solche Darstellung würde einem Grundriß der Therapie der Magenkrankheiten überhaupt entsprechen. Nur an wenige Punkte sei erinnert! Zunächst an die Tatsache, daß für ausgesprochen chlorotische Personen das beste Heilmittel Bettruhe von naturgemäß verschieden langer Dauer ist. Hiermit kann vorteilhaft die Behandlung der Hypersekretion und Superazidität (eiweiß- und fettreiche Diät, Vermeidung von scharfen, geräucherten, gepökelten Speisen, Kaffee, Alkohol etc.) Hand in Hand gehen. Was dann die perniziöse Anämie anbelangt, so wird es in jedem Falle gut sein, auf die Magenstörungen Rücksicht zu nehmen und die Diät entsprechend der verminderten oder ganz aufgehobenen Salzsäuresekretion einzurichten, also eine im ganzen eiweiß- und fettarme Diät unter Darreichung großer Mengen von Salzsäure mit oder ohne Pepsin vorzuschreiben. Liegt ein primäres Magenleiden vor, so ist dieses diätetisch und medikamentös zu behandeln und die sekundäre Anämie zunächst nicht zu beeinflussen und nicht etwa durch Arsen- oder Eisenpräparate die an sich schon gestörten Magenfunktionen eventuell noch mehr zu schädigen. Sind Magen- und Blutkrankheit Folge einer anderen Affektion, so ist nach Möglichkeit diese zu beeinflussen (Tuberkulose, Helminthiasis etc.). Auch für diese gilt der Satz, daß auf die gestörte Magenfunktion so weit wie irgend möglich Rücksicht zu nehmen ist und daß man nicht in der Absicht, die Blutbeschaffenheit bessern zu wollen, durch weitere Schädigung der Magentätigkeit einen Circulus vitiosus schafft.

Für das hier besprochene Gebiet ist ganz besonders die Forderung aufzustellen, daß die Therapie nicht blind irgendein gerade ins Auge fallendes Symptom betreffen soll, daß wir dagegen häufig nur Symptome zu bekämpfen in der Lage sind, wobei wir uns aber immer bemühen müssen, die Diagnose der Grundkrankheit zu sichern!

Praktische Erfahrungen über die medikamentöse Behandlung Herzkranker.

Von Dr. **Eugen Rehfisch,** Spezialarzt f. Herzkrankheiten, Berlin.

Während die physiotherapeutischen Maßnahmen nur eine allmähliche Besserung in dem Befinden Herzkranker anzustreben vermögen, hat die Darreichung von Medikamenten die Aufgabe, in kürzester Frist dem Kranken Hilfe zu bringen. Dieses ideale Ziel läßt sich in der Tat erreichen, wenn für die Anwendung eines bestimmten Arzneimittels eine ganz präzise Indikation vorliegt, und der Erfolg scheint um so sicherer, wenn die durch irgend ein Leiden gesetzten Störungen einen einheitlichen Typus aufweisen, d. h. auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind. Leider aber handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle nicht um die Erkrankung des Herzens allein, sondern um eine gleichzeitige Affektion anderer Organe, wie etwa der Nieren, der Leber, des Zentralnervensystems. Hierzu kommt, daß wir oft die sonst so manifeste Erkrankung des Herzens auf eine unbekannte Ursache zurückführen müssen, auf eine Noxe, deren eigentliches Wesen, deren Chemismus wir nicht durchdringen können. Im allgemeinen aber bietet die medikamentöse Therapie eine durchaus dankbare Aufgabe, im besonderen, wenn es gelingt, schon die allerersten Symptome eines Herzleidens ausfindig zu machen, die ersten Anfänge einer gestörten Funktion zu erkennen.

Nun beherrscht, wie wir wissen, seit Dezennien die Digitalis die gesamte Herz-Therapie oder steht doch zum mindesten so im Vordergrunde jeglicher Behandlung, daß es mir ratsam scheint, hier einmal in aller Kürze sowohl die Indikationen für eine Digitalisbehandlung als auch die Wirkungsweise dieser Droge, die erst gerade in den letzten Jahren experimentell pharmakologisch ergründet wurde, zu besprechen.

Der Angriffspunkt für die Digitaliswirkung sind sowohl das Herz selbst als auch das Gefäßsystem. Das Herz antwortet mit erhöhter Arbeit, indem es sich einmal reichlicher von den Vorhöfen aus mit Blut füllt, dann aber, indem sein Kontraktionsvermögen zunimmt, wodurch ein höherer systolischer Druck erreicht wird. Aus diesen beiden Faktoren muß notwendigerweise ein größeres Schlagvolumen resultieren, d. h. in jeder Systole fördert das Herz eine größere Quantität seines Inhalts. Nun ist aber, wie eingehende Untersuchungen gezeigt haben, die Steigerung des Blutdrucks nach Digitalis nicht nur die Folge der vermehrten Herzarbeit allein, sondern, und hier kommen wir auf den zweiten Angriffspunkt der Digitalis zu sprechen, auch der erhöhten Kontraktion der Gefäße und im besonderen derer im Splanchnikusgebiet. Jetzt würde aber sicherlich durch die vermehrte Herzarbeit im Verein mit der Kontraktion der Gefäße oft ein so hoher Blutdruck erzielt werden, daß er namentlich bei brüchigen, arteriosklerotisch veränderten Arterien eine Gefahr für den Patienten involvieren könnte, wenn nicht diesem drohenden Ueberdruck durch zwei Momente vorgebeugt würde. Einmal dadurch, daß sich in gewissem Sinne regulatorisch einige Gefäßbezirke nicht kontrahieren, sondern vielmehr erweitern, und zweitens, daß bald beim Beginn einer Digitaliswirkung infolge von Vagusreizung eine Verlangsamung der Schlagfrequenz eintritt. Infolge davon erleben wir es häufig, daß trotz Digitalis keine sichtliche Blutdrucksteigerung erfolgt, während wir wohl ihre therapeutische Wirkung Schritt für Schritt verfolgen können.

Zunächst tritt als charakteristische Digitaliswirkung, wie erwähnt, eine Pulsverlangsamung ein. Da sich nun in der längeren Diastole die Kammern besser füllen können, werden die Vorhöfe leer, und die großen Venen, die infolge der Stauung in den Arterien bisher unter hohem Druck standen, werden sich nun um so ergiebiger in dieselben ergießen. Weil aber bisher bei dem insuffizienten Herzen infolge der Stauung in den Venen und in den Capillaren eine große Blutmenge überhaupt für die Zirkulation ausgeschaltet blieb, und infolgedessen ein geringeres Blutquantum, als nötig wäre, die Gewebe und also auch die Herzgefäße selbst durchströmte, mußte es zur Unterernährung des Herzmuskels kommen, die sich sowohl durch eine mangelhafte Triebkraft als auch durch das Auftreten von Arhythmien dokumentierte. Da aber nun durch die Digitalis eine größere Herzarbeit geleistet wird, so reguliert sich die Zirkulation in dem Sinne, daß aus dem überfüllten Venensystem in die leeren Arterien geschöpft wird mit dem sichtbaren Erfolge, daß die Oedeme schwinden und die Diurese reichlicher auftritt. Jetzt ist aber der Herzmuskel selbst auch besser mit Blut versorgt, und infolgedessen müssen auch die Unregelmäßigkeiten des Herzschlages aufhören. Naturgemäß läßt sich nicht jede Arhythmie durch Digitalis beseitigen, sondern nur diejenige, die durch eine Unterernährung des Herzmuskels hervorgerufen wurde. Aus diesem Grunde können reflektorische Arhythmien, wie etwa eine Tachykardie neurogenen Ursprungs oder Extrasystolen, die infolge von Magenstörungen auftreten, durch Digitalis nicht korrigiert werden, wohl aber Extrasystolen als direkter Ausdruck einer Herzinsuffizienz oder Störungen im Leitungsvermögen des Herzens, die durch einen Pulsus deficiens charakterisiert sind, oder auch schließlich ein Herzalternans, ein wichtiges Symptom der gestörten Kontraktilität des Herzens.

Ebenso wenig wird es uns aber gelingen, eine vorhandene Stauung durch Digitalis zu beseitigen, wenn diese nicht ihre letzte Ursache in der eigentlichen Herzschwäche hat, sondern etwa auf eine primäre Nephritis, eine Leberzirrhose oder gar auf mechanische Hindernisse zurückzuführen ist, sei es, daß ein Lungensarkom die obere Hohlvene komprimiert oder eine adhäsive Pericarditis die Vena cava inferior abschnürt.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß die Indikation für die Digitalis da gegeben ist, wo wir es mit einer primären Insuffizienz des Herzens zu tun haben, gleichgültig durch welche Ursache sie bedingt ist, ob sie durch Arteriosklerose, Infektion oder Dilation durch Ueberarbeitung hervorgerufen wird, daß in den oben angeführten Fällen dagegen, deren Vielseitigkeit hier natürlich nicht erschöpfend behandelt werden kann, die Digitalis kontraindiziert ist, weil sie unwirksam bleibt.

Nun ist es selbstverständlich nicht gleichgültig, welches Digitalispräparat wir in dem einzelnen Fall zur Anwendung bringen. Da der Gehalt an wirksamen Stoffen in den Digitalisblättern je nach Zeit und Gegend ein schwankender ist und bis zu 200% variieren kann, bemüht man sich jetzt, ebenso wie wir die Wirkung der Heilsera nach Einheiten bestimmen, auch für den therapeutischen Effekt einer Digitalisbehandlung einen pharmakologisch einheitlichen Maßstab aufzustellen. Wir beurteilen den Wert eines Digitalispräparates nach seinem Gehalt an Froscheinheiten und verstehen darunter jenes Quantum Digitalis, das nötig ist, um das Herz eines Frosches von 30—40 g Gewicht innerhalb 30 Minuten in den systolischen Herzstillstand überzuführen. Sind beispielsweise 0,02 g Digitalispulver erforderlich, um bei einem Frosche systolischen Herzstillstand zu verursachen, so enthält 1 g dieses Pulvers 50 Froscheinheiten. Es hat sich nun aus einer großen Reihe von Versuchen herausgestellt, daß der therapeutische Effekt eines Digitalispräparates dem Verbrauch eines Aequivalentes von 15—20 Froscheinheiten pro die entspricht. Da 1 g eines guten Pulvers, wie oben erwähnt, 50 Einheiten enthält, so wird eine Dosis von 0,3 g Digitalispulver pro die das erforderliche Quantum sein. Nun wäre es für die Praxis von außerordentlichem Werte, wenn alle in Betracht kommenden Digitalispräparate auf ihren pharmakologischen Wirkungswert nach Froscheinheiten geprüft und bestimmt werden könnten. Allein dieses Postulat läßt sich eben nicht leicht erfüllen. Jedenfalls besitzen wir aber heut schon in den Fol. digital. pulv. titr. (nach Focke) ein Präparat von bestimmtem Gehalt wirksamer Substanz, und zwar von dem Werte von 50 Froscheinheiten für 1 g. Leider ist dieses Präparat noch nicht in allen Apotheken vorrätig, ebensowenig wie die hochwertige, gleichfalls genau titrierte Digitalistinktur der Marke S. u. Z. Wohl aber haben sich die titrierten Dialysate der Digitalis (Golaz und Bürger) schnell in die Praxis eingeführt. Ist ihr Wirkungswert auch nicht nach Froscheinheiten bestimmt, so enthalten die Präparate doch einen konstanten Glykosidgehalt und haben schon aus diesem Grunde die unzuverlässige Tinctura digitalis so ziemlich aus der Rezeptur verdrängt. In neuerer Zeit ist das Digipuratum (Extract. Digitalis depuratum-Knoll) in den Handel gelangt. Je eine Tablette entspricht einem Wirkungswerte von 0,1 g starkwirkender Folia Digitalis. Da sein Gehalt an wirksamer Substanz ein dauernd gleichmäßiger ist, so dürfte es sich den Golaz und Bürgerschen Dialysaten ebenbürtig an die Seite stellen.

Sehen wir hier von der weiteren Besprechung der reinen Digitaliskörper wie des Digitoxin, des Digitalin und des Digitalein ab, die sich nur schwer in der Praxis haben einbürgern können, weil die Grenzen zwischen therapeutischer und Giftwirkung zu nahe beieinander liegen, so möchte ich vor allem zwei Präparate hier noch erwähnen, die eine außerordentliche Verbreitung in der Behandlung Herzkranker erlangt haben. Zunächst hat sich das Digalen — es ist dies Digitoxinum solubile in Glyzerinwasser gelöst — vorzüglich in der Praxis bewährt. Wir wenden das Präparat sowohl per os an, und zwar 3 mal täglich 20 Tropfen, als auch intramuskulär und intravenös. Nur schmerzen die intramuskulären Injektionen etwas, und der Effekt der intravenösen Injektion klingt schnell ab. Aus diesem Grunde wären wir zu häufiger intravenöser Applikation gezwungen. Habe ich mich aber entschlossen, ein Medikament intravenös zu injizieren, so wähle ich lieber das Strophantinum Boehringer. Wer längere Zeit mit diesem Präparat gearbeitet hat, und seine sichtbare Wirkung schon oft nach einer Viertelstunde beobachten konnte, wird ihm vor allen anderen Medikamenten den Vorzug geben. Freilich ist bei seiner intravenösen Injektion eine conditio sine qua non, daß kein Tropfen des Präparates neben die Vene in das Unterhautzellgewebe gerät, da gerade dieses Glykosid so außerordentlich schmerzhaft ist, daß durch eine ungeschickte Injektion mehr Schaden als Nutzen gestiftet wird. Wo aber die Venen deutlich zu tage liegen, ist der Eingriff leicht und sicher. Wie beim Aderlaß wird vorher der Oberarm mit einem Gummischlauch umschnürt, die Injektionsstelle antiseptisch gereinigt, das Präparat aus der Ampulle mit der Spritze aspiriert und dann die Kanüle allein eingestochen. Man hat die Gewißheit, wirklich im Lumen des Gefäßes zu sein, wenn Blut aus der Kanüle abfließt, eventuell scheue man sich nicht, eine andere Injektionsstelle zu wählen, dann erst injiziere man. Die in den Handel kommenden Ampullen der Marke Boehringer enthalten 1 g Flüssigkeit mit einem Gehalt von 1 mg Strophanthin. Man begnüge sich anfangs nur $^1/_2$—$^2/_3$ Spritze zu injizieren. Bei Wiederholungen kann ohne Gefahr der ganze Inhalt einer Ampulle eingespritzt werden. Die Wirkung tritt ziemlich schnell ein, und in schwersten Fällen von Angina pectoris habe ich schon nach wenigen Minuten Erleichterung gesehen. Nur muß man die Gewißheit haben, daß in den letzten drei Tagen kein anderes Digitalispräparat gebraucht worden ist, da sonst leicht sehr schwere toxische Erscheinungen auftreten können, und die einzelnen in der Literatur mitgeteilten Todesfälle sind zum Teil auf die Außerachtlassung dieser Vorsicht zurückzuführen. Eine Wiederholung der Injektion braucht, da seine Wirkung länger andauert als die des Digalen, erst nach 2—3 Tagen zu erfolgen. Die Anwendung gerade dieses Mittels ist dort indiziert, wo wir eine schnelle und sichere Wirkung erwünschen.

Gehe ich nunmehr von dieser rein theoretischen Betrachtung zur eigentlichen Behandlung über, so kann sich diese naturgemäß nur nach dem Grade der Herzinsuffizienz richten. Wie die alltägliche Erfahrung lehrt, stellen jene Patienten das Hauptkontingent, die den Arzt mehr aus subjektiven Beschwerden konsultieren, als daß es der Untersuchung ohne weiteres gelänge, gröbere pathologische Veränderungen nachzuweisen. Die Kranken klagen meist über leichte Ermüdung, über Atemnot nach geringeren Anstrengungen und über Schmerzen in der Gegend der Herzspitze. Wer diese Fälle häufig gesehen hat, weiß, daß es sich um die Anfänge einer Herzinsuffizienz handelt, und eine genauere Untersuchung läßt auch objektiv eine Trias von Erscheinungen erkennen, der wir immer wieder begegnen. Der erste Ton an der Spitze ist unrein, der zweite Pulmonalton akzentuiert, und im Röntgenbilde erscheint der linke untere Herzrand in einem größeren konvexen Bogen. Hierzu tritt sehr häufig eine Herabsetzung des maximalen Blutdrucks. Noch aber ist die Leber nicht vergrößert, noch besteht keine Herzdilatation. Wir sehen eben erst den allerersten Beginn der Zirkulationsstörung, der Herzschwäche vor uns.

Es wäre hier natürlich durchaus nicht verkehrt, die Behandlung sogleich mit Digitalispräparaten zu beginnen. Allein wir kommen in diesem Stadium mit minder differenten Mitteln aus. Sehe ich von der Verordnung von Bädern und sonstigen diätetischen Vorschriften an dieser Stelle ab, weil nicht zum Thema gehörig, so leistet uns gerade bei derartigen Patienten die Tinct. Strophanthi ausgezeichnete Dienste. Ich lasse von dem Mittel 3 mal täglich 6 Tropfen nehmen, etwa 5—6 Tage lang. Der Erfolg ist in den meisten Fällen ein prompter. Das Medikament wird dann für drei Tage ausgesetzt, um wiederum ebenso lange gebraucht zu werden. Da bei sehr vielen Patienten gerade dieser Kategorie eine große psychische Unruhe sich bemerkbar macht, so verbindet man die

Tinct. Strophanti am besten mit Tinct. Valerian. aeth. im Verhältnis von 1: 2. Bei einer Rezeptur von Tinct. Stroph. 10 und Tinct. Valerian. aeth. 20 läßt man 3 mal täglich 20 Tropfen in Wasser nach dem Essen nehmen, und wenn man den oben angegebenen Turnus innehält, so ist nach einem Gebrauch von 30 g der Medizin ein genügender therapeutischer Erfolg erreicht. In den Fällen, in denen das Mittel zu Darmstörungen führt, muß es durch andere Präparate, wie Convallaria majalis, Adonis vernalis ersetzt werden.

Etwas anders gestaltet sich die Behandlung, wenn bereits eine nachweisbare Dilatation des Herzens vorhanden ist und auch die Leber vergrößert erscheint. Hier müssen wir natürlich unterscheiden zwischen der akuten Dilatation nach Ueberanstrengungen, wie wir sie häufig nach großen Bergtouren, nach allzu langem Schwimmen oder Rudern beobachten konnten, und den chronischen Schwächezuständen mit Dilatation. Bei der ersteren Kategorie ist unbedingte Bettruhe von etwa 14 tägiger Dauer am Platze. Inwieweit außerdem eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist, hängt von dem einzelnen Fall ab. In den Zuständen chronischer Herzschwäche mit Herzerweiterung dagegen kommen die eigentlichen wirksamen Digitalispräparate in Betracht. Wir haben hier die Wahl zwischen Digitalispulvern, dem Digalen, und den Dialysaten von Golaz und Bürger. Von dem Digitalisinfus sehe ich seit längerer Zeit ganz ab, da nachgewiesenermaßen seine Wirksamkeit sich um so mehr abschwächt, je länger die Arznei im Gebrauch ist. Dazu kommt, daß die wirksame Substanz eines Infuses, wie schon früher erwähnt wurde, großen Schwankungen unterliegt. Nun sind naturgemäß die Pillen oder Pulver aus Digitalisblättern auch nicht immer konstant in ihrem Gehalt an Glykosiden, im Gegensatz zu den oben genannten titrierten Pulvern. Allein eine größere Erfahrung hat gezeigt, daß man mit der Verabfolgung von 3 mal täglich 0,1 g Digitalispulver — in Pillen oder Pulvern — die richtige Dosis anwendet. Die Wirkung tritt natürlich erst nach 24 Stunden auf. Es empfiehlt sich dann nach 3 Tagen auf 2 Pillen pro die herabzugehen. Hält man daran fest, daß innerhalb vier Tagen nicht mehr als 1 g Digitalispulver verbraucht werden darf, so ist man eigentlich vor jeder toxischen Wirkung gesichert. Zwei Pillen täglich können dann längere Zeit hindurch ohne Gefahr genommen werden. Hält man daran fest, nicht mehr als 3 g Digitalispulver für 30 Pillen zu verschreiben, so brauchen die Patienten nicht öfter als wöchentlich 1—2 mal kontrolliert zu werden. Wendet man noch die Vorsicht an, die Kranken aufzufordern, bei eintretender Uebelkeit oder Erbrechen das Mittel auszusetzen und sich dann dem Arzt vorzustellen, so steht einem längeren Gebrauch des Präparates mit kürzeren Intervallen von 5—6 Tagen nichts im Wege. Nach 2—3 tägigem Gebrauch der Pillen oder Pulver, die man immer nach den Mahlzeiten einnehmen läßt, muß der volle Erfolg sich bemerkbar machen, d. h. der Puls muß verlangsamt, die Diurese reichlicher werden.

Mit gleichem Effekt können aber das Digalen und die oben erwähnten Dialysate verabfolgt werden. Von dem Digalen läßt man am besten 3 mal täglich 20 Tropfen bis zum Auftreten einer reichlichen Diurese nehmen. Von den Dialysaten empfiehlt es sich, in den ersten drei Tagen mindestens 3 mal täglich 15 Tropfen, in den darauffolgenden nur je 10 Tropfen nehmen zu lassen. Gewöhnt man sich, nur eine Quantität von 10 g des Dialysates zu verschreiben, und wendet noch obendrein die bereits erwähnten Kautelen an (bei Uebelkeit das Mittel auszusetzen), so bedürfen auch diese Patienten keiner öfteren Kontrolle.

Voraussetzung bei der Anwendung der Digitalis ist allerdings, daß die Pulszahl nicht herabgesetzt ist; die Frequenz darf im allgemeinen nicht weniger als 60 betragen. Dagegen bietet ein irregulärer Puls, solange die Frequenz hoch ist, keine Kontraindikation; hierbei ist es gleichgültig, welcher Art die Arhythmie ist, ob es sich um Extrasystolen oder Störungen des Leitungsvermögens handelt. Nun ist es nicht uninteressant, auf den Gegensatz zwischen Tierexperiment und Behandlung an dieser Stelle hinzuweisen. Wir wissen, daß die Digitalis sowohl im Tierexperiment Extrasystolen, als auch durch Vagusreizung Ueberleitungsstörungen zwischen Vorhof und Kammer hervorrufen kann. Ferner lehrt auch die Beobachtung, daß nach einer kumulativen Digitaliswirkung in der Behandlung Herzkranker sehr oft Arhythmien auftreten, die zumeist als Extrasystolen charakterisiert sind. Aus diesen Gründen glaubte man bei derartigen Arhythmien den Gebrauch der Digitalis verbieten zu müssen. Aber abgesehen davon, daß es ohne gleichzeitige Aufnahme von Arterien- und Venenpuls in sehr vielen Fällen unmöglich ist zu bestimmen, welche Art von Arhythmien vorliegt, im übrigen aber diese Untersuchungsmethoden keineswegs Gemeingut aller Praktiker sein können und zu sein brauchen, habe ich häufig genug nach Digitalis gerade die oben erwähnten Formen der Arhythmien schwinden sehen; es ist dies ja, wie eingangs erwähnt wurde, eine der Hauptwirkungen der Digitalis, durch Verbesserung der Zirkulationsbedingungen den Herzrhythmus zu korrigieren. Es genügt, bei der Behandlung der Digitalis sich an die Vorschrift zu halten, das Mittel dann auszusetzen, wenn eine bedeutende Verlangsamung der Frequenz sich bemerkbar macht, da erst in diesem Stadium die oben erwähnten Arhythmien zum Ausdruck gelangen.

Somit bildet, wie aus dem Gesagten hervorgeht, eigentlich nur eine ausgesprochene Bradykardie eine Kontraindikation für die Digitalis, abgesehen natürlich auch von einer ausgesprochenen Idiosynkrasie gegen dieses Mittel, die man hin und wieder beobachten kann. In diesen beiden Fällen müssen wir dem Herzen auf Umwegen zu Hilfe kommen durch Anwendung der sogenannten Gefäßmittel, d. h. der Koffein- und Theobromin-(Diuretin-) Präparate. Das Koffein bewirkt durch Erregung des Vasokonstriktorenzentrums eine Kontraktion der peripheren Gefäße; gleichzeitig tritt aber eine Erweiterung der Koronararterien auf. Da durch die konstringierende Wirkung des Koffein eine nicht unerhebliche Blutdrucksteigerung stattfindet, so ist das Mittel dort indiziert, wo wir keinen hohen Blutdruck vor uns haben. Das Theobromin verursacht, wie es scheint, lediglich eine Dislatation der Gefäße, so vor allem der Koronararterien, und da eine größere Durchblutung des Herzens die beste Gewähr für seine Erholung bietet, so sind die genannten Mittel in erster Linie da am Platze, wo wir die Digitalis nicht anwenden können. Wie aber die Koronargefäße, so erweitern sich auch die Nierenkapillaren, und so erzielen wir im Besonderen durch das Theobromin die große Diurese. Eine ganz besondere Stellung nimmt unter diesen Mitteln das Theocin ein. Ist dasselbe auch eigentlich lediglich ein Diuretikum, so kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, daß bei seiner Einwirkung sich noch andere Effekte, vielleicht reflektorischer Natur geltend machen. In wiederholten Fällen habe ich Theocin bei Angina pectoris angewandt, nicht etwa in dem kritischen Augenblick der höchsten Herzangst, in dem schnelle Hilfe nottut, sondern bei den Patienten, die über dauernde Schwere in der Brust klagen. Schon nach einer Dosis von 0,3 g sieht man wiederholt die Beklemmung schwinden und eine erhebliche subjektive Erleichterung eintreten. Da das reine Theocin leicht Magenstörungen hervorruft, so empfiehlt es sich, das Theocin. natr. acet. in Dosen von 0,3 g 3 mal täglich für zwei Tage zu geben, um eine prägnante Wirkung hervorzurufen. Nach längerer Pause kann das Mittel wiederholt werden.

Publ

Ich komme schließlich zu jenen Zuständen von Herzschwäche,, die ich als die schwersten bezeichnen möchte. Auch in der Ruhe besteht Dyspnoe, Schwere auf der Brust, die Zirkulationsstörungen haben oft ihre Höhe erreicht, wir finden Oedeme an den Beinen, Ergüsse in den freien Höhlen. Hier haben wir zu unterscheiden, ob sofortige, augenblickliche Hilfe nottut, oder ob wir auf den gewünschten Erfolg noch einige Tage warten können. In den letzteren Fällen, doch den relativ leichteren, kann ich die titrierten Digitalispulver in der oben angegebenen Dosis nicht warm genug empfehlen. Hierbei ist es gleichgültig, ob wir, wie meist bei der chronischen Myocarditis, infolge von Klappenfehlern einen niedrigen Blutdruck finden, oder ob die Radialarterie, wie bei der Arteriosklerose mit komplizierender Nephritis, einen hohen Grad von Spannung aufweist. Man hat sich früher gescheut, wie das bereits oben erwähnt wurde, bei hohem Blutdruck Digitalis zu geben, beherrscht von der Vorstellung, durch weitere Erhöhung der Herzarbeit eine Apoplexie zu verschulden. Allein seitdem wir wissen, daß gerade in diesen Fällen häufig der periphere Blutdruck herabgesetzt wird, während er wohl im Splanchnikusgebiet steigen kann, bietet der gespannte Puls keine Kontraindikation mehr für die Anwendung der Digitalis. Will man besonders vorsichtig sein, so empfiehlt es sich, die Digitalis mit dem Diuretin zu verbinden, das, wie wir wissen, gefäßerweiternd wirkt. Häufig sehen wir aber den gewünschten Erfolg ausbleiben, wenn die Oedeme besonders stark entwickelt sind, oder der Aszites eine beträchtliche Höhe erreicht hat. Dagegen tritt die Wirkung mit ziemlicher Sicherheit auf, wenn wir durch eine Punktion für die Beseitigung der Pleura- oder Peritonealergüsse gesorgt haben. So lange aber diese hydropischen Ansammlungen in größerem Umfange vorhanden sind, bilden sie ein mechanisches Hindernis für die Fortbewegung des Blutes, und in diesen Fällen kann auch das sonst wirksamste Medikament nichts nützen.

Bei jenen Patienten dagegen, bei denen wir für eine augenblickliche Erleichterung sorgen möchten, kommen eigentlich nur zwei Präparate in Betracht: das Strophanthin und das Digalen. Da letzteres Mittel, innerlich genommen, erst spät seine Wirkung entfaltet, so sind wir zur intramuskulären oder intravenösen Injektion gezwungen. Nun müßten dieselben aber, falls wir eine sofortige Wirkung erzielen möchten, öfter am Tage wiederholt werden, was sicherlich nicht ohne größere Mühewaltung geschehen kann. Aus diesem Grunde wende ich da, wo schnelle Hilfe erwünscht ist, das Strophanthin Boehringer an. Eine intravenöse Injektion unter den Kautelen, die ich oben eingehend besprochen habe, bringt schon nach kürzester Zeit (eine Viertelstunde) Erleichterung. Seine Nachwirkung hält lange vor, und eine Wiederholung ist meist erst nach zwei Tagen erforderlich. Ich habe in einzelnen Fällen demselben Patienten 20—30 Injektionen innerhalb mehrerer Wochen mit ausgezeichnetem Erfolge machen können. Eine nachteilige Wirkung habe ich bei häufiger Verwendung des Mittels nie beobachtet.

Den gefahrvollsten, oder besser gesagt, den qualvollsten und bedrohlichsten Zustand einer Herzschwäche erleben wir in dem Anfalle einer Angina pectoris. Sind wir in der Lage, bei dem Patienten eine geeignete Vene zur Injektion zu finden, so rate ich ohne Bedenken zu einer Strophanthineinspritzung; es empfiehlt sich, gleichzeitig auch Morphium zu injizieren. Finden wir keine passende Vene oder ist auch das Präparat nicht zur Stelle, so kann nur eine Morphiuminjektion nützen. Jede Scheu vor Anwendung dieses Mittels muß überwunden werden, und in den äußerst seltenen Fällen, in denen der Patient nicht mehr erwacht, können wir die Gewißheit haben, daß der Kranke auch so den Anfall nicht mehr überlebt hätte. Wer genügend Erfahrung besitzt ,wird mir zugestehen, nach Morphium noch nie einen Todesfall erlebt zu heben, falls es sich um die ersten Attacken einer Angina pectoris gehandelt hat. Da, wo sie sich in kürzeren Intervallen gehäuft haben, kann wohl gelegentlich nach einer Morphiuminjektion der Exitus eintreten, nur hat das Medikament daran keine Schuld.

Wichtig erscheint es mir aber, den Patienten resp. dessen Angehörigen mit den Maßnahmen bekannt zu machen, die geeignet sind, dem Kranken Erleichterung zu schaffen, bis der Arzt selbst zur Stelle ist. Ich lasse zunächst 15—20 Tropfen einer 1 proz. Morphiumlösung geben, die natürlich immer vorrätig sein muß, hierauf 30 ätherische Baldriantropfen und dann lange Zeit hindurch, bis der Anfall vorüber ist, die Hände in heißes Wasser tauchen resp. heiße Umschläge bis hinauf zum Ellbogengelenk machen. Reflektorisch findet dann wohl eine Erweiterung der Koronargefäße statt, und in nicht zu schweren Fällen geht der Anfall schneller vorüber resp. wird er leichter ertragen.

Ist aber das Morphium beim Anfall einer Angina pectoris ein unentbehrliches Mittel, so sind wir zur Anwendung dieses Medikamentes hin und wieder auch dann gezwungen, wenn die Patienten durch schwere Schlaflosigkeit gequält werden. Es hieße den Kranken unnötig leiden lassen, wollten wir hier mit dem Morphium zögern, da gerade durch die Agrypnie, durch das ruhelose Umherwälzen in den Nächten das Herz zu starker, außergewöhnlicher Arbeit (Muskeltätigkeit) gezwungen wird und ihm so die zu seiner wesentlichen Arbeit nötigen Kräfte unnütz entzogen werden. Freilich muß man hier individualisieren und vor allem die Angaben der Patienten auf ihre Wahrheit prüfen. In den leichteren Fällen genügen abends vor dem Einschlafen 2 Eßlöffel einer Morphium-Brommedizin (0,1 g Morphium auf 200 g der Mixt. nervina); andernfalls müssen Morphiumtropfen verabfolgt werden, an deren Stelle bei schwer Leidenden die Morphiuminjektion treten muß. Von einer günstigen Wirkung des Kodein habe ich mich auch in ziemlich reichlichen Dosen nicht überzeugen können, und vor der Anwendung des Veronal möchte ich an dieser Stelle geradezu warnen, im besonderen dann, wenn Hoffnung vorhanden ist, den Patienten doch wieder zur Gesundheit, zur Aufnahme seiner gewohnten Tätigkeit zurückführen zu können. Die wiederholten Gaben von Veronal führen nach meinen nicht gerade spärlichen Erfahrungen zu starker Blutdrucksenkung, zu ausgesprochener Herzschwäche. Da natürlich, wo der Patient doch nicht mehr zu retten ist, bleibt die Wahl des Schlafmittels dem Ermessen des Arztes überlassen.

Im allgemeinen dürfte es für die Behandlung einer mehr oder minder ausgesprochenen Herzschwäche gleichgültig sein, welches ihre primäre Ursache war, ob ein Klappendefekt, eine Infektion oder die Arteriosklerose ätiologisch in Betracht kommt. Wir werden naturgemäß und speziell in den Frühstadien der Herzschwäche um so besser für unsere Kranken sorgen können — und die Behandlung ist ja eine allgemeine und nicht nur eine medikamentöse — wenn uns die letzte Ursache des Leidens bekannt wird. Bei der Myocarditis luetica, die gar nicht so selten zur Beobachtung kommt, werden wir dann noch eine Schmierkur für angezeigt halten, wenn der Kräftezustand ein leidlich guter ist, wofür wir sowohl an dem ganzen Aussehen des Patienten, als auch im besonderen an der Höhe des Blutdruckes und an den lauten Herztönen genügend Anhaltspunkte haben. Sonst sind wir auf die Darreichung des Jods angewiesen. Ebenso werden wir bei der Arteriosklerose neben der Digitalis mit bestem Erfolge das Jod anwenden. Nur müssen wir uns bei der

Diagnose einer Arteriosklerose von dem gesamten klinischen Eindruck leiten lassen und nicht damit zögern, weil wir noch keine arteriosklerotische Radialarterie fühlen. Wir wissen jetzt, daß die pathologische Veränderung an den peripheren, sichtbaren Arterien noch lange Zeit auf sich warten lassen kann, während die Angiosklerose in dem weitesten anatomisch-pathologischen Sinne des Wortes in den nicht zugänglichen Gefäßen des Splanchnikusgebietes bereits weite Verbreitung gefunden hat. Hier ist je früher desto besser das Jod am Platze, nicht etwa, weil wir annehmen, mit ihm einen arteriosklerotischen Prozeß aufhalten oder gar heilen zu können, sondern in der Annahme, daß durch das Jod die Viskosität des Blutes herabgesetzt werden kann. Wird dasselbe dünnflüssiger, so wird es um so länger die feinsten Kapillaren durchfließen und für eine genügend gute Ernährung der Gewebe sorgen können.

Man beginnt die Jodtherapie am besten mit einer 2 proz. Jodnatriumlösung, 2 mal täglich einen Eßlöffel in Wasser, steigt allmählich auf 2½ und 3% der Lösung. Ich lasse das Medikament drei Wochen nehmen und dann 14 Tage aussetzen. Wer Gelegenheit hat, Patienten über mehrere Jahre hin zu beobachten, kann sich dem Eindruck nicht verschließen, daß sich die Kranken unter dem Jodgebrauch zum mindesten subjektiv wohler fühlen. Da, wo das Jod in alkalischer Verabreichung nicht vertragen wird, empfiehlt sich entweder die Darreichung von 3 mal täglich 2 Sajodintabletten (Sajodin ist ein Calciumsalz der Jodbehensäure) oder des 10- oder 25 proz. Jodipins; es ist dies eine Verbindung des Jod mit Sesamöl; jetzt gelangen auch die Jodipintabletten mit 0,5 g Jod in den Handel. Recht gute Erfolge sehen wir auch von dem Joglidine, das eine Eiweißverbindung des Jods darstellt mit dem Vorteile, daß das Jod nur sehr allmählich vom Eiweiß abgespalten wird und zur Resorption gelangt. Hierdurch wird sicherlich die so häufig auftretende Magenstörung vermieden. Bedauerlicherweise ist gerade dieses brauchbare Präparat etwas teuer, da 20 Tabletten Jodglidine mit 0,5 g Jodgehalt 3 Mark kosten. Bei einem täglichen Bedarf von 4—6 Tabletten bei vorgeschrittener Arteriosklerose wird die Verwendung für Minderbemittelte etwas kostspielig. Nur muß man sich bei der Joddarreichung, gleichgültig in welcher Form, immer bewußt bleiben, daß es gelegentlich, so namentlich bei der Nephritis, wo seine Ausscheidung sicher erschwert ist, auch mitunter zu einem Hyperjodismus im Körper mit seinen Gefahren kommen kann.

Abgesehen von diesen mehr oder minder chronischen Zuständen einer Herzschwäche, verlangt nur noch die akute Endocarditis eine kurze Besprechung, sei es, daß sie im Gefolge eines akuten Gelenkrheumatismus oder während einer Scarlatina oder Diphtherie auftritt. Wenn irgendwo, so ist hier eine exspektative Therapie zum mindesten innerhalb der ersten Tage am Platze, allerdings unter Anwendung aller sonstigen diätetischen und hygienischen Maßnahmen. Hier heißt es: quieta non movere, und die Applikation eines Eisbeutels genügt, um die erhöhte Frequenz herabzusetzen, die Entzündungsprodukte an dem Endokard auf das Günstigste zu beeinflussen. Bleibt aber der Blutdruck niedrig, erscheinen die Gefäße schlecht gefüllt, so sind hier Koffein oder auch Strychnininjektionen zu empfehlen. Dieselben greifen in ihrer Wirkung nicht direkt am Cor selbst an, sondern durch Erregung des Vasomotorenzentrums verursachen sie eine Kontraktion der peripheren Gefäße. Nun ist es für das Herz nicht gleichgültig, ob es seinen Inhalt in ein Gefäßsystem entleert, dessen Tonus stark herabgesetzt ist, oder ob ihm von dieser Seite eine gewisser Widerstand entgegengesetzt wird. Der durch die Kontraktion der Gefäße infolge der Strychnininjektion erhöhte Druck im arteriellen System gibt für das Herz gleichsam einen physiologischen Stimulus ab, sich energischer zu kontrahieren, und so sehen wir denn in der Tat nach einigen Injektionen, die mehrere Tage hintereinander in einer Dosis von ¼—1 mg, je nach dem Alter der Patienten, gegeben werden, die Herzkraft sich wesentlich heben. Sind die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber und entwickeln sich infolge Nachlassens der Herzkraft Oedeme, so sind dann die oben erwähnten Digitalispräparate je nach der Intensität der Symptome am Platze. Auch hier ist bei drohendem Kollaps die Strophanthininjektion nicht warm genug zu empfehlen. Dieselbe hat mehr oder minder den Kampher, der gerade hier seine Domäne hatte, verdrängt aus dem einfachen Grunde, weil ihre Wirkung sicherer und vor allem nachhaltiger ist.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch kurz die Bedeutung des Oxaphors, es ist dies eine 50 proz. alkoholische Lösung des Oxykamphers, hervorheben. Sowohl bei chronischer, als auch im besonderen bei der akuten Endo- und Myocarditis kann es zu starken dyspnoischen Zuständen kommen. Da, wo wir aus irgendwelchen Motiven kein Morphium geben möchten, hat sich der Oxykampher gut bewährt. Er setzt die Erregung des Atmungszentrums herab, vertieft jede einzelne Atmung ganz wesentlich und vermindert aus diesem Grunde die Respirationsfrequenz. Daß hierdurch dem Herzen wesentlich geholfen wird, ist ohne weiteres einleuchtend. Man verschreibt dieses Kampherpräparat am besten in Lösung mit der Beigabe irgend einer geringen Quantität eines Weines (Oxaphor 6, Vin. Xerense 20, Aq. dest. ad 100). Im Verlaufe eines Abends läßt man zwei Eßlöffel, und falls die Dyspnoe in der Nacht fortdauert, noch einen dritten nehmen. Da jedoch leicht eine Gewöhnung an das Mittel eintritt, so kann man es selten mehr als an zwei Tagen hintereinander geben.

Zum Schluß möchte ich noch einiges über die medikamentöse Behandlung der Herzneurosen erwähnen. Wir sind gewöhnt, eine Herzneurose zu diagnostizieren, wenn wir im Gegensatz zu den subjektiven Beschwerden der Patienten, die sich meist in Klagen über starke Erregbarkeit und Schmerzen in der Herzgegend äußern, trotz eingehender Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine anatomische Veränderung des Herzens finden. Ich brauche an dieser Stelle nicht zu erwähnen, mit welchen diagnostischen Schwierigkeiten hier der Arzt häufig zu kämpfen hat. Es wäre daher angezeigt, nur dann von Herzneurosen zu sprechen, wenn wir einen Anhalt dafür haben, daß lediglich die nervösen Apparate des Herzens in ihrem physiologischen Verhalten gestört sind. Aus diesen Gründen dürften alle Neurosen sekundärer und reflektorischer Natur sein, sei es, daß sie als Teilerscheinung einer organischen oder lediglich funktionellen Erkrankung des Zentralnervensystems, wie bei der Neurasthenie und Hysterie, sei es, daß sie eine Reflexerscheinung bei Affektionen eines viszeralen Organs, des Magendarm- oder des Genitalapparates auftreten. Eine besondere Stellung nehmen dann noch die Intoxikationsneurosen des Herzens ein, zu denen wir wohl auch mit gutem Recht die Kardiopathien beim Basedow zählen dürfen. Die Herzneurosen äußern sich, abgesehen von der allgemeinen Erregbarkeit des ganzen Nervensystems, im wesentlichen in Herzschmerzen, in Tachykardien, Bradykardien und Arhythmien. Selbstverständlich können wir dieser reflektorischen Herzneurosen nur Herr werden, wenn es gelingt, das Organ zur Heilung zu bringen, von dem die Alterationen des Cor ausgelöst werden. So habe ich häufig eine Arhythmie beseitigen können, nachdem eine chronische Metritis, Erkrankungen der Nase, geheilt waren, oder ein geeignetes Bandwurmmittel die Darmbeschwerden beendet hatte. Am häufigsten äußern sich die Herzneurosen in Tachykardien, und schon der negative Erfolg eines guten

Public

Digitalispräparates zeigt, daß die Herzbeschleunigung nervöser Natur war. In ähnlicher Weise können wir differentielldiagnostisch die myogene von der neurogenen Bradykardie unterscheiden. Da letztere nur von einer Erregung des Vagus herrühren kann, sei sie zerebraler, peripherer oder reflektoischer Natur, so muß sie schwinden, wenn die Vagusfasern des Herzens unwirksam gemacht werden. Dies erreichen wir durch eine Atropininjektion von 1 mg. Hiernach tritt eine Lähmung der Vagusendigungen des Herzens auf. Tritt nach einer solchen Einspritzung keine Beschleunigung des Herzschlages ein, so können wir mit Sicherheit annehmen, daß keine Herzneurose vorliegt, sondern daß ernste Myokardstörungen vorhanden sind. Man hat auch sonst versucht, das Atropin therapeutisch zu verwenden, in den Fällen, in denen begründete Annahme vorlag, daß die vorhandene Arhythmien durch Vagusreizung hervorgerufen wurden. Allein der Erfolg ist immer nur ein vorübergehender. Dagegen können hin und wieder Atropininjektionen bei dem Morgagni-Adam-Stokesschen Symptomenkomplex versucht werden, wenn das Krankheitsbild darauf hinweist, insbesondere durch Auftreten häufiger Krämpfe, daß die Ursache resp. der Sitz der primären Erkrankung nicht im Herzen selbst, sondern im Zentralnervensystem anzunehmen ist. Die Bradykardie, bei der oft nur 15—20 Schläge in der Minute gezählt werden, läßt nach, das Herz erholt sich von der Vagusbelastung, und bei genauer Beobachtung können solche Injektionen täglich wiederholt werden. Hebt sich die Frequenz nach einer Atropininjektion nicht, so ist das Herz selbst, und wie Erfahrungen gelehrt haben, die Verbindungsbahn zwischen Vorhof und Ventrikel, das Hissche Bündel, Sitz der Erkrankung.

Im Gegensatz zu den oben erwähnten Reflexneurosen stehen die eigentlichen psychogenen Herzneurosen bei der Neurasthenie und Hysterie. Abgesehen von den hydriatischen Maßnahmen wirken hier die Baldrianpräparate am besten, sei es, daß wir 3 mal täglich zwei Bornyvalperlen oder 3 mal täglich 10 Tropfen Validol verordnen. Recht guten Erfolg habe ich auch von dem Baldrianinfus in Verbindung mit einem Brompräparat gesehen, von dem 3 mal täglich ein Eßlöffel verabfolgt wird. (Mf. Rad. Valerian. 10 : 180, Kal. brom. 5, Syr. amygd. ad 200.)

Recht quälend sind häufig die Herzschmerzen in der Gegend der Herzspitze. Wir werden sie selten finden bei schwer Herzkranken. Diese klagen meist über ein Oppressionsgefühl in der ganzen Brust und verlegen die Schmerzempfindung mehr in die Gegend des Ursprungs der großen Gefäße. Nun möchte ich nicht behaupten, daß die an der Spitze des Herzens auftretenden Schmerzen sich lediglich bei Neurosen finden. Sie sind mir in einer überraschenden Mehrzahl der Fälle da aufgefallen, wo es sich um die ersten Anfänge einer beginnenden Herzinsuffizienz handelt, und es ist schon möglich, daß sie im Herzen selbst, durch noch so geringe Entzündungsprozesse verursacht, ihren Ursprung haben und nach außen projiziert werden (Head). Sie quälen nach meiner Erfahrung den Patienten mehr, als daß sie irgendwie ein alarmierendes Symptom bedeuten. Meist aber sind sie doch typisch für die Herzneurose. Hier kommt man am besten mit lokaler Therapie aus, sei es, daß man eine 2—3 proz. Mentholsalbe oder ebenso starken Mentholspiritus verordnet.

Für die Behandlung der Herzneurosen beim Basedow in allen seinen Formen lassen sich bedauerlicherweise keine einheitlichen, kausal begründeten therapeutischen Gesichtspunkte aufstellen. Stehen nur die nervösen Beschwerden im Vordergrunde, so heißt es individuell jeden Fall beurteilen und behandeln. Im allgemeinen kann ich hier das Moebiussche Antithyreoidin empfehlen, sei es in Form des Serums, 3 mal täglich 10—20 Tropfen in irgendeiner Limonade, oder in Form von Tabletten, 3 mal täglich 1—2 Tabletten. Man geht dann allmählich wieder auf die Anfangsdosis zurück. Ebenso gute Dienste hat mir auch vereinzelt das Rhodagen, 2 mal täglich ½ Teelöffel, geleistet. Leider sind beide Präparate sehr teuer. Mit aller Vorsicht können wir aber auch das Jod, sei es als Jodnatrium oder als Jodglidine, anwenden. Bei ausgesprochener Tachykardie beim Basedow habe ich häufig mit gutem Erfolge die Tinct. Jodi, 3 mal täglich 2 Tropfen in Wasser nach dem Essen verordnen können. Nur ist beim Jod die sorgfältigste Beobachtung deswegen am Platze, weil bei gewissen Formen des Basedow anscheinend das Jod im Uebermaß im Körper zurückgehalten wird, und wir durch eine solche Medikation die Krankheit direkt fördern würden. Hat sich dagegen beim Basedow eine eigentliche Herzaffektion etabliert mit beginnender Insuffizienz, dann bleibt auch hier nur eine Therapie übrig, die Digitalis.

REFERATE.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Eston, Subeston, Formeston und deren bakterizide Eigenschaft.** Von Blasius. Hyg. Rundschau, 1908, Nr. 16.

2. **Ueber die hygienische Bedeutung von Protozoen im Wasser und über das Verhalten von Filtern gegenüber Protozoen.** Von Racetto. Hyg. Rundschau, 1908, Nr. 17.

3. **Antiformin zur Anreicherung des Tuberkelbazillus im Auswurf, Stuhl, Urin usw.** Von Hüne. Hyg. Rundschau, 1908, Nr. 18.

4. **Zur Gefahr der Reinjektion von Heilserum.** Von Umber. Therapie der Gegenwart, Oktober 1908.

1. Neuerdings werden von den Chemischen Werken von Friedländer, Berlin, eine Reihe pastenförmiger Präparate unter dem Namen „Eston“, „Subeston“ und „Formeston“ in den Handel gebracht, die aus basischer essigsaurer Tonerde, Ameisensäure und Aluminiumsulfat bestehen und bei Hyperhidrosis, Dekubitus, Frostschäden, Entzündungen, Katarrhen etc. Verwendung finden sollen. Sie sollen ein Ersatz der essigsauren Tonerde sein und eine trockene Behandlung gestatten. Bl. hat die bakterientötende Kraft dieser Mittel in gesättigter Lösung (dest. Wasser als Lösungsmittel) untersucht und gefunden, daß Streptokokken schon in einigen Minuten, Pyozyaneusbazillen von Formeston mit Aluminiumsulfat in 5 Minuten, von Formeston allein erst nach 30 Minuten, von den übrigen erst nach 2—3 Stunden abgetötet werden. Staphylokokken wurden von allen Präparaten erst nach 24 Stunden vernichtet. Für Diphtheriebazillen waren Zeiten von 2—10 Minuten erforderlich. Dabei befanden sich die zum Versuch dienenden Bazillen unter ungünstigen Lebensbedingungen, denn destilliertes Wasser wirkt allein schon bakterienschädigend. Ich kann also dem Verfasser nur zustimmen, wenn er sagt, daß die bakteriziden Eigenschaften der geprüften Präparate sich in bescheidenen Grenzen halten. Für die praktische Verwendbarkeit gestatten sie kein Urteil zu fällen, hier kann nur die praktische Anwendung selbst oder derselben möglichst gleichkommende Versuche am Tierkörper die Entscheidung bringen.

2. Der Autor fand in dem Nachweis von Protozoen im Wasser einen brauchbaren Maßstab für die hygienische Beurteilung, denn

a) Oberflächenwasser ist durch das Vorhandensein von zahlreichen Protozoenarten charakterisiert.

b) Grundwasser ist protozoenfrei; ein etwaiges Vorkommen von Protozoen deutet hier mit Sicherheit darauf hin, daß entweder eine Verunreinigung durch Oberflächenwasser stattgefunden oder aber, daß die überliegenden Bodenschichten schlecht filtrieren.

c) Gute Filter sind protozoendicht. Werden von einem Filter Protozoen durchgelassen, so steht die Größe der gefundenen Protozoen zum Kaliber der Filterporen in einem direkten Verhältnis. Werden Protozoen im Filtrat nachgewiesen, so ist ein solches Filter unbrauchbar, denn die viel kleineren Wasserkeime werden dann sicher nicht zurückgehalten.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us
UNIVERSITY OF MICHIGAN

Als Kulturmedium für den Nachweis von Protozoen benutzte Verfasser ein steriles Infus von 40,0 Kopfsalat auf 1000 Brunnenwasser. Der Nachweis kann in jedem bakteriologischen Laboratorium leicht durchgeführt werden.

3. Antiformin ist eine Mischung von Liq. Natr. hyperchlor. 1,0 und Liq: Kal. caust. 1,5; es hat die Eigenschaft, in 2—3 proz. Lösungen in wenigen Minuten Sputum zu homogenisieren und die darin enthaltenen Bazillen mit Ausnahme der Tuberkelbazillen aufzulösen. Dabei wird die spezifische Färbbarkeit, Wachstumsfähigkeit und Virulenz der Tuberkelbazillen kaum gestört, und deshalb ist Antiformin ein vorzügliches Mittel, um Tuberkelbazillen nachzuweisen: man löst das Sputum etc. auf, zentrifugiert und untersucht den Bodensatz direkt mit spezifischer Färbung, durch Kulturverfahren oder im Tierversuch. Verwendet man stärkere Konzentrationen des Antiforminzusatzes als 2- bis 4 proz. so muß man den Bodensatz vor weiterer Verarbeitung mit destilliertem Wasser wiederholt auswaschen. Das Zentrifugieren kann man dadurch umgehen, daß man die Sputumlösung 24 Stunden in einem Spitzglas absitzen läßt. Von 50 ccm Sputum erhält man so wenig Sediment, daß man dasselbe auf zwei Objektträgern gut ausstreichen, färben und mikroskopisch untersuchen kann. Sollte sich das Verfahren in der Praxis bewähren, so wären wir im Nachweis der Tuberkelbazillen ein gewaltiges Stück vorwärtsgekommen.

4. Angeregt durch die in Nr. 38 besprochene Beobachtung Klemperers über einen Fall von Anaphylaxie berichtet N. von einem ähnlichen Falle. Bei einem 22 jährigen Mädchen traten auf Injektion von 1000 I.-E. Diphtherieheilserum nach zwei Stunden schwere Erscheinungen: Herzkollaps, 40°, universelle Urticaria etc. auf. Patientin hatte vor zwei Jahren schon eine Heilseruminjektion erhalten und schon bei dieser ersten Gabe Zeichen von Serumkrankheit geboten. Es handelt sich also offenbar um eine Patientin, die gegen Pferdeserum eine natürliche Idiosynkrasie besitzt, und die prompt einsetzenden Erscheinungen nach der zweiten Injektion können als echte Anaphylaxie aufgefaßt werden. Mit Recht weißt U. darauf hin, daß solche Fälle zu den größten Seltenheiten gehören. Wenn schon auf eine erste Einspritzung sich Serumkrankheit zeigt, ist eine zweite Injektion mit demselben Serum von noch stürmischeren, ja lebensbedrohenden Erscheinungen begleitet, und es ist eine schwierige Frage, zu entscheiden, ob in einem solchen Falle die Nichtanwendung einer spezifischen Serumbehandlung oder das Auftreten der Anaphylaxie die größere Lebensgefahr bedeutet.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Beitrag zur Kenntnis der drucksteigernden Substanzen.** Von G. Comessatti. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 37.

2. **Tetanie und Phosphorvergiftung.** Von K. Wirth. Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

1. C. beschreibt eine neue Reaktion der Adrenalins, die darin besteht, daß 3—4 Tropfen einer Adrenalinstammlösung mit 6 bis 8 ccm destilliertem Wasser und einigen Tropfen einer 1—2 prom. Sublimatlösung eine lang anhaltende diffuse Rotfärbung in einigen Minuten hervorrufen. Diese Sublimatreaktion des Adrenalins ist eine spezifische und hat den Wert einer differentiellen Reaktion. Letztere ist sehr empfindlich, denn 0,0025 g : 1000 g verdünnt, geben noch einen positiven Befund. Diese Reaktion gibt uns auch eine Erklärung der Tatsache, daß Nebennieren von gesunden Menschen in Sublimatlösung eingelegt, eine rötliche Färbung erzeugen, die nach 2—3 maliger Erneuerung der Flüssigkeit schwindet, während Nebennieren von Nephritikern eine bedeutend stärkere Färbekraft haben. Deshalb ist man, nach C., zu dem Schluß berechtigt, daß die Nebenniere von Nephritikern bei einer Hyperplasie des Nebennierenmarkes eine viel größere Adrenalinmenge als die Nebennieren der gesunden oder nicht nephritischen Individuen enthalten. Legt man Nebennierenrindensubstanz in Sublimat, so tritt (entgegen der Marksubstanz) keine Rotfärbung auf, obwohl die Nebennierenrinde mit der Marksubstanz einige übereinstimmende physiologische Erscheinungen zeigt. Man darf vielleicht annehmen, daß die Nebennierenrinde eine chemische Substanz enthält oder sezerniert, die dem Adrenalin innig verwandt ist und wahrscheinlich eine Vorstufe desselben darstellt.

2. W. hatte Gelegenheit, eine bis dahin gesunde Frau zu behandeln, die im Verlauf einer Phosphorvergiftung (Zündhölzer) Tetanie bekam. Die Krämpfe traten mit Beginn der ikterischen Verfärbung der Haut, sowie der Ausscheidung von Urobilin und Urobilinogen auf, erreichten bald ihren Höhepunkt und klangen dann wieder ab, Ikterus und Urobilin verloren sich langsamer. Verf. glaubt, daß die Tetanie die Krankheitssymptome eingeleitet habe und als erstes Symptom der ablaufenden Krankheit wieder schwindet. Auf der Höhe der Erkrankung zeigten sich auch Azeton und Azetessigsäure sowie Azetongeruch aus dem Munde. Die Krämpfe, die hauptsächlich in den beiden oberen Extremitäten auftraten und mit Schmerzen verbunden waren, dauerten 10—20 Minuten bei freiem Bewußtsein.

Gegen den Phosphor treten die übrigen ätiologischen Momente — Dilatatio ventriculi und Autointoxikation durch Azeton — an Bedeutung für das Krankheitsbild zurück.

Kinderheilkunde.

Referent: Priv.-Doz. Dr. **J. Ibrahim.** München.

1. **Zur Aetiologie des Asthmas bei Kindern.** Von A. Stegmann. Medizin. Klinik, 1908, S. 1113.

2. **Ueber periodische Azetonämie bei größeren Kindern.** Von R. Hecker. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 1485.

3. **Karottensuppe bei Ernährungsstörungen der Säuglinge.** Von E. Moro. Ibidem, S. 1637.

4. **Ueber die Behandlung scharlachkranker Kinder** Von K. Oppenheimer. Ibidem, S. 1691.

1. In einem sehr lesenswerten und durch die detaillierte Schilderung seiner drei Fälle besonders wertvollen Aufsatz betont Stegmann die große Bedeutung, die dem psychischen Moment beim Asthma der Kinder zukommt. Wenn auch wohl nicht anzunehmen ist, daß alle Fälle von Asthma bronchiale als ätiologisch ganz gleichartig anzusehen sind, so dürften gerade bei Kindern öfter echte Asthmaanfälle als Teilerscheinung einer nervösen Veranlagung — Hysterie, wenn man das Wort hierfür anwenden will — unter dem Einfluß ungeeigneten Milieus, auftreten. Die übergroße Aengstlichkeit der Eltern, die übertriebene Verzärtelung des als schwerkrank angesehenen Kindes, die mit den raffiniertesten Mitteln angestrebte Vermeidung jeglicher Erkältungsmöglichkeit, die Unterordnung der ganzen Umgebung unter die Rücksichtnahme auf Bedürfnisse und Willen des Kindes, bei dem jede Erregung verhütet werden soll, alle diese Faktoren, die besonders dann uneingeschränkt zur Wirkung kommen, wenn es sich um einzige Kinder handelt, wirken zusammen, das nervöse Leiden, wenn es einmal in Form des Asthmaanfalls aufgetreten ist, in vollster Blüte zu erhalten. Wenn es in solchen Fällen gelingt, die Kinder zu beruhigen, sei es ohne oder, wie Verf. es tat, mit Hypnose, und gleichzeitig die Umgebung des Kindes zu richtigem Verhalten zu veranlassen, jede Aengstlichkeit, jede besondere Rücksicht, jedes Gespräch über die Krankheit in Gegenwart des Kindes zu vermeiden, so kann das Leiden in kürzester Zeit geheilt werden. Der wesentlichste und sicherlich der weitaus schwierigere Teil der Behandlung liegt hier in der Beeinflussung der Eltern. Sehr bezeichnend sind die in einen Fall mehrfach eingetretenen Rezidive, denen stets eine neu erwachte Aengstlichkeit der Eltern zugrunde lag, die ihre Bedenken vor dem Patienten nicht zu verbergen vermocht hatten.

2. Das rekurrierende (periodische, zyklische) Erbrechen mit Azetonämie (Azetonurie) ist ein in Deutschland bisher nur wenig bekannt gewordenes, vielleicht nur noch zu wenig gewürdigtes Krankheitsbild, das in der amerikanischen, englischen und französischen Literatur schon längere Zeit eine große Rolle spielt. Hecker, der selbst einige Fälle beobachtete, gibt folgende Schilderung ihrer wichtigsten Symptome: „Die Kinder, meist Knaben jenseits der Säuglingsperiode, erkranken in periodischen Zwischenräumen jeweils ganz plötzlich mit heftigem, unstillbarem, jeder diätetischen und medikamentösen Behandlung trotzendem Erbrechen, das anfangs alimentär, später schleimig, gallig, selbst blutig wird. In kürzester Zeit tritt starker Kräfteverfall auf, die Kinder machen einen elenden, schwerkranken, oft recht beängstigenden Eindruck mit ihren eingefallenen, umränderten Augen, der spitzen Nase, der auffallenden Blässe des Gesichtes, der allgemeinen Schwäche. Sie können nichts, auch nicht das kleinste Schlückchen Wasser bei sich behalten und leiden infolgedessen an quälendem Durst. Der Stuhl ist angehalten oder diarrhoisch; das Abdomen eingesunken oder tympanitisch. Nachdem dieser Zustand einen halben bis drei Tage gedauert hat, hört das Er-

Publ

brechen meist ebenso plötzlich, wie es gekommen ist, ohne erkennbare Ursache auf, und nach einer kurzen, oft kaum bemerkbaren Rekonvaleszenz erfreuen sich die Kinder wieder besten Wohlseins. Charakteristisch ist nun, daß während der ganzen Dauer der Attacke und oft schon vor Beginn derselben die Exspirationsluft den charakteristischen säuerlich-obstartigen Geruch nach Azeton hat, während im Urin reichlich Azeton, Azetessigsäure und Oxybuttersäure nachzuweisen sind, Körper, welche entweder zugleich mit dem Erbrechen wieder schwinden oder noch kurze Zeit nachher nachweisbar bleiben können."

Die beiden Erscheinungen: Azetonämie und Erbrechen stehen in einem gewissen Zusammenhang miteinander. Hecker selbst glaubt, daß das Primäre nicht das Erbrechen, sondern die Bildung der Azetonkörper ist und ist geneigt, das Erbrechen als ein Ausscheidungssymptom zu betrachten. Die Lehre von der Pathogenese des eigenartigen Krankheitsbildes ist bisher über den Rahmen von Hypothesen noch wenig hinausgekommen.

Zur Therapie äußert sich Hecker folgendermaßen: „Im akuten Stadium mag man, dem Vorschlag Fischls folgend, immerhin eine Suggestivtherapie versuchen (Verkündigung ev. Vorbereitung einer Kochsalzinfusion u. ähnl.). Einer absoluten Nahrungsentziehung in den ersten 2 Tagen kann sich vorsichtige Darreichung einer kompendiösen fett- und eiweißarmen Nahrung anschließen. Nützlich haben sich als Trockenkost kleine Stücke Schokolade und gebähtes, trocken gekautes Weißbrot erwiesen. Alkalien in Form von Natrium bicarbonicum messerspitzenweise und Karlsbader Wasser haben sich bei einem mehr chronisch verlaufenen Fall entschieden wirksam gezeigt. In der anfallsfreien Zeit empfiehlt sich systematische Behandlung des Gesamtorganismus durch Hydrotherapie, Luftbäder, Gymnastik; im Hinblick auf den Blutbefund (Leukopenie u. a.) speziell heiße Wickel, heiße Abreibungen. Ferner fleischarmes Regime mit Ausschluß blähender und allzu voluminöser Speisen. Zeitweiliger Gebrauch von Salzsäurepepsin.

3. Moro empfiehlt als vorübergehende Diät, speziell bei schweren akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge an Stelle der einfachen Tee- oder Wasserdiät eine Karottensuppe, über deren Zubereitung er folgendes angibt:

500 g Karotten werden abgeschält (abgeschabt); der Rückstand (375 g) wird zerkleinert und mit Wasser so lange eingekocht, bis die Gesamtmasse etwa 200 ccm beträgt. (Dauer ca. ½ bis ¾ Stunde.) Die eingekochte Masse wird nun durch ein feinstes Drahtsieb, auf dem fast kein Rückstand bleibt, in 1 Liter Fleischbrühe gedrückt und 6 g Kochsalz zugefügt. Die Brühe wird aus 500 g Rindfleisch (und Knochen) hergestellt. (Kalt ansetzen!) Die Karottensuppe soll täglich frisch bereitet und an einem kühlen Orte aufbewahrt werden. Ihre Preis ist relativ hoch; seine Höhe wechselt je nach der Jahreszeit.

Die Karottensuppe wurde bei akuten Erkrankungen im Stadium der schwersten Störungen, der Intoxikationserscheinungen im Sinne Finkelsteins, durch mehrere Tage als alleinige Nahrung gegeben. Moro sah dabei in 1—3 Tagen die schweren Kollapserscheinungen, Unruhe, Bewußtseinsstörungen, abnorme Atmungstypen, Turgor- und Tonusverluste, Blässe, insbesondere auch Erbrechen und Abführen verschwinden; die Entfieberung erfolgte sehr prompt (nur ausnahmsweise nach mehr als 24 Stunden) und die Temperaturkurve wurde geschnitten von der steil anstrebenden Gewichtskurve.

Bei chronischen Ernährungsstörungen, Atrophikern mit und ohne dyspeptische Erscheinungen wurde fast ausnahmslos ein steiler Gewichtsanstieg auf Verabreichung der Karottensuppe festgestellt, gleichzeitig Besserung des Allgemeinzustandes und Rückgang der sog. Magendarmsymptome, besonders des Erbrechens und der Soorinfektionen. Die chronisch ernährungsgestörten Kinder wurden längere Zeit, bis zu 3 Wochen, ausschließlich oder vorwiegend mit Karottensuppe gefüttert; mit dem Gewichtsanstieg, der wohl nur als Wasserretention, vermittelt durch den Salzgehalt der Nahrung, zu deuten ist, stellten sich öfters Oedeme ein, die beim Uebergang auf Milchmischungen unter mäßigem Gewichtsrückgang wieder schwanden; doch gelang die Milchernährung nach der Karottensuppeperiode viel besser als vorher. Die Stühle waren zahlreich, kopiös, breiig, meist geruchlos und von gelber oder rötlichgelber Farbe.

Den Hauptvorzug gegenüber einfachen Salzlösungen, die wie wir an dieser Stelle berichteten, auch von erheblichen Nutzen bei der Behandlung der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter sein können, erblickt Moro darin, daß die Karottensuppe dem Säugling das Gefühl der Sättigung verschafft, daß sie ein völliges Leerlaufen des Darmes vermeidet, den Organismus seiner Verdauungsfunktionen nicht entwöhnt, daß sie ferner eine radikale Umstimmung der Darmflora bewirkt und dadurch auch den Gefahren der endogenen Infektion wirksam entgegenarbeitet.

Die Karottensuppe wurde auch jüngsten Säuglingen (zwei Wochen) gegeben.

Ueber die Indikationen und Kontraindikationen der neuen Nahrung äußert sich Moro folgendermaßen: „Die vorläufigen Indikationen der Karottensuppendiät scheinen uns namentlich gegeben durch den toxischen, von Exsikkation begleiteten Symptomenkomplex bei akuten Ernährungsstörungen und durch die auf Nährstoffintoleranz beruhende Flaschenkinderdyspepsie. Ernährungsstörungen, die erfolgreich durch zweckmäßige Milchverdünnungen behandelt werden können, erübrigen selbstverständlich das Vorgehen mit Karottensuppe. — Unzulässig erscheint uns, die ausschließliche Karottensuppendiät fortzusetzen, wenn die Wässerung des Körpers zu beträchtlichen Oedemen geführt hat. Auch die durch ausschließliche oder vorwiegende Kohlehydraternährung bedingten Schädigungen (Mehlnährschaden nach Czerny und Keller) möchte ich, trotzdem mir darüber spezielle Beobachtungen fehlen, in den Bereich der Kontraindikationen einbeziehen."

4. Oppenheimer erörtert zwei wichtige Fragen, die bei der Scharlachbehandlung sich immer aufdrängen: 1. Sollen Bäder gegeben werden? 2. Wie soll die Diät geregelt werden. Bezüglich der Bäder steht Oppenheimer auf einem völlig ablehnenden Standpunkt. Ihm gilt als eine der wichtigsten Grundsätze bei der Scharlachbehandlung die Vermeidung jeder Erkältungsmöglichkeit, die eine Nephritis provozieren könnte. Nicht nur Bäder und kalte Stammumschläge sind deshalb zu unterlassen, sondern das Kind soll auch bei der Untersuchung niemals ganz entblößt werden, und laue Waschungen sind nur in der Weise gestattet, daß Glied um Glied rasch abgewaschen und sofort tüchtig abgetrocknet und wieder bedeckt wird.

Bezüglich der Diät ist für Oppenheimer der Gesichtspunkt der Nierenschonung gleichfalls der wichtigste, und er verbietet daher konsequent die Darreichung von Fleisch, Fleischspeisen und Eiern (auch als Zusatz zu Mehlspeisen). Eine Bettruhe von 5—6 Wochen hält Verf. schließlich auch für zweckmäßig oder notwendig. Unter diesem Regime hat er bei mehr als 150 Scharlachkranken niemals eine Nierenentzündung entstehen sehen.

Neurologie und Psychiatrie.

Referent: Dr. **G. Flatau**, Nervenarzt, Berlin.

1. **Die Behandlung der nervösen Unfallkranken.** Von Nervenarzt Dr. Froehlich, Berlin. Therapie d. Gegenwart, 1908, pag. 408.

2. **Balkenstich bei Hydrozephalien, Tumoren und bei Epilepsie.** Von Prof. Anton und v. Bramann, Halle. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 32.

1. Es wird versucht, dem praktischen Arzte die Richtungslinien für die Therapie der nervösen Unfallkranken zu geben; schwere Fälle derart mögen immerhin dem Spezialisten auf diesem Gebiet reserviert bleiben. Das allerwichtigste ist die erste chirurgische Behandlung, später spielen sich die Klagen und Beschwerden mehr auf dem seelischen Gebiet ab; die Diskrepanz zwischen der Schwere des Unfalles und den Folgezuständen erklärt Verf. durch eine besondere Disposition des Materials: nervöse Veranlagung, Rentenbegehrung, Alkohol. Die psychische Behandlung hat etwa bei der ersten Untersuchung einzusetzen. Eine Anstaltsbehandlung ist durchaus nicht immer notwendig. Die Kopfschmerzen können durch faradische Behandlung (faradischer Strom) oder Galvanisation (bis 2 M.-A.) beeinflußt werden, doch darf das Elektrisieren nicht zur Gewohnheit werden, sondern eine allmähliche Entwöhnung Platz greifen. Eine größere Bedeutung hat noch die Hydrotherapie. Stets muß der Arzt die Zuversicht auf Heilung zu erwecken wissen, insbesondere das Symptom des Schwindels und der Kopfschmerzen verlangt diese Psychotherapie. Vorsichtige Ausdrucksweise in der Besprechung der Prognose ist von großer Bedeutung. Hier ist die frühzeitige Rentenerledigung ohne schroffe Uebergänge zu beachten, Vermeidung von Nachuntersuchungen, Abfindung. Schließlich wird auf die Prophylaxe, Hebung des sittlichen Niveaus Wert zu legen sein.

2. Vermehrte Flüssigkeitsansammlung in den Gehirnhöhlen führt zu erheblichen Ernährungsstörungen, die die einzelnen

Teile in verschiedener Weise betreffen, je nach der arteriellen Blutversorgung und dem Verlauf und dem Lumen der Hauptvenen. Zur Retention führt entweder die Verlegung der Abfuhrstellen des Liquor oder Entzündungen der Gehirnhäute, der Gehirnsubstanz, oder es kommt durch irgendeinen Reiz zu vermehrter Flüssigkeitsabsonderung.

Ventrikelpunktion und Lumbalpunktion sind als dekompressive Mittel bisher angewandt worden. Die Verfasser schlagen nun vor, durch ein stumpfes Instrument den Balken zu eröffnen am rechten Gehirnteil, und zwar entsprechend einer Stelle, die erlaubt, unter Schonung der Arteria cerebr. ant. in den Seitenventrikel zu gelangen. Das Instrument zur Eröffnung soll hohl sein, damit man den Erfolg kontrollieren kann. Die Oeffnung ermöglicht eine Kommunikation mit dem Subduralraum. Eingegangen wird durch eine Trepanationsöffnung seitlich der Sagittalnaht.

Die Technik der Operation wird an 4 Fällen besprochen. Die Operation wurde stets ohne Nachteil vertragen. Folgende Indikationen wurden angenommen:

1. Hydrozephalus.
2. Tumoren mit Hydrozephalus und Stauungspapille,
3. Gehirnhypertrophie (? Ref.),
4. die Fälle des Pseudotumors im Sinne Nonnes.

Augenheilkunde.

Referent: Privatdozent Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Die Palliativtrepanation bei Stauungspapille.** Von E. v. Hippel. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 37.

2. **Neues Heilungsverfahren beim Herpes corneae febrilis.** Von E. Ammann. Archiv f. Augenheilk., Bd. LXI, S. 194.

3. **Vesikantien in der Augenheilkunde.** Von F. Weitlauer. Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, Bd. XII, Heft 3, S. 21.

1. Auf Grund eines kritischen Literaturstudiums empfiehlt v. H. die Trepanation bei Stauungspapille, da sie in der Mehrzahl der Fälle die Stauungspapille zur Rückbildung bringt. In der Mehrzahl der Fälle ist zu spät operiert worden, da die Aussichten für die Erhaltung bezw. Besserung des Sehvermögens nur bei Frühoperation günstige sind. Die Operation kann nicht nur zur Beseitigung der Stauungspapille, sondern zu völliger Heilung führen, weil es sich trotz klinischer Tumorsymptome um chronischen Hydrozephalus, Pseudotumor (Nonne), akute oder chronische Hirnschwellung (Reichardt), Meningitis serosa handeln kann. Wenn auch die unmittelbare Gefahr des operativen Eingriffes durch gewisse Vorsichtsmaßregeln wie Chloroform (nicht Aether), zweizeitige Operation, Kokainisierung der Dura, Vermeidung osteoplastischer Methoden herabgesetzt werden kann, so ist sie doch nicht gering zu veranschlagen. Wenn der Tumor mit einiger Wahrscheinlichkeit lokalisiert werden kann, so ist im allgemeinen an der entsprechenden Stelle, sonst in der rechten Scheitelgegend zu trepanieren.

2. Um die Heilungsdauer des Herpes corneae febrilis abzukürzen, empfiehlt Verfasser, die Herpesfiguren in ganzer Ausdehnung mit rotglühender elektrischer Glühschlinge leicht zu kauterisieren. Eine Reihe von Krankengeschichten veranschaulicht den prompten Erfolg des Verfahrens.

3. Weitlauer empfiehlt in Fällen von langwieriger Conjunctivitis und Keratitis phlytaenulosa außer der üblichen Behandlung Emplastrum cantharidatum perpetuum vor oder hinter dem Ohr des erkrankten Auges anzuwenden. Nach W.'s Erfahrungen ist es besonders zur Linderung des Blepharospasmus, der Lichtscheu und des Schmerzes geeignet.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **L. Lipman-Wulf**, Berlin.

1. **Instrumente für die Irrigations-Urethroskopie.** Von Hans Goldschmidt, Berlin. Folia urologica, 1908, Bd. 2, Heft 6.

2. **Zur Frage Nephrotomie oder Pyelotomie bei aseptischem Nierensteinschnitt.** Von J. Borelius, Lund, Schweden. Folia urologica, 1908, Bd. 2, Heft 6.

3. **Ein Fall einer durch eine pyelo-ureterale Klappe verursachten intermittierenden Hydronephrose, durch Klappenschnitt** geheilt. Von Béla von Rihmer. Folia urologica, 1908, Bd. 2, Heft 6.

4. **Valeur comparée des diverses prostatectomie.** Von F. Cathelin, Paris. Folia urologica, 1908, Bd. 2, Heft 6.

5. **Die physiko-chemische Untersuchung für die funktionelle Nierendiagnostik vor der Operation durch den Ureterenkatheterismus.** Von T. Tawaka, Tokio. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 10.

6. **Mein verbessertes Ureter- und Operationszystoskop.** Von L. Casper. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 10.

7. **Apparat zur bequemen Ausführung der Spülprobe und zur Spülbehandlung des Bulbus urethrae.** Von Karl Ullmann. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 10.

8. **Ueber die Beziehungen der papillomatösen Wucherungen des Blasenhalses und der hinteren Harnröhre zum Mechanismus der Harnentleerung und zur sexuellen Neurasthenie.** Von Ernst R. W. Frank, Berlin. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 10.

9. **Ueber Bakteriurie.** Von Franz Weisz, Budapest. Zeitschr. f. Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 10.

1. Die vom Verfasser konstruierten Instrumente zur Beleuchtung der vorderen und hinteren Harnröhre bilden wohl den größten Fortschritt der letzten Jahre. Sind wir doch hierdurch erst in den Stand gesetzt worden, hauptsächlich über die Veränderungen in der hinteren Harnröhre, über die Pars membranacea, den Colliculus seminalis, die Pars prostatica exakte Diagnosen zu stellen. Die Form und Handhabung dieser Instrumente werden als bekannt vorausgesetzt. Goldschmidt hat sich nun bemüht, diese zu verbessern und vor allem an ihnen Vorrichtungen angebracht, um unter beständiger Kontrolle des Auges therapeutische Eingriffe vorzunehmen. Das Einbringen von Aetzmitteln kann nur geschehen nach Absaugung des im Fenster des Instrumentes befindlichen Wassers, während durch eine eingeschobene Röhre die Aetzmittel an die richtige Stelle gebracht werden. Ferner wird ein durch einen Mechanismus aufzurichtendes galvanokaustisches Messer zur Vornahme von therapeutischen Maßnahmen, wie Zerstörungen von Wucherungen, werden eine glühend zu machende Platinschlinge, elektrolytische Methoden unter ständiger Kontrolle des Auges anzuwenden versucht. Ein entsprechend konstruiertes mit Fußplatte und Schlauch versehenes Irrigationsgefäß dient der Kontrollierung des Wasserdrucks. Um allen Anforderungen zu genügen, muß bei der Methode der Irrigationsurethroskopie die Lichtquelle verschiedenartig angebracht werden. Für die allgemeine Orientierung in der Urethra posterior eignet sich am besten die Beleuchtung von hinten. Für die Urethra anterior muß die Lampe sich neben dem Objektiv des Sehrohrs befinden.

2. Die Nephrotomie ist in jedem Fall brauchbar bei aseptischer Steinniere, die Pyelotomie in einer gewissen, doch ziemlich großen Zahl von Fällen. Der gefährlichere Eingriff ist die Nephrotomie wegen der nicht sicher vorzubeugenden Nachblutungen. In allen brauchbaren Fällen wird man daher der Pyelotomie den Vorzug geben. Bei genügender Technik ist auch die Pyelotomiewunde gut heilbar. Ist der Stein nicht allzugroß und im Nierenbecken fühlbar, so ist die Pyelotomie zu wählen, allerdings muß die Niere bei der Operation beweglich und gut vorzuziehen sein. Das Röntgenbild kann vor der Operation gute Anleitung zur Wahl der Operation geben. Eine sichere Entscheidung wird man jedoch erst an der vorgelagerten Niere treffen.

Verfasser hat bei 9 Kranken 4 mal Pyelotomie, 5 mal Nephrotomie ausgeführt.

3. Patient, ein 33jähriger Mann, litt seit 3 Jahren an linksseitigen Nierenkoliken. Die Untersuchung mittels Palpation, Röntgenstrahlen und Ureterenkatheterismus schloß Steine, Wanderniere, Striktur als Ursache aus. Man mußte ein klappenartiges Hindernis annehmen. Die Operation bestätigte diese Annahme. Die Klappe wurde mittels Pyelotomie freigelegt und bis zum tiefsten Punkte durchschnitten, die 2 Lamellen der Klappe, wie bei der typischen Phimosenoperation versorgt, die Beckenwand in 2 Etagen vernäht; dräniert wurde vom Parenchym her.

Glatte Heilung, welche seit 11 Monaten besteht. Nach zwei Monaten wurde mit Kystoskop und Indigokarminprobe die gute Funktion der linken Niere bewiesen.

Verfasser glaubt, daß diese Klappen aus embryonalen Falten entstehen.

4. Besprechung der verschiedenen Methoden zur völligen Entfernung der Prostata, der Prostatektomien.

Public

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Trotz der ausgezeichneten Erfolge bei Anwendung des perinealen Weges und trotz der mittelmäßigen Resultate der suprapubischen Prostatektomien spricht Verfasser die Freyersche Methode doch als die Methode der Wahl an. Diese ist schneller und leichter auszuführen und sicherer in ihren späteren Resultaten. Die perineale Operation ist sicher gefahrloser, sie birgt aber für die Zukunft solche Unannehmlichkeiten in sich, daß die Sectio alta und suprapubische Methode ihr vorzuziehen ist. Folgende Regeln sind für die Praxis zu befolgen: Bei kleiner, vernarbter oder vereiterter Prostata macht man die perineale Prostatektomie. Bei sehr großer Prostata führe man die hypogastrische, transvesikale Prostatektomie aus. Ist die Prostata besonders nach der Blase hin sehr groß, soll die kombinierte Prostatektomie gemacht werden. Bei Prostatahypertrophie mit Steinen kommt Lithotripsie in Frage. Jeder Eingriff soll dagegen bei Prostatakarzinom unterbleiben.

5. Im ganzen wurden 37 Fälle untersucht. Es waren meistens Tuberculosis renalis, ferner Pyonephrosis, Nierenzyste, Lithiasis usw. Nach Bestimmung der Nierenfunktion mit den bekannten Methoden, wie Feststellung der Harnmenge, spezifisches Gewicht, Gefrierpunkt, elektrisches Leitungsvermögen, Eiweißgehalt, Zuckermenge nach Phloridzininjektion, wurden in 17 Fällen 14 Nephrektomien, 3 Nephrotomien ausgeführt, zwei Nephrektomierte starben nach der Operation im Kollaps. Sind im Harn der gesunderen Niere geringe Eiweißmengen (0,3 bis 0,6%), spärliche hyaline und gekörnte Zylinder, so bildet dies keine Kontraindikation für die Entfernung der anderen. Diese geringen Eiweißausscheidungen erklären sich durch toxische Einwirkungen vom Krankheitsherde aus und verschwinden nach Entfernung der erkrankten Niere allmählich aus dem Harn. Für die Beurteilung der Nierenfunktion spielen Anamnese, Inspektion und Palpation eine untergeordnete Rolle. Harnfarbe, Harntrübung und mikroskopische Harnuntersuchung sind schon wichtiger, ergeben jedoch keine sicheren Anhaltspunkte. Die Viskosität und Azidität des Harns läßt sich bei der Funktionsprüfung nicht genau feststellen. Es erfolgt jedoch sicher eine Erniedrigung im erkrankten Harn. Die Differenz der Viskosität beträgt durchschnittlich 114 s. g. c., die Differenz der Azidität durchschnittlich 0,34 mg/cc. Die Wichtigkeit der funktionellen Nierendiagnostik besteht nicht nur für die Nierenchirurgie, sondern auch für die Beurteilung von Bauchtumoren und für viele Gebiete der inneren Medizin, wie Nephritis, Diabetes mellitus, insipidus etc.

6. Das neue Ureterzystoskop zeigt eine geeignete Kombination des Casperschen mit dem Albarranschen und hat durch Anwendung einer federnden Scharnierlampe eine gewisse Aehnlichkeit mit der schon früher von Kollmann, Nitze und Ringleb gebrauchten beweglichen Lampe. Beibehalten ist die verschiebbare Rinne, angenommen von Albarran der aufrichtbare Finger. Das Instrument hat 21 Charrière und ist für 2 Katheter Nr. 5 oder einen Nr. 7 eingerichtet. Beim Herausziehen des Zystoskops und Liegenlassen der Katheterschiene streckt sich die Lampe so, daß sie mit Schiene und Zystoskop eine gerade Fläche bildet. Die Ureteren-Katheter bleiben unverrückt an der Stelle liegen, an die man sie hingeführt hat. Ferner wird das Instrument benützt, um medikamentöse Lösungen, z. B. Resorcin, auf bestimmte Stellen der Blase zum Zwecke von Schrumpfung und Verödung von Tumoren zu bringen. Man benutzt statt des Ureterkatheters eine biegsame Platiniridiumnadel. Bei Anwendung der doppelläufigen Schiene kann man durch die zweite Rinne eine kleine Zange führen, die den Tumor während des Einstechens der Nadel fixiert. Das von Casper konstruierte Operationszystoskop leistet ihm schon seit Jahren gute Dienste. Die galvanokaustische Schlinge hat sich ihm als überflüssig erwiesen, er arbeitet nur noch mit der kalten Schlinge, da die Blutungen hierbei ebenso groß oder gering sind, wie bei Benutzung der kaustischen. Es gehören zum Instrumentarium für intrevesikale Operationen folgende Teile:

I. Zystoskop mit hohlem Mandrin, es ist so ein gewöhnliches Spülzystoskop,
II. galvanokaustischer Brenner,
III. scharfe Kurette,
IV. Fremdkörperzange,
V. Instrument mit kalter Schlinge,
VI. Instrument mit kalter Schlinge und darüberliegender Pinzette zum Ergreifen und Heranziehen von Tumoren.

7. Das von Jadassohn zur Bestimmung der Lokalisation der Gonorrhoe eingeführte Verfahren wird entweder mittels elastischen Katheters und hochgehängten Irrigators bei langsamer Steigerung des Drucks ausgeführt, um so den Tonus des Compressor urethrae behufs Abschluß zwischen vorderer und hinterer Harnröhre stetig zu erzielen, oder mit der Handdruckspritze bei kurzen Stößen zwecks reflektorischer Steigerung des Kompressortonus. Bei der öfteren Füllung der Spritze bedingt das Auslassen des Katheters zuweilen Verschiebungen, bei deren Regulierung oft unbeabsichtigt der Sphincter externus überschritten wird. Daher ist Assistenz bei Ausführung der Methode notwendig. Diesen technischen Schwierigkeiten sucht Ullmann durch folgende Spülvorrichtung zu begegnen. Eine mit der Spülflüssigkeit angefüllte Literflasche steht auf der einen Seite durch Schlauch mit einem Ballongebläse, auf der anderen mit einem Ausflußschlauch in Verbindung, an dem der in die Harnröhre einzuführende Katheter befestigt ist. Bei Druck auf den Ballon entweicht durch die Komprimierung der Luft die Flüssigkeit in den Ausflußschlauch und Katheter. Der Arzt fixiert den Katheter mit der linken Hand, die rechte Hand übt einen ganz leichten periodischen Druck auf den Ballon aus, hierbei kann die Prozedur der Harnröhrenwaschung ohne Unterbrechung fortgeführt und vollendet werden. Die rechte Hand des Arztes besorgt abwechselnd die Kompression des Ballons und damit die stoßweise Eintreibung der Flüssigkeit in die Harnröhre und die Verschiebung und Entleerung der zum Aufsaugen der Spülflüssigkeit verwendeten Gläser. Durch die stoßweise Eintreibung der kalten Flüssigkeit, welche von halber Minute zu halber Minute unter stärkeren Druck gesetzt wird, gelingt es auch recht gut, den Kompressor in dem nötigen spastischen Tonus zu erhalten.

8. Die vom Verfasser beobachteten Fälle zeigten papillomatöse Wucherungen. Zottenpolypen am Blasenausgange und in der Pars prostatica. Diese polypösen Wucherungen rufen Blutungen hervor, ferner gehen kleine Geschwulstzotten ab. Durch Einzwängen von Geschwülstchen in die Blasenmündung kommt es zu Urinverhaltungen, Reizerscheinungen am Blasenhals, Harndrang; bei vorhandener Obstipation und Epithelabschilferungen am Blasenhals und am Trigonum entsteht durch Ansiedelung von Bact. coli Cystitis. Es treten Irritationen und Neuralgien auf, die sogenannte Neurasthenie sexualis, als Folgeerscheinung von polypösen Wucherungen der hinteren Harnröhre, besonders am Samenhügel und in dessen Umgebung. Eine erfolgreiche Therapie ist nur denkbar, wenn der Grund des Leidens, die Geschwülste, entfernt werden. Verf. bedient sich zu dem Zwecke des Nitze-Oberländerschen Urethroskops und der Valentin-Lampe. Durch Anbringen einer Absaugevorrichtung wird verhindert, daß das Gesichtsfeld durch Blut oder Urin verdunkelt wird. Bei Wucherungen im Blasenhals operiert man in Beckenhochlagerung. Die Eingriffe werden unter Lokalanästhesie, bei Neigung zu Blutungen unter Zusatz eines Hämostatikums ausgeführt. Für die nötige Antisepsis sorgt man durch innere Antisepticis, bei Operationen jenseits des Orificium internum urethrae bediene man sich der nachträglichen Ausspülungen mit Höllensteinlösung. Als Instrument verwendet Frank die Zange, die Schlinge und ein nach Art des Schrötterschen Kehlkopfringmessers gebautes Instrument. Die Methode hat sich in einer Reihe von ausführlich dargestellten Fällen bewährt.

9. Bakteriurie ist eine durch Bakterien hervorgerufene Trübung des frisch gelassenen Harns ohne entzündliche Erkrankung der Harnwege. Bei dem vom Verfasser beobachteten 35jährigen Kaufmann blieb diese Trübung nach abgeheiltem Tripper bestehen, und zwar verhinderte sie noch nach einem Jahre seine Aufnahme in eine Lebensversicherung. Die Allgemeinsymptome dieser Erkrankung äußern sich in Mattigkeit, Kopfschmerzen, Fieber, daneben manchmal in lokalen Urethral- und Vesikalschmerzen ohne nachweisbaren Grund. Die Bakteriurie hat chronischen Verlauf, zeigt sich oft jahrelang nicht, kehrt wieder und kann jahrelang bestehen oder ständig bleiben. Diagnose wird gestellt, mit freiem Auge aus den glitzernden Opalisieren und dem ekelerregenden Geruch des Urins, mikroskopisch durch das massenhafte Vorhandensein von Bakterien ohne erkenntliche Elemente, Leukozyten, Epithelien, durch positiven Kulturausfall. Prognosis ist im großen und ganzen ungünstig, Heilung kann jedoch vorkommen. Es hängt dies von der Art der Infektion ab. Zweifelhaft ist die Prognosis, wo die Trübung durch die Prostata hervorgerufen wird, bei Verbindung von Prostata mit Rektum ist dieselbe absolut schlecht, doch gilt dies nur quoad sanationem, nicht quoad vitam. Die Bakteriurie ist auf geschlechtlichem Wege nicht übertragbar, daher Ehekonsens zu erteilen. Man muß bei dieser Erkrankung genau die

eventuellen urethralen, prostatischen Veränderungen ermitteln, dann die Harn- oder Beckenerkrankungen zu eruieren trachten. Therapeutisch ist das Grundübel zu beseitigen. Urethritis, Cystitis, Prostatitis, Spermatozystitis, Strikturen können nach ihrer Behandlung die Bakterienausscheidung noch wesentlich beeinflussen. Lokalbehandlung mit Arg. nitr.-Instillationen oder Waschungen mit 1—5‰ Sublimat-, Hg-Oxycyanatlösungen, Harndesinfizientien, Urotropin, Helmitol, Hetralin. Neuerdings zu empfehlen die autovakzine Injektionstherapie des die Krankheit verursachenden und so gezüchteten Bazillus.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Erfahrungen über Mergal in der Augenheilkunde.** Von Meßmer. Therap. Monatshefte, 1908, Nr. 10.

2. **Jodglidin in der Luestherapie.** Von Th. Mayer. Therap. Monatshefte, 1908, Nr. 10.

1. Mergal ist ein internes Antisyphilitikum und stellt eine Verbindung von cholsaurem Quecksilberoxyd und Albuminum tannicum dar; es kommt in Kapseln in den Handel. M. faßt seine Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

Das Mergal wird mit Sicherheit vom Körper aufgenommen und das in ihm enthaltene Quecksilberoxyd entfaltet eine intensive Wirkung. Mergal hat nie Verdauungsstörungen gemacht, der Appetit der Kranken war stets gut. Eine Quecksilbervergiftung ist ausgeblieben, der Urin war frei von Eiweiß. Die Anwendung des Mergals ist sehr leicht und bequem und empfiehlt sich besonders in der Privatpraxis. Mit gutem Erfolge ilt das Mergal bei infektiösen Iridozyklitiden gebraucht worden. Bei den Iridozyklitiden aus unbekannter Ursache hat es den Verlauf der Entzündung günstig beeinflußt. Das Präparat ist als Antiluetikum brauchbar. Man kann sich bei Neuritis nervi optici davon überzeugen, daß die Entzündungssymptome durch Mergal günstig beeinflußt werden. Ob es mit dem Inunktions- und Injektionsverfahren als Antiluetikum in Konkurrenz treten kann, darüber will Verfasser ein endgültiges Urteil noch nicht abgeben. Bei tabischer Sehnervenatrophie, bei post- und parasyphilitischen Erkrankungen des Auges hat Mergal keinen Schaden gestiftet.

2. Jodglidin ist eine Jodeiweißverbindung, die durch Jodieren des nukleinfreien Pflanzeneiweißes Glidin gewonnen wird; das Jod ist in dieser Form fest gebunden und es tritt keine Zersetzung des nativen Eiweißes ein. M. hat auf der Lassarschen Klinik das Mittel mit gutem Erfolg bei einer großen Reihe von Lueskranken angewandt. Die Dosis betrug pro die meist 1,5 bis 2,5 g Jodglidin; diese Dosierung (in Tabletten) erwies sich als ausreichend. Das Präparat wurde von den Kranken gern genommen, der Jodgeschmack ließ sich durch Darreichung von Milch leicht verdecken. Verf. sieht in dem Jodglidin ein in handlicher Form zu administrierendes, leicht zu nehmendes und den klinischen Ansprüchen voll genügendes Präparat auch für die Spätluesbehandlung.

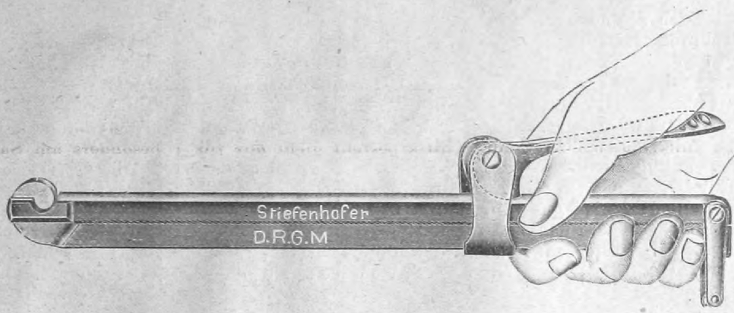
Technische Neuerscheinungen.

Gastrotrib

von Dr. **Ach**, München.

Die Magenquetschzange (Gastrotrib) setzt sich aus zwei vierkantigen, glatten Stäben zusammen, die an der Berührungsfläche aufgerauht sind. Der untere Stahlstab trägt am vorderen Ende den männlichen Teil des Schlosses — einen schmalen, nach oben und hinten umgebogenen Bügel, der zwischen zwei Branchen des oberen Hebels — weiblicher Schloßteil — eingreift. Am hinteren Ende der beiden Hebel befindet sich ein weiteres Schloß, ein sogen. Sperrverschluß, der ein Sichöffnen der Zange verhindert. Ein Exzenterhebel kann von hinten über den Sperrverschluß auf die Zange geschoben werden, und durch leichten Druck auf denselben werden die beiden Hebel der Zange völlig geschlossen und dazwischenliegendes Gewebe durchgequetscht.

Die Anwendung geschieht folgendermaßen: Nach Durchtrennung des Omentum minus und des Ligamentum gastrocolicum und Unterbindung der Gefäße an der großen und kleinen Kurvatur wird der untere Hebel durch die Oeffnung des Lig. gastrocolicum hinter dem Magen nach oben und zur Oeffnung des Omentum minus herausgeführt, so daß der Magen auf dem Hebel liegt, worauf dieser in die gewünschte Richtung (Resektionslinie) gebracht wird. Alsdann wird der andere Hebel aufgesetzt und nach Verhaken des Schlosses das hintere Ende gesenkt und dem männlichen Hebel soweit genähert, daß der hintere Sperrverschluß eben geschlossen werden kann. Die beiden Hebel stehen nun noch soweit im Winkel auseinander, daß der dazwischenliegende Magen noch nicht gequetscht wird. Nun wird der Exzenterhebel auf die Zange geschoben; ein leichter Druck auf denselben quetscht Schleimhaut und Muskularis des Magens durch, während die Serosaflächen erhalten bleiben und fest aufeinandergepreßt werden. Der Exzenterhebel wird dann heruntergenommen, ohne daß der Sperrverschluß geöffnet wird. Nach Anlegen einer Magenklemme am abfallenden Magenteil nahe an der Quetschzange wird zwischen beiden der Magen durchtrennt. Bei liegender Zange folgt dann der Verschluß des kardialen Magenteiles mit fortlaufender Matratzennaht; nach Fertigstellung derselben wird die Quetschzange abgenommen. Meist tritt nun keine Blutung auf, so daß weitere Unterbindungen nicht nötig sind. Die aufeinandergepreßte hintere und vordere Serosafläche ragt über die Matratzennaht wie ein schmales Band vor und läßt sich durch eine fortlaufende seromuskuläre Naht leicht einstülpen; eine dritte Nahtreihe erübrigt sich.



Der Vorteil des Verfahrens liegt darin, daß die Operation um ca. 15 Minuten abgekürzt wird, da man beim Durchquetschen des Magens keine Blutstillung braucht, ferner keinen so dicken Wulst wie früher einzustülpen hat und man mit den beiden fortlaufenden Nähten auskommt.

Hergestellt wird das Instrument von der Firma Stiefenhofer, München, Karlsplatz.

(Münch. med. Wochenschr., Nr. 37).

M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Kosmetik, ein Leitfaden für praktische Aerzte. Von Edmund Saalfeld-Berlin. Berlin 1908, Verlag von Julius Springer.

Die Kosmetik ist leider immer noch die Hauptdomäne des Kurpfuschers. Auch der praktische Arzt sollte sich mit diesem

Public

von den Aerzten vielfach ganz vernachlässigten Gebiet der ärztlichen Kunst beschäftigen. In einem kurzen Leitfaden bringt Saalfeld alles, was den Bedürfnissen des ärztlichen Praktikers entspricht, in klarer und übersichtlicher Weise ohne weitschweifige theoretische Erörterungen. Das Büchlein ist wärmstens zu empfehlen.

J. Baum-Berlin.

Fritz Reuters Krankheit. Eine Studie von Dr. med. Paul Albrecht, Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt zu Treptow a. d. Rega. Halle a. S. 1907. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung.

Dem Beispiel Möbius' folgend, haben manche andere Forscher bedeutende Männer zum Gegenstand ärztlicher und insbesondere psychiatrischer Untersuchung gemacht. Und so hat auch Verf. als großer Reuterverehrer unserem Herzen den Menschen Reuter nähergebracht. In dieser sehr interessanten Studie wendet Verf. sich gegen die übliche Auffassung, daß Reuter ein Gewohnheitstrinker gewesen sei, er befreit ihn gleichsam dadurch von dem Makel, der ihm anhaftet; von einer Schuld, einem Laster kann nicht die Rede sein. Auch die von Adolf Wilbrandt in seiner Biographie zu Reuters nachgelassenen Schriften ausgesprochene Meinung, daß Reuter an einer Neurose des Magens und der Speiseröhre gelitten habe, ist eine irrige. Reuter litt an periodischer Trunksucht, an Dipsomanie. Seine langjährige Festungshaft ist nur als ein auslösendes Moment für ein schwereres Auftreten seiner Krankheit aufzufassen, die letzte Endursache dürfte wohl eine endogene Veranlagung bilden, obwohl der Nachweis einer erblichen Belastung nicht sicher zu führen ist.

v. Rutkowski, Berlin.

Emanation und Emanationstherapie. Von Prof. E. Sommer, Zürich. München 1908, Gmelin. 68 Seiten.

Das Buch des durch seine Arbeiten über Röntgen- und Radiumstrahlung bekannten Verfassers bringt gründliche Mitteilungen sowohl über den physikalischen wie ärztlichen Teil der Frage und zeichnet sich durch anerkennenswerte Objektivität aus. Referent glaubt allerdings, daß man in der Zurückhaltung gegenüber den Segnungen des Radiums noch weiter gehen dürfe, und kann sich nicht überzeugen, daß mit dem Radium etwas erreicht werde, was nicht auch auf anderem Wege ebenso gut oder besser erreichbar ist. Von wem sein Publikum verlangt, daß er stets das Neueste feilhalte, wird gut tun, sich mit dem Buch bekannt zu machen und besonders dankbar für des Verfassers Mitteilungen über zuverlässige und schwindelhafte Radiumpräparate sein.

F. von den Velden.

Allgemeines.

Reklamesünden. Unter dieser Ueberschrift habe ich in Nr. 43 dieser Wochenschrift einen Artikel veröffentlicht, der die Art und Weise, deren sich die Firma Max Elb, G. m. b. H. in Dresden, zum Vertriebe ihrer Silvana-Essenzen bedient, kritisch beleuchtet. Die Firma bemüht sich nunmehr, den Eindruck, den mein Artikel gemacht hat, abzuschwächen, indem sie an die Redaktionen der medizinischen Zeitschriften Mitteilungen versendet, die die Vertriebsart der Silvana-Essenzen beschönigen sollen. Dieses Zirkular ist freilich so ungeschickt wie nur möglich abgefaßt, und ich hätte keine Veranlassung, dasselbe vor dem Papierkorb zu bewahren, wenn nicht ein Satz darin enthalten wäre, der meinen Artikel aufs treffendste illustriert. Herr Dr. Zucker, der, wie es scheint, der Inhaber der Firma Max Elb ist, schreibt:

> „Um das Publikum zu einer rationellen Hautpflege mit häufigem Baden zu veranlassen, mußten wir etwas stark auftragen. Hier heiligt wirklich der Zweck das Mittel . . . . .“

Herr Dr. Zucker läßt sich sehr ausgiebig in die Karten sehen. Er verrät ganz freimütig, daß er einem jesuitischen Grundsatz vom Range des zitierten huldigt. Nach dieser Erklärung brauchen wir uns allerdings über nichts mehr zu wundern — auch darüber nicht, daß die soziale Hygiene wieder einmal zum Schlachttier eines angegriffenen Fabrikanten herabgewürdigt wird. Ich werde auf die Sache noch zurückkommen.

Lungwitz.

Unverträgliche Arzneimischungen.

Eine Zusammenstellung von unverträglichen Kompositionen ihrer pharmazeutischen Präparate, soweit sie in der Praxis vorkommen können, haben die Höchster Farbwerke veröffentlicht. Wir lassen diese für unsere Leser wichtige Zusammenstellung hier folgen:

Acidum acetylo-salicylicum cave: freie Säuren, Eisensalze, Alkalien.
Albargin cave: Chloride, Tannin.
Antipyrin cave: Tannin, Jod, Chinin, Eisensalze, Calomel, Spiritus aetheris nitrosi.
Antipyrinum salicylicum cave: freie Säuren; vide Antipyrin.
Argonin vide Albargin.

Telegramm!

Die vom Kommerzienrat Aust bezw. Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, durch falsche Angaben bei der Staatsanwaltschaft Berlin erwirkte

Beschlagnahme

meiner Broschüre „Kathreiners Entlarvung“, welche die Konkurrenzmanöver gegen den coffeinfreien „Kaffee Hag“ aufdeckt, ist vom Amtsgericht in Bremen

aufgehoben

worden. Die Verteilung ist also erlaubt. Man verlange die Broschüre gratis in Kolonialwarenhandlungen.

Johs. Surmann, Direktor
der Kaffee-Handels-Aktiengesellschaft, Bremen.

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell**, Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel**, Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich**, Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau**, Berlin, Prof. Dr. **E. Braatz**, Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann**, Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns**, Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard**, Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Prof Dr. **E. Enderlen**, Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald**, Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger**, Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**, Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer**, Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing**, Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel**, Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann**, Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt**, Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel**, Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek**, Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann**, Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen**, Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann**, Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks**, Bonn, Prof. Dr. **G. Köster**, Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner**, Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz**, Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky**, Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer**, Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse**, Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz**, Düsseldorf, Geh Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch**, Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel**, Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer**, Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter**, Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf**, Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz**, Königsberg i. Pr., Prof. Dr. **E. Schultze**, Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**, Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer**, Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan**, Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze**, Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna**, Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht**, Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius**, Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther**, Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener**, Aachen, Prof. Dr. **G. Winter**, Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke**, Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz**, Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 15. November 1908. **Nr. 46.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
H. Rosin, Berlin: Zur Lehre von der Erythrocytosis megalosplenica . . . 677
Peter König: Zur Therapie der Dottergangsfistel . . . 679
Hans Lungwitz, Berlin: Par nobile fratrum: Lactagol — Jodvasogen . . . 680
Referate:
Otfried O. Fellner, Wien: Die Asepsis in der Gynäkologie 683
Jul. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilidologie . . . 683
M. Halle, Charlottenburg: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 684
M. Hirsch, Kudowa: Balneologie . . . 685
F. Tripold, Abbazia: Klimatotherapie und Thalassotherapie . 687
M. Peltzer, Steglitz: Militärmedizin . . . 689
M. Peltzer, Steglitz: Soziale Medizin . . . 689
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 690
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 690
Technische Neuerscheinungen:
Nacke, Berlin: Perforatorium (Ref.: M. Plien, Berlin) . . 691
Bücherbesprechungen: . . . 691
Veckenstedt: Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose (Ref.: M. Halle, Charlottenburg) . 691
A. Krücke, München: Aerztliches Vademekum und Taschenkalender für 1909 (Ref.: Esch, Bendorf a. Rh.) . . . 691
Therapeutisches Jahrbuch, XVIII. Jahrgang (Ref.: W. Krüger, Magdeburg) . . . 691
Allgemeines . . . 692

ORIGINALIEN.

Zur Lehre von der Erythrocytosis megalosplenica.

(Polycythämie; Polyglobulie mit Milztumor.)

Von Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin.

Am 15. Oktober 1908 stellte sich mir eine Patientin von 52 Jahren mit folgenden Angaben vor:

Vor fünf Jahren sei sie erkrankt mit starken Kongestionen zum Kopfe, Schwindelanfällen und Schweißausbrüchen. Sie sei von diesen Beschwerden nahezu alltäglich sehr belästigt worden, habe hochrot ausgesehen und die Rötung des Gesichts und der Augen als Brennen sehr unangenehm empfunden. Dazu sei bald eine Reihe von Beschwerden hinzugetreten: erstens Anfälle von heftigem linksseitigen Flimmerskotom mit folgendem starken halbseitigen Kopfschmerz auf der entgegengesetzten Seite. Solche Anfälle kamen viermal im Laufe der fünf Jahre vor. Ferner wurden fünfmal stundenlang dauernde Herzpalpitationen, die mit unregelmäßigem Pulse und starkem Schwächegefühle (ohne Polyurie) einhergingen, in diesem Zeitraum beobachtet. Der letzte Anfall im letzten Sommer währte 5 Stunden, die früheren dauerten 7—8 Stunden. Im letzten Jahre hat sich dann noch eine dritte Erkrankung hinzugesellt, nämlich Anfälle von heftigen Koliken in der Gegend der linken Niere mit Abgang von viel Sand, im ganzen drei heftige Anfälle, die einige Stunden dauerten und mit Morphiumeinspritzungen etc. bekämpft wurden. Außerdem sei die linke Seite stets sehr empfindlich. Im Urin sei im letzten Jahre etwas Eiweiß und sehr viel Harnsäure gefunden worden.

Was die bisherige Behandlung anbelangt, so habe Patientin im vergangenen Jahre noch vor den oben genannten Kolikanfällen — im Sanatorium Wittelsbach in München — unter Behandlung von Friedrich Müller gestanden. Dort sei die Diagnose Polycythämie gestellt und über 10 Millionen rote Blutkörperchen in 1 ccm Blut gezählt, sowie eine Milzgeschwulst gefunden worden. Die Behandlung war eine vorwiegend hydrotherapeutische. Im letzten Jahre habe sie wegen der Nierenbeschwerden Karlsbad besucht.

Zurzeit fühle sie sich verhältnismäßig beschwerdefrei bezüglich der Kongestionen und des Schwindels, dagegen beunruhige sie die Nierenkolik, die zuletzt im September nach der Karlsbader Kur aufgetreten sei.

Die Untersuchung der Patientin ergab nun folgendes: Es handelte sich um eine wenig gut ernährte, etwas magere Frau. Das Aussehen der Haut und der Schleimhäute bot nichts besonders Abnormes. Zwar war die Gesichtshaut ein wenig gerötet, die Conjunctiva leicht injiziert, es wurde aber jede auffällige Röte vermißt. Nirgends am Körper ausgedehnte, besonders geschlängelte Venen, keine Varicen, keine Oedeme.

Unter den inneren Organen fiel zunächst ein sehr großer Milztumor auf. Er war auf Druck nicht schmerzhaft und überragte mehr als handbreit den Rippenbogen und ging fast bis zum Nabel hin; die Oberfläche war glatt, der Rand stumpf mit deutlicher Inzisur. Die Größenverhältnisse betrugen ca. 27 cm Länge und 16 cm Breite. Aber auch die Leber erwies sich vergrößert, sie ragte in

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

der Mammillarlinie ca. 6 cm unter dem Rippenbogen hervor, während sie nach oben im Verlaufe absoluter Dämpfung bis zur normalen Stelle (unterer Rand der 6. Rippe) ging. Sie war zwar glatt, doch etwas druckempfindlich und der untere Rand stumpf. Nach links hin verjüngte sie sich rasch, so daß der linke Leberlappen keine besondere Vergrößerung erkennen ließ.

Weiterhin fiel es auf, daß man beide Nieren abtasten konnte; die linke Niere ließ sich trotz der großen Milz unter ihr und etwas nach außen fühlen, sie war abnorm beweglich, fühlte sich etwas groß an und lag etwas verschoben, so daß der obere Pol nach vorn getreten war. Sie war auf Druck recht schmerzhaft, bei der Atmung nicht verschieblich. Die rechte Niere war ebenfalls als besonders groß unter der Leber zu fühlen, zwar in richtiger Lage, aber beweglich und mit der Leber bei der Atmung etwas verschieblich. Auch sie war auf Druck etwas empfindlich.

Das Herz zeigte bei der Untersuchung mittels starker Perkussion eine geringe Verbreiterung nach rechts; bei mittelstarker Perkussion ging die absolute Dämpfung nur bis zur linken Sternallinie, die relative aber bis fast zum rechten Sternalrande; bei leiser Perkussion sogar bis ca. 2 cm nach rechts von der rechten Sternallinie. Nach links hin waren die Verhältnisse normal, dabei war die Dämpfungsfigur trotz ihrer Breite wenig hoch, so daß man eine Drehung der Längsachse des Herzens nach der Horizontalen zu wohl annehmen konnte. Spitzenstoß schwach an normaler Stelle. Ziemlich reine, nirgends accentuierte Töne. Puls weich, 88. An den übrigen Organen fand sich nichts Besonderes, nur die rechte Lungenspitze über der Clavicula zeigte bronchiales Exspirum namentlich hinten, wie so häufig auch bei sonst klinisch gesunden Personen.

Der Urin enthielt etwas Eiweiß, mit Esbach nicht bestimmbar, da der große Harnsäurereichtum eine Verdünnung notwendig machte, der verdünnte Urin aber kein meßbares Sediment ausfallen ließ; doch überschritt die Menge sicher nicht 0,1 pro Mille. Das Sediment zeigte zahllose Kristalle von Harnsäure, einige wenige hyaline resp. fein granulierte Zylinder, ziemlich reichlich ausgelaugte rote Blutkörperchen und nicht wenige Nieren- und Nierenbeckenepithelien, sowie Leukozyten, dazu runde Platten- und Vulvaepithelien. Spektroskopisch war Blut nicht nachweisbar, auch nicht mit Guajakharz, wohl aber mit der Hellerschen Probe. Außerdem fand sich ein nur schwacher Urobilinstreifen bei F.

Die Blutuntersuchung ergab nun folgendes überraschende Ergebnis: Die Zahl der roten Blutkörperchen war keineswegs vermehrt, sondern, wie zu erwarten war, normal. Zwei Untersuchungen ergaben nur 3,5 Millionen im Kubikzentimeter. Um so auffälliger war die enorme Vermehrung der weißen. Es waren einmal 48 000, einmal 52 000 zu zählen. Daneben zahlreiche Blutplättchen. Ohne die voraufgegangene Anamnese hätte das frische Blutpräparat auf den ersten Anblick die Diagnose Leukämie stellen lassen. Von dieser Diagnose mußte jedoch nach Färbung des Präparates (Eosin-Methylenblau) Abstand genommen werden. Denn das Blutbild entsprach weder dem der lymphatischen, noch dem der myelogenen Leukämie. Es überwogen, wie auch im gesunden Blute, die polynukleären neutrophilen Leukozyten im Gesamtbild. Es waren ca. 80% zu zählen, die übrigen 20% der weißen Blutkörperchen freilich ließen eine Verschiebung von der Norm deutlich erkennen. Ganz auffallend gering war die Zahl der Lymphozyten, die bis ungefähr auf ein Zehntel ihres normalen Vorkommens, bis auf 2% zurückgedrängt waren, dafür zeigten sich recht reichlich eosinophile Zellen zu etwa 12%, und unter ihnen fielen große mononukleäre, also unreife Elemente auf, die etwa ein Zehntel der eosinophilen Zellen ausmachten. Der Rest der 8% Zellen bestand etwa zur Hälfte aus dicht gekernten Mastzellen, zur Hälfte aus großen einkernigen Elementen mit zum Teil granulationslosem Protoplasma, die man wohl als unreife Myelozyten anzusprechen hat.

Hätte mir nicht die noch genauer zu besprechende Anamnese zu Gebote gestanden, die mir einen diagnostischen Anhaltspunkt gab, so wäre es mir schwer gefallen, eine einheitliche Erklärung für den scheinbar so verschiedenartigen, ja widerspruchsvollen Organbefund zu geben. Denn es fand sich 1. eine harnsaure Diathese, bei der Nierenkoliken vorkamen, 2. eine Leberschwellung, 3. Zeichen von Herzmuskelschwäche, 4. ein Milztumor ohne Drüsentumoren mit einem Blutbefund, der sich im wesentlichen als eine enorme, sonst nie beobachtete Leukozytose charakterisieren ließ. Neben den kolossal vermehrten Leukozyten aber waren doch noch in dem Rest der weißen Elemente abnorme Vermehrungen von Mastzellen und Eosinophilen, ferner das Auftreten von Myelozyten zu beobachten, während die Lymphozyten außerordentlich vermindert erschienen. Alles in allem eine absonderliche Störung des weißen Blutbildes.

Allein die Anamnese gab die nötige Aufklärung. Es waren mehrere Jahre hindurch die Erscheinungen der Erythrocytosis megalosplenica (Polycythämie) voraufgegangen. Im Münchener Sanatorium waren 10 Millionen rote Blutkörperchen gezählt worden. Damals bestand auch ein charakteristischer Symptomenkomplex: hochgradige dunkle Rötung der Gesichtshaut und der Schleimhäute, Schwindel und Kongestionen, Kopfschmerz und Flimmerskotom. Dieser Zustand hat bis in die letzte Zeit hinein angedauert. Zurzeit aber — und das erscheint mir das Bemerkenswerteste und bisher nicht Beobachtete zu sein — befindet sich die Patientin in einem Zustande völliger Remission der Vermehrung des roten Blutbildes. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist eher vermindert, dementsprechend das Aussehen normal. Schwindel, Kongestionen sind zurzeit nicht vorhanden, kurz jedes Symptom, was auf Erythrozytose schließen ließe, fehlt zurzeit.

Dafür ist die Zahl der weißen Blutkörperchen enorm vermehrt, um so mehr, als es sich um eine Leukozytose, nicht etwa um ein leukämisches Bild handelt. Denn im letzteren Falle hätte sich eine viel größere Vermehrung jener bekannten, zum Teil pathologischen Elemente unter den Leukozyten gezeigt und die Polynukleären wären umgekehrt zurückgedrängt worden.

Eine so hochgradige Leukozytenvermehrung ist bisher niemals und eine annähernd so hohe nur in wenigen der bisher beschriebenen (ca. 40) Fälle mitgeteilt worden. Es handelt sich um die Fälle von Montard, Martin und Lefus (31 000), von Türck (26 700 und 23 000), von Weintraud (30 000, 21 700, 36 800), von Reckzeh (22 000, 25 000). Auch der Milztumor gehört zu den größeren der bei der vorliegenden Krankheit beobachteten. In einigen dieser Fälle ist bekanntlich Milztuberkulose festgestellt worden. Bei unserer Patientin sprach sonst nichts, auch nicht der Lungenbefund für Tuberkulose.

Ob die starke Leukozytose ein günstiges Zeichen, etwa eine Unterstützung des Heilungsvorganges bedeutet, wage ich ebensowenig anzunehmen, wie überhaupt, daß die Patientin schon auf dem Wege der Heilung und nicht nur in einem augenblicklichen Remissionszustande sich befindet.

Schließlich noch — ich übergehe an dieser Stelle die Leber- und Nierenschwellung sowie die Herzstörungen — eine kurze Bemerkung über die Harnsäureausscheidung, die Nierenkoliken und das Eiweiß. Auch in anderen Fällen von Erythrozytose wurde eine Uratdiathese beobachtet, und Weintraud weist mit Recht darauf hin, daß diese aus der Vermehrung der Leukozyten, d. h. des Kernzerfalls, ebenso wie bei Leukämie, zu erklären ist. Auch hier stehe ich nicht an, den Nierengries mit der enormen Leukozytose in Verbindung zu bringen, das heißt den erhöhten Nukleinzerfall dafür verantwortlich zu machen.

Die Schmerzen im linken Hypochondrium könnten jedoch auch auf den Milztumor bezogen, nicht etwa auf eine Konkrementbildung zurückgeführt werden. Denn alle Fälle mit Milztumor klagten über Schmerzen in der Milzgegend. Die Eiweißausscheidung freilich braucht nicht mit der Konkrementbildung (als Nierenreizung) in Verbindung zu stehen. Sie ist fast ausnahmslos beobachtet worden. Auffällig ist nur in unserem Falle ihr Fortbestand trotz Besserung des roten Blutbildes. Daß endlich das Knochenmark sich zurzeit in einem gereizten Zustande befindet, beweist das, wenn auch geringgradige Vorkommen sonst nicht vorhandener Myelozyten im Blute.

Auf die Therapie der Erkrankung hier einzugehen, erübrigt sich, da unsere Kenntnisse noch völlig negative sind, und da die neuesten Beobachtungen Senators (Erhöhung des respiratorischen Quotienten) und Lommels (mangelnde Bindung des Sauerstoffes an das Hämoglobin) aus äußeren Gründen nicht nachgeprüft werden konnten. Doch soll noch einmal ausführlich nach weiterer Beobachtung auf den Fall zurückgekommen werden; bietet er doch durch den Zustand der Remission mit gleichzeitiger enormer Leukozytose eine eigenartige neue Tatsache.

Aus der Heimstätte in Berlin N. 20, Drontheimer Str. 39
(leitender Arzt: Dr. med. Bruno Bosse, Frauenarzt und Chirurg.)

Zur Therapie der Dottergangsfistel.

Von cand. med. et phil. **Peter König**.

Während der ersten acht Wochen seines intrauterinen Lebens bestreitet der Embryo seinen Stoffwechsel bekanntermaßen aus dem Nahrungsvorrate, der ihm im Dottersacke oder Nabelbläschen (das ist der sich nicht weiter entwickelnde Teil der Keimblase) zu Gebote steht. Zu diesem Zwecke findet sich zwischen dem Anhangsgebilde Dottersack und der durch Differenzierung des Kopf- und Schwanzendes gewonnenen Urdarmhöhle des embryonalen Leibes eine Kommunikation: der Dottergang (Duct. omphalo-entericus, -mesentericus, vitello-intestinalis). Hier bildet sich auch der erste fötale Kreislauf in Gestalt der Aa. und Vv. omphalo-mesaraicae, die den Nahrungsstoff der Dotterblase dem Embryo zuführen. Nach Ausbildung der Placenta (2. fötaler Kreislauf) macht das nunmehr überflüssige und verbrauchte Nabelbläschen mit seinem Dottergang eine retrograde Entwicklung durch: beide Organe obliterieren in der Regel und zwar soweit, daß man an der reifen Nachgeburt nur noch ein weißliches Bläschen zwischen Amnion und Chorion und allenfalls (Ahlfeld) einen ebensolchen Strang in der Nabelschnur finden kann.

Diese normale regressive Metamorphose der Dotterblase und des Dotterganges durch fortschreitende Entwicklung des Plazentarkreislaufs und allmählichen Schluß der Bauchdecken des Embryo wird relativ häufig dadurch gestört, daß der Dottergang ganz oder teilweise persistent bleibt. Durch solche Regressionsanomalien entstehen dann Entwicklungshemmungen und Mißbildungen.

Meckel hat zuerst vor ca. 100 Jahren diese Verhältnisse studiert; nach ihm wird die häufigste (2 Prozent aller Leichen) Form der Mißbildung als Meckelsches Divertikel bezeichnet: es ist ein dem Dünndarm etwa $\frac{1}{3}$—$1\frac{1}{3}$ m oberhalb der Ileozoekalklappe — meist gegenüber dem Mesenterialansatze — aufsitzendes, nicht selten am Ende erweitertes, handschuhfingerförmiges, frei in der Bauchhöhle flottierendes Anhängsel, das eine Länge von $2\frac{1}{2}$—14—30 cm und einen Durchmesser von $1\frac{1}{4}$—5 cm haben kann.

Seitdem sind noch allerlei sekundäre biologische und entzündliche Prozesse aufgedeckt worden, welche die Mißbildungen soweit komplizieren können, daß Roth (Virch. Arch. Bd. 86, pag. 371) je nach dem Grade, dem Sitze, der Ausdehnung und je nach dem Verhältnisse derselben zum Ductus omphalomesaraicus folgende Einteilung hat aufstellen können:

1. Das gewöhnliche Meckelsche Divertikel; es liegt:
   - a) in der Bauchhöhle, innerhalb deren es frei endigt als ligamentöser Fortsatz oder als mehrere freiflottierende Fäden,
   - b) seltener in einem Bruchsacke,
   - c) sehr selten intramesenterial.
2. Das adhärente Divertikel; die Verwachsung mittels seines blinden Endes oder eines Stranges (Rest der Vasa omphalomesaraica) findet sich gewöhnlich am Nabel.
3. Das offene Divertikel; es mündet am Nabel aus
   - a) als offenes Divertikel im engeren Sinne,
   - b) überragt von einem kleinen Wandprolaps,
   - c) überragt von einem roten, hohlen Anhange,
   - d) kompliziert durch sekundären Darmprolaps.
4. Das Divertikel ist der Ausgangspunkt von Retentionsgeschwülsten (Enterokystomen), wobei
   - a) die Kommunikation mit dem Darm erhalten,
   - b) unterbrochen ist.

Anmerkung: In dieser Aufstellung ist der ähnlichen, am Nabel vorkommenden, aber vom Urachus ausgehenden Anomalie, der Urachusfistel, nicht gedacht worden; sie kann entweder komplett oder inkomplett sein, je nachdem sie mit der Blase kommuniziert oder nicht.

Jede der aufgeführten Spielarten, die das Schicksal in seiner Laune dem Dottergange verleiht, hat seine besondere Pathologie und bietet dem Arzte ebensoviel Gelegenheit, seine diagnostische und therapeutische Kunst zu zeigen, wie dem Forscher wissenschaftlich Interessantes. Für den, der sich näher über das Schicksal des Dotterganges orientieren will, möge der Hinweis auf die ausführliche Arbeit von Dr. A. Dreifuß, Das Diverticulum ilei genügen (Zentralblatt für die Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1905, VIII. Bd.), eine Schrift, die in übersichtlicher Weise über alles Wissenswerte berichtet und deren besonderer Wert in dem sorgfältigen Literaturverzeichnisse liegt, welches die Jahre 1700—1905 umfaßt.

Wenn wir dieser Literatur unsererseits einen neuen Fall hinzuzufügen wagen, so geschieht es nur, um für die Fälle von Dottergangsfistel am Neugeborenen eine ganz bestimmte operative Therapie in Vorschlag zu bringen, welche geeignet ist, bereits in frühester Jugend allen zukünftigen Eventualitäten durch Radikaloperation die Spitze abzubrechen.

Unser neugeborenes Kind, Erich H., zeigte seit dem spontanen Abfall des Nabelschnurrestes am Nabel eine hochrote, himbeerartige, anfangs erbsen-, später nußgroße, kuglige Geschwulst, die mit spärlichem, nicht riechendem, etwas schleimigem Sekret bedeckt war. Auf dem Tumor, der übrigens das Kind nicht genierte, fand sich niemals etwas für Fäces oder zersetzten Urin Charakteristisches vor. Der Tumor war bei Betastung von außen sammetweich, bei Kompression zwischen zwei Fingern gab er eine gewisse Resistenz; bei genauerer Betrachtung seiner Basis zeigte es sich, daß er aus dem ziemlich engen Nabelring knopfförmig hervorragte. Auf seiner Kuppe trug er eine Delle; eine mittelfeine Knopfsonde sank beim Aufsetzen auf diese Delle, ohne wesentlichen Widerstand zu finden, etwa 5 bis 6 cm weit in einen engen Kanal, um dann Halt zu machen. Um die Geschwulst herum hatte sich ein Ekzem gebildet, wie es durch Mazeration auf der Oberhaut hervorgerufen zu werden pflegt.

Publ

Bei der Diagnose mußte man — ganz abgesehen von den von vornherein auszuschließenden Nabelgranulomen und Abdominalabszeßfisteln — denken an 1. eine offene Dottergangsfistel, 2. eine offene Urachusfistel, 3. eine Magendivertikelfistel. Die Abwesenheit von Harn und saurem Magensaft ließ nur die erste Möglichkeit offen. Die Differentialdiagnose wurde also zugunsten des offenen Meckelschen Divertikels mit sekundärem Schleimhautprolaps gestellt (siehe die Rothsche Einteilung 3c). Eigentümlich blieb nur dabei, daß in selbst mehrwöchiger Beobachtung keine Spur von Darminhalt auf dem Tumor bemerkt worden war.

Es wurde sofort ein blutiger Eingriff in Aussicht genommen, aber wegen der zarten Konstitution des Neugeborenen und wegen absoluten Mangels jeglicher Beschwerden seitens der Verdauungsorgane aufgeschoben. Mittlerweile wurde das Kind mit antiseptischer Salbe (Arg. nitr. c. balsamo peruv.) verbunden und an der Mutterbrust mit gutem Erfolge großgezogen.

Am 2. Mai 1908, in der 12. Lebenswoche des Kindes, wurde zur Operation (Dr. Bosse) geschritten. In Aethertropfnarkose bei offener Maske wurde nach gehöriger Desinfektion der Nabel in Wetzsteinform umschnitten. Es blutete kaum, so daß Unterbindungen nicht nötig wurden. Nachdem die Faszie erreicht war, wurde der dünne Stiel der Geschwulst stumpf isoliert. Es erwies sich, daß derselbe sich durch den eben linsengroßen Nabelring ins Abdomen fortsetzte. Ein ovoider Schnitt durch Faszie und Peritoneum in einiger Entfernung vom Nabelring eröffnete vorsichtig die Bauchhöhle, zum Teil auf der untergeschobenen Kochersonde. Nunmehr bot sich folgendes Bild: Der umschnittene, mit einer Kornzange elevierte Nabeltumor stand durch einen 5 cm langen Strang mit dem Dünndarm in Verbindung. Eine Knopfsonde drang jetzt unschwer von der Höhe der Geschwulst durch den Strang in den Dünndarm nach aufwärts und abwärts ein; bei nicht angespanntem Strang dagegen machte sie vor der Einmündung desselben in die Dünndarmschlinge Halt. Hier zog sich nämlich ein strafgespanntes, 3 mm breites, gefäßloses Mesenteriolum vom Mesenterialansatz des Dünndarmes zum Divertikel hinüber. Nunmehr wurde mittels der kleinen Zweifelschen Quetschzange zur Appendixamputation der Nabeldarmgang kurz über seiner Insertionsstelle am Dünndarm zum ersten Male und einige mm peripheriwärts davon zum zweiten Male durchgequetscht und nacheinander jede Quetschfurche mit einem kräftigen Seidenfaden ligiert; die Durchtrennung befolgte mit scharfem Skalpell zwischen den zwei Ligaturen. Der am Darm zurückgebliebene Duktusstumpf wurde mit drei feinen Seidennähten in die Dünndarmwand eingestülpt und übernäht. Danach Reposition der prolabierten Darmschlingen durch den 3 cm langen Bauchdeckenschnitt und Schluß desselben mittels durchgreifender Seidenknopfnähte. Kollodiumverband.

Post operationem erholte sich das Kind bald, nahm bald darauf gierig die Brust und erlitt in den nächsten Tagen keinen Gewichtsverlust. Kein Fieber. Heilung per primam, so daß am achten Tage die Nähte der Bauchdecken entfernt werden konnten.

Durch den Operationsbefund charakterisiert sich also der vorliegende Fall als ein offen gebliebenes und in die Nabelschnur hineinreichendes Meckelsches Divertikel, welches ganz nach Analogie des allgemein geläufigeren und bekannteren Darmanhanges, der Appendix, sein eigenes Mesenteriolum besaß. Bei der Geburt war die Nabelschnur in der üblichen Weise von der Hebamme unterbunden worden, ohne daß etwas Besonderes an derselben auffiel. Erst nach Eintrocknung und dem Abfall des Nabelschnurrestes sahen die Wochenpflegerinnen die Abnormität, die sie nicht deuten konnten. Anfangs klein, vergrößerte sich der himbeerfarbene Tumor bis zu einer konstanten Größe unter dem Einfluß der Bauchpresse, indem die ganze Dicke der Wand, nicht die Schleimhaut allein prolabierte. Ein weiteres Nachziehen von Dünndarmwand, wie es sonst wohl öfter unter Bildung eines Spornes vorkommt, wurde wahrscheinlich durch das Mesenteriolum verhindert, welches am oralen Rande des Divertikulum auch eine scharfe Abknickung verursachte, so daß nicht einmal Dünndarminhalt die enge Stelle passieren konnte. Das Divertikel entsprang mehr dem Mesenterialansatz. Einen besonderen Ventilmechanismus sahen wir hier nicht. Daß es sich um Dünndarmwand handelte, wurde mikroskopisch verifiziert.

Die Therapie der Dottergangsfistel ist, nach der Literatur zu urteilen, bisher eine bedenklich vielseitige gewesen. Mit mehr oder minder großem Erfolge hat man versucht, durch Aetzungen, Kompressionsverbände oder Kauterisation der Fistelränder und des Wandprolapses selbst die Fistel zu schließen. Schleimhautprolapse wurden auch abgebunden oder mit dem Skalpell abgetragen. Andere wiederum umschnitten den Nabel in den oberen Schichten und versuchten durch eine einfache Naht die Fistel zu beseitigen usw. Alle diese recht harmlosen, aber dafür auch nicht radikalen Eingriffe belassen die Materia peccans in der Bauchhöhle und dem Nabelringe. Und der Träger dieser Mißbildung läuft für sein ganzes späteres Leben Gefahr, einen zunehmenden Darmprolaps durch weitere Umstülpung des Divertikels, einen Nabelbruch, eine Inkarzeration des Dünndarms und Ileus, einen Volvolus durch Knotenbildung, einen hochsitzenden Anus praeternaturalis an der Stelle, Zystenbildung, eine Diverticulitis, ganz ähnlich der Appendicitis, eine herniöse Einklemmung usw. zu bekommen, — wahrlich Gefahren und Folgezustände, welche schwer genug sind, um eine Radikaloperation so früh wie möglich als zulässig erscheinen zu lassen. Eine nach Obliteration der Nabelschnurgefäße unter aseptischen Kautelen in Aethertropfnarkose ausgeführte Laparotomie hat dagegen selbst in diesem zarten Alter ein so geringes Risiko, daß man sie getrost wagen kann, wie der vorstehende Fall zeigt. Es kommt einem dabei zugute, daß man in der Linea alba fast ohne Blutvergießen operieren kann und daß man in der kleinen, auf dem Prinzipe der Doyenschen aufgebauten Zweifelschen Darmquetsche ein Instrument besitzt, welches Darmdurchtrennungen gestattet, ohne daß eine Spur von Kot das Peritoneum zu berühren braucht. Wir stehen auf Grund dieser Erfahrung nicht an, die Radikaloperation als unbedenklich anzusehen. Stierlin 1897 und Körte 1898 (beide in der Deutschen mediz. Wochenschr.) haben zuerst diese radikale Therapie angebahnt; Alsberg hat sie mit Recht als „prophylaktische Resektion“ bezeichnet; die technischen Schwierigkeiten, die er hatte, sind durch das oben geschilderte Verfahren behoben; wir ziehen die Exzision des Nabels 1. als Prophylaktikum vor und 2. aus dem Grunde, weil nur sie einen vollendeten Ueberblick über die intrabdominellen Verhältnisse schafft und beim Eindringen in die Bauchhöhle mit einiger Sicherheit außerhalb des Bereichs der pathologischen Stellen führt.

Par nobile fratrum: Lactagol — Jodvasogen.

Von **Hans Lungwitz**, Berlin.

Kaum war mein Artikel, der den Wert und die Vertriebsweise des Lactagols gebührend beleuchtete, in Nr. 42 dieser Wochenschrift erschienen, als sich ein gewisser Herr Hesse bei mir meldete.

Dieser Herr Hesse kam mit geschlossenem Visier, und ich war einigermaßen überrascht, als er sich im Laufe des Gesprächs als ein Abgesandter der Firma Pearson & Co. in Hamburg entpuppte und mich nach allen Regeln der Kunst zu bearbeiten versuchte. Unter den wenigen Herren, die bei derartigen Gelegenheiten als Parlamentäre überhaupt

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

in Frage kommen, ist Hesse nicht der ungeschickteste; ich kann ihn durchaus empfehlen!

Nachdem mir Herr Hesse in eindrucksvollen Worten auseinandergesetzt hatte, welch schweren Fehler ich begangen habe, eine so angesehene Firma wie Pearson & Co. anzugreifen, welch großen Einfluß ein gewisser Herr Estermann, der Geschäftsführer bei Pearson, auf die beiden Verbände der chemisch-pharmaz. Fabriken habe, wie eng der Süden mit dem Norden in der Lactagolfrage liiert sei, wie sehr ich den Tadel meines Verlegers (!!) verdiene usw. usw., nachdem ich durch die schwere Wucht all dieser Auslassungen mürbe geworden sein konnte (wie Hesse wohl glaubte), ging mir allmählich die Sonne seines väterlichen Wohlwollens auf, und ich erfuhr, daß die Firma Pearson & Co. ev. geneigt wäre, mir reuigem Sünder zu verzeihen, ja in ihrer Güte sogar noch feurige Kohlen auf mein Haupt zu sammeln — in Form von Inseraten! Die Bemerkung am Fuße meines Lactagol-Artikels, daß ich über ein zweites Präparat noch berichten wolle, schien Herrn Hesse besonders zu kitzeln; es lag ihm offenbar so viel daran, daß dieser zweite Artikel nicht erschiene, daß er es auf eine Abfuhr auf seinen diskreten Versuch, mich durch Inserate zu gewinnen, ankommen ließ. Die Abfuhr bezog er denn auch — eine zweite darauf von meinem Herrn Verleger, an den er sich als die Instanz gewandt hatte, die am besten in der Lage sei, mich kirre zu machen.

Ich berichte über diesen Vorfall aus zwei Gründen. Einmal um offen an den Pranger zu stellen, auf welche Methode die Firma Pearson & Co., d. i. Estermann einem erfolgten Angriffe zu begegnen und einem weiteren aus dem Wege zu gehen versucht. Die Art und Weise, wie die Herrschaften auf meinen Artikel reagierten, ist charakteristisch und interessant. Ein Angegriffener pflegt sich doch zu verteidigen! Warum findet die Firma Pearson & Co. kein Wort zur Abwehr, nachdem sie sich in ihrer Lactagol-Broschüre und in ihrem Hebammen-Kalender nicht gerade als mundfaul erwiesen hat, wo sie ad majorem Lactagoli gloriam predigt? Verteidigen Sie sich doch, Herr Estermann, wenn Sie können! — Ja, wenn Sie können! Hinc illae lacrimae! Sie können nicht! Sie würden sich blamieren, wenn Sie versuchen würden, meine Kritik auf dem allein richtigen Wege zu entkräften! Ei freilich, ein kluger Geschäftsmann macht solch unangenehme Sachen lieber durch ein paar Tausend Mark für Inserate im Stillen ab. Virtus post nummos!

Darf man Sie, Herr Estermann, fragen, ob Sie im Verkehr mit Redakteuren und Verlegern so wenig oder so gute Erfahrung (in Ihrem Sinne!) zu verzeichnen haben, daß Sie es wagen, uns mit einem solchen Kuhhandel vor die Augen zu treten? — Oder haben Sie etwa geglaubt, bei uns ein besonders leichtes Spiel zu haben? Ein guter Menschenkenner scheinen Sie nicht zu sein, auch fehlt es Ihnen noch an Personenkenntnis! Sie müssen sich besser orientieren, Herr Estermann!

Also die Sache liegt so: eine Verteidigung ist nicht möglich; eine Abstellung der von mir gebrandmarkten Auswüchse ebenfalls nicht — sonst müßte und würde Lactagol in den Orkus hinabfahren, und das kann sich die Firma Pearson & Co. vorläufig nicht antun. Um Vogel-Strauß-Politik zu treiben, dazu ist die Sache zu ernst. Bleibt nur der Weg, den Estermann einschlug. Da er nicht zum Ziele führte, benutzte Estermann seinen Einfluß auf die chemische Industrie, um zu versuchen, meiner Zeitschrift das Leben sauer zu machen. Die Firma Pearson & Co. „verteidigt" sich also, indem sie sich rächt!!

Ich habe nämlich u. a. erfahren, daß Estermann in einem Zirkular auf meinen „Schmähartikel" hinweist — in einem Zusammenhange, dessen Kombination deutlich genug sein dürfte. Oder hat Estermann für meine Zeitschrift und mich Reklame machen wollen? Oder vielleicht gar für Lactagol?

Ich denke allerdings zu hoch von der chemischen Industrie, als daß ich Herrn Estermann zu dieser famosen Parade beglückwünschen könnte. Er scheint den Firmen im allgemeinen ein schlechtes Gewissen zuzutrauen, wenn er gewissermaßen an sie appelliert, eine Zeitschrift schlecht zu behandeln, die gegen unreelle und unsaubere Geschäftspraktiken Front macht und wertlose Präparate gebührend kennzeichnet. Mit einer solchen Bloßstellung wird er sich wenig Dank erwerben! Die chemischen Fabriken mögen die Frage beantworten, ob sie durch eine Bundesgenossenschaft mit der Firma Pearson & Co. ihr Ansehen und ihre Position verbessern oder verschlechtern!

Nun, mein Sorge soll das nicht sein. Meine Sache ist es vielmehr, bei dieser Gelegenheit — ich komme jetzt auf den zweiten Grund meiner Mitteilung zu sprechen — coram publico die Frage an die Firma Pearson & Co. zu richten, ob sie wirklich auch nur einen Moment so naiv war, zu glauben, daß wir uns bestechen ließen, ja daß wir überhaupt ein Inserat des Lactagols in unsere Zeitschrift aufgenommen hätten, nachdem ich den wahren Wert des Präparates und die unverantwortliche Vertriebsweise gekennzeichnet hatte. Wenn die Firma Pearson & Co. wirklich so kindlich war, so sei ihr hier wiederholt, was ich ihrem Vermittler bereits gesagt habe: ich diene der Wahrheit. Für mich gibt es keine krummen Pfade und keine Schleichwege! Ich sehe das Amt, zu dem ich berufen bin, auch als ein Richteramt an, das mich befugt, nach den Gesetzen, die mir die Wahrheit, die Wissenschaft und die Ehre vorschreiben, mitzuhelfen an der Säuberung des Arzneimittel-Marktes von allerlei Unrat, der schon allzu lange gen Himmel stinkt. Wenn Sie, Herr Philipsohn oder Estermann oder Hesse, glauben, daß ich mich in diesen Bestrebungen durch plumpe Versuche nach Art des vorgefallenen irre oder kirre machen lasse; so sind Sie gewaltig auf dem Holzwege. Ich weiß, daß ich bei meinen Bestrebungen nicht nur die Aerzte, sondern (wie mir eine maßgebende amtliche Persönlichkeit neulich schrieb) die ernsthafte chemische Industrie und die Apotheker hinter mir habe.

Nicht nur das Lactagol verdient „die geradezu vernichtende Kritik" (cf. Referat in der Apotheker-Ztg., Nr. 85), die ich ihm habe zu teil werden lassen, — ich will sofort den Beweis erbringen, daß die Firma Pearson & Co. mit einem zweiten Präparat das Vertrauen der Aerzte und Apotheker schon seit langem mißbraucht und, auf die leider notorische Indolenz und die Unmöglichkeit eingehender Kritik seitens des beschäftigten Praktikers reflektierend, eine falsch deklarierte Spezialität, die noch dazu höchst überflüssig ist, in den Handel bringt. Ich meine das **Jodvasogen.** Die Firma ist vor Jahren gewarnt worden — nicht von medizinischer, sondern von pharmazeutischer Seite. Bereits im Jahre 1905 ist ihr in der Apoth.-Ztg. 54 und 59 und in diesem Jahre in der Pharm. Ztg. Nr. 52 etc. die Unrichtigkeit ihrer Angaben über Jodvasogen nachgewiesen worden. Aber das hat sie nicht weiter geniert. Es ist traurig, daß es Pearson & Co. möglich war, die Aufdeckung Ad. Korndörfers, F. Zerniks u. a. stillschweigend zu übergehen; es ist sehr bedauerlich, daß die damals angeregte Frage nicht in weiteren Kreisen bearbeitet und erledigt wurde, am beschämendsten aber ist es, daß die Firma unentwegt ihre falschen Angaben weiter beibehielt — noch dazu, wie es scheint, unbeschadet ihrem Ansehen! Man muß sich bloß fragen, wo da das kaufmännische Ehrgefühl bleibt, wenn man schon vom moralischen absieht! Was soll man von einer Firma denken, die auf den mehrfach mit vollem Rechte erhobenen Vorwurf falscher Deklarierung überhaupt nicht

Public

reagiert, die auf einen mit demselben Rechte gegen Lactagol gerichteten Angriff mit einem Bestechungsversuch antwortet! Wirkt das Gebahren einer solchen Firma, die noch dazu eine führende Rolle zu spielen scheint, nicht geradezu depravierend auf die chemisch-pharmazeutische Industrie?

Wer eine Originalpackung 6%iges Jodvasogen in die Hand nimmt, findet auf dem Etikett die folgende Zusammensetzung angegeben:

Vasogeni 94%
Jodi 6%

Jeder normale Mensch wird nun annehmen, daß im Jodvasogen 6% Jodum (resublim.) enthalten sei, aber die Präparate der Firma Pearson & Co. darf man nicht mit gewöhnlichem Verstande ansehen, das vertragen sie nicht! Nach Korndörfers, Zerniks u. a. Untersuchungen, die zum Ueberfluß durch weitere demnächst erscheinende Analysen bestätigt werden, enthält Jodvasogen keine Spur freies Jod, sondern fast alles Jod an Ammonium gebunden (bis auf 0,18%, das an Fettsäuren gebunden ist). Der Nachweis ist sehr leicht zu führen: weder erzeugt Jodvasogen auf der Haut echte Jodflecke, noch gibt es die Stärkereaktion. Und trotzdem schreibt Pearson unentwegt auf seine Etiketten: Jodi 6%!

Die gen. Autoren haben dann weiterhin den positiven Nachweis erbracht, daß das Jod als Jodammonium im Jodvasogen enthalten ist. Es erübrigt sich, an dieser Stelle auf die chemischen Methoden des Nachweises einzugehen: es genügt, zu sagen, daß sie einwandfrei sind und einwandfreie übereinstimmende Resultate lieferten. Und trotzdem schreibt Pearson & Co. unentwegt auf die Etiketten: Jodi 6%! Vielleicht wird Pearson sagen, das Jodvasogen werde in der Tat aus 94% Vasogen und 6% Jod hergestellt und wird mit Hilfe dieses Kniffs sich aus der Affäre zu ziehen versuchen. Ich kann mir zwar denken, daß er sich auch gegen diesen Angriff nicht verteidigen wird, aber möglich ist der Einwand eventl. auch von anderer Seite. Daher will ich gleich jetzt bemerken, daß es natürlich gleichgültig ist, welche Ingredienzien Pearson zu seinem Jodvasogen verwendet — falsch deklariert bleibt das Präparat trotz alledem, weil es eben nicht freies Jod, sondern fast ausschließlich Jodammonium enthält. Es ist nun mal nicht zu ändern: P. läßt sich auch beim Jodvasogen Dinge zu schulden kommen, die ihn ebenso sehr wie sein berühmtes Lactagol bloßstellen und aufs äußerste diskreditieren.

Ist man unter diesen Umständen noch geneigt, der Firma Pearson & Co. irgend etwas zu glauben? Wer möchte auf die Wahrheit der Behauptung schwören, die im Prospekt zu lesen ist: „Die Vasagene sind oxygenierte und mit Sauerstoffträgern angereicherte Kohlenwasserstoffe (Vaseline)“? Ich würde es nicht riskieren, zumal diese oxygenierten Kohlenwasserstoffe „durch Behandeln von Vaselinöl mit flüssigem Sauerstoff erhalten werden“ sollen. Ich vermute, daß sich die Firma Pearson & Co. die Herstellung wesentlich erleichtert. Wer wird sich denn so abplagen, mit flüssigem Sauerstoff noch dazu! Herr Estermann weiß doch, wie leicht er sich damit die Finger verbrennen kann! Es ist ja viel einfacher und harmloser, freilich weniger imponierend als flüssiger Sauerstoff, wenn man Vaselinöl, Spiritus, Salmiakgeist und Oelsäure mischt. Man erhält bekanntlich auf diese Weise das Vasoliment Roch-Bedall der Apotheker, das eine ganz verzweifelte brüderliche Aehnlichkeit mit dem „oxygenierten“ Vasogen zeigt. Prof. Kobert glaubt auch nicht an das „Vaselinum oxygenatum,“ denn auf Seite 132 seiner Pharmakotherapie steht zu lesen: „Durch Zusatz wohl von etwas ölsaurem Ammoniak zu Paraffinöl entsteht das Vasogen, welches sich dem Vaselinöl ähnlich verhält. Dem Prospekt nach soll es oxygeniertes Vaselin sein.“

In Arnolds bekanntem „Repetitorium der Chemie“ ist Vasogen als ein Gemenge von Paraffinöl (-Vaselinöl) mit Ammoniumoleat“ gekennzeichnet.

Also auch über das Vasogen selbst finden wir höchst unklare und unglaubwürdige Angaben der Firma. Was sagen Sie dazu, Herr Philipsohn und Estermann? — Aha, richtig! Notlügen — Fabrikgeheimnis! Da haben wir die Bescherung. Das Fabrikgeheimnis als Mantel des stolzen Spaniers! Was braucht jeder Neugierige zu wissen, was drunter steckt! Was geht es Arzt, Apotheker, Publikum an, wofür Pearson 1 M. pro 30 g sich bezahlen läßt! Das Fabrikgeheimnis ist allein schon nahezu 1 M. pro Flasche oder bei 40% Apotheker-Rabatt nahezu 60 Pfg. wert!

So wollen wir denn doch nicht rechnen! Sie dürfen uns ruhig verraten, ob und wie Sie Ihr Vaselinöl „mit Sauerstoff imprägnieren“. Die Lüftung dieses Fabrikgeheimnisses dürfte Ihnen keinen Abbruch tun. Wir wissen so wie so schon, daß das Vasoliment der Apotheken, hergestellt aus Paraffinöl, Spiritus, Ammoniak und Oelsäure, verblüffende Aehnlichkeit mit Ihrem Vasogen hat, und es besteht auch nicht der Schatten eines Grundes, weshalb die Aerzte Ihr Vasogen anwenden sollen anstatt das Vasoliments. Der Spezialität und Ihrem Geldbeutel zu Liebe doch sicher nicht. Leider ist die Tatsache noch nicht genügent bekannt — mögen diese Zeilen dazu beitragen, die Kenntnis zu verbreiten — daß Vasogen und speziel Jodvasogen zu den durchaus entbehrlichen Spezialitäten gehört, gegen die seit längerer Zeit schon mit Recht von Seiten der Aerzte und besonders der Apotheker polemisiert wird. M. E. ist es eine Mißachtung des Aerzte- und Apothekerstandes, wenn Spezialitäten auf den Markt gebracht werden, die in jeder Apotheke auf Rezept hin hergestellt werden können; es ist das einer „kleinen“ Firma nicht zu verzeihen, eine große Firma wie Pearson & Co. aber verdient dafür gehängt zu werden!

Man darf dazu nicht außer acht lassen, daß in dem Jodvasoliment Jod. resubl. wirklich enthalten ist, während im Jodvasogen trotz der Angabe des Fabrikanten kein freies Jod aufzufinden ist!

Würde man also vergleichende Versuche über die therapeutische Wirksamkeit beider Präparate anstellen, so würde wohl auch in dieser Beziehung das Jodasogen gegenüber dem Jodvasoliment den Kürzeren ziehen — eine Ueberlegung, die durch die brieflichen Mitteilungen eines unserer bedeutendsten Universitätsprofessoren verifiziert wird:

Die Firma Pearson & Co. beschert uns also im Jodvasogen eine falsch deklarierte und völlig überflüssige Spezialität. Ich will noch bemerken, daß sie den Apotheker insofern benachteiligt, als er an der Spezialität 40 Pf., an dem nach Rezept hergestellten Jodvasoliment aber etwa das Doppelte verdient.

Ich resümiere: Lactagol ist wertlos und sein Vertrieb mehr wie anfechtbar. Jodvasogen ist falsch designiert und als Spezialität unberechtigt. Weitere pharmazeutische Präparate — außer einer „Wasserstoffsuperoxyd“-— Zahnpaste mit dem klassischen Namen „Albin“ — bietet die Firma den Aerzten nichts.

Ich frage: soll man einer solchen Firma Vertrauen schenken? Soll man eine solche Firma durch Verordnung der gekennzeichneten Präparate unterstützen — was sage ich unterstützen! — ihr die Kasse füllen?

Sollen wir es noch weiter mit ansehen, daß sich eine Firma — und sei sie finanziell noch so gut fundiert — erdreistet, uns Aerzte wie die Apotheker zu Narren zu halten, sich erdreistet, die ehrliche Wissenschaft und die kaufmännische Noblesse zu knebeln?

Jeder einzelne Kollege mag sich die Frage vorlegen und beantworten. Ich weiß, daß die Antwort im gleichen Sinne lauten wird wie die meinige, diktiert von einer flammenden Entrüstung und grollender Bitterkeit über die in meinen beiden Artikeln beleuchteten Geschäftsprinzipien einer Firma, die noch dazu die Kühnheit hat, sich zu den ersten zu rechnen. Von der ehrlichen chemischen Industrie aber erwarte ich, daß sie ihre Maßnahmen trifft, um sich nicht durch Gleichgültigkeit gegenüber den gegeiselten Auswüchsen zu kompromittieren.

REFERATE.

Die Asepsis in der Gynäkologie.

Sammelreferat

von Dr. **Otfried O. Fellner**, Wien.

Die Händedesinfektionsmethode mit der Alkohol-Aether-Salpetersäuremischung nach Schumburg ist zwar eine sehr einfache, schnelle und schonende, es bleibt jedoch nach Großmann der Desinfektionseffekt weit hinter anderen Methoden zurück. Der Keimgehalt der Hände ist ein sehr großer. Die Fürbringersche Methode liefert nach gründlichster Entfernung des Seifenspiritus vor der Sublimatwaschung gute Resultate. Die Keimverminderung beträgt über 99%. Allein der Zeitverbrauch, über 20 Minuten, ist ein großer.

Das Verfahren mit Sublimatalkohol nach Engels gibt sehr günstige Resultate, 98—99% Keimverminderung, Jodbenzin 97 bis 99% Keimverminderung, einmal sogar absolute Sterilität der Hände. Sublaminalkohol reizt aber die Hände sehr stark. Bei Verwendung der letzten Methode treten aber keine Reizerscheinungen auf, auch fällt der Zeitverbrauch weg. Doch ist das Benzin feuergefährlich.

Bei der üblichen Desinfektionsmethode ist nach L. Heusner nicht dem Sublimat, sondern dem Alkohol die stärkste desinfektorische Kraft zuzuschreiben. In eiligen Fällen reicht eine 5 Minuten lang dauernde Waschung mit 90 proz. Spiritus aus. von Mikulicz empfahl den Seifenspiritus. Absoluter Alkohol hat keine desinfizierende Kraft. Sehr stark bakterizid wirken die Dämpfe von siedendem 5 proz. Spiritus. Wahrscheinlich ist die Trocknung und Härtung der Haut das wichtigste. Benzin ist ein gutes Desinfektionsmittel, doch ergiebt sich, daß bei der Kleiderreinigung mit Benzin Bacterium coli und Diphtheriebazillen, ebenso Milzbrandkeime nicht absterben. Der Zusatz von Jod erhöht den bakteriziden Wert, und so kann man mit Jodbenzin eine Keimfreiheit von annähernd 80% erreichen. Aber die Reizung der Haut ist eine sehr starke. Ein Zusatz von 20 bis 25% Paraffin wirkt mildernd, doch darf man nicht abwechselnd Quecksilbersalze anwenden, weil dieselben tagelang an der Haut haften bleiben und beim Zusammentreffen mit Jod das heftig reizende Quecksilberjodid bilden. Empfehlenswert ist es auch, die Patientin nicht auf dem Tisch zu operieren, wo sie vorbereitet wurde, weil das Jodbenzin nach dem Rücken der Patientin herunterläuft, und hier, da es nicht verdunsten kann, ähnliche Reizerscheinungen wie ein Zugpflaster veranlaßt. Vorherige Wasserwaschung ist unzweckmäßig, ebenso der Gebrauch von Bürsten und Nagelkratzern. Die Schlußabspülung wird nicht mit Jodbenzin, sondern mit 96 proz. Alkohol besorgt. Seide wie Rohkatgut gibt man 48 Stunden in absoluten Alkohol, hierauf 14 Tage in eine Lösung von 1 Teil Jod in 100 Teile Benzin und schließlich in 2 proz. Jodparaffin.

Fiessler und Iwase versuchten zunächst, die Handschuhe, um das Verkleben zu verhindern, innen und außen mit Talk einzupudern und legten sie dann 30 Minuten in den Dampfsterilisationsapparat. So werden zwar die Keime getötet, nicht aber die Sporen mit voller Sicherheit. Die Methode hat den Nachteil, daß während der Operation bei Verletzung der Handschuhe sich eine kleine Wolke von Talk auf das Operationsfeld niedersenkt. Sie stellten daher ein Aufschwemmung von Talk in Wasser und Alkohol her und bespülten die Handschuhe innen und außen mit dieser Flüssigkeit. Dann wurden sie gut entleert, und darauf horizontal in den Dampftopf gebracht. Nach dem Herausnehmen zeigte es sich, daß die mit der Alkoholaufschwemmung behandelten Handschuhe überall einen gleichmäßig dünnen Belag von Talk hatten. Nirgends ist da eine Verklebung vorhanden. Die ausgeführte bakteriologische Untersuchung ergab vollkommene Sterilität.

Nach Veit ist die beste Methode der Handschuhdesinfektion das Auskochen durch 5 Minuten. Ferner kann man sie steril in Glyzerin mit sich führen. Um noch mehr Zeit zu ersparen, schlägt Veit vor, die Handschuhe auf eine Minute in 8 proz. Formaldehyd einzulegen. Sie sind dann absolut steril. Nach dem Ausziehen müssen sie natürlich in Sublimatlösung abgespült werden.

Auch das Gaudanin ist nach Hannes kein Schutz gegen Hautinfektion. Alles, was mit dem zu operierenden Kranken in Berührung kommt, wird in strömendem Dampf keimfrei gemacht. Einen Tag vor der Operation erhält die Patientin zwei Bäder, dann einen Umschlag mit 2 proz. Formalin. Vor der Operation wird sie durch einen gummibehandschuhten Arzt gereinigt, und zwar mit warmem Lysol, Wasser, Bürste und Ammoniaksodaseife. Die Bauchhaut wird dann mit Aether und Alkohol getrocknet, darauf kommt Jodtinktur, dann Gaudanin und schließlich Talk. Für den Arzt gilt vollständige Abstinenz und Benutzung von Gummihandschuhen. Unter diesen muß die Hand mit heißem Wasser, Seife, Bürste, Alkohol und Lysol gereinigt werden. Auf den Kopf kommt eine Mütze, vor den Mund und über den Bart eine Binde. Man benutze sterile Mäntel mit langen Aermeln und schließe Manschette und Handschuhe mit einem sterilen Gummiring ab. Die behandschuhte Hand wird mit 2 proz. Lysol abgespült (das macht die Hand allzu schlüpfrig). Die sterilisierten Instrumente werden in 3 proz. Karbol aufbewahrt. Als Beweis für die Tauglichkeit der Methode führt H. an, daß er 25 Kaiserschnitte ohne Infektion ausgeführt hat.

Withauer verwendet eine 12 proz. spirituöse Lösung von Jothion zur Desinfektion der Bauchdecken und der äußeren Genitalien. Nach Abseifung, Benützung von Alkohol und Sublimat wird mit steriler Watte abgetrocknet. Hierauf wird mittels Wattebäuschchen Jothion aufgetragen. Dieses reizt die Haut nicht.

K. Franz empfiehlt Licht als Desinfizienz. Wenn dieses eine desinfektorische Wirkung auf Bakterien im Gewebe erzielen soll, so muß ein Licht verwendet werden, das viele kurzwellige Strahlen, insbesondere die ultravioletten, enthält. Die Uviollampe scheint dazu geeignet. F. stellte Versuche an Kaninchen an. Ausnahmslos blieben bei tötlichen Dosen von Streptokokkenkulturen, die einzelnen Tieren in genauester Abmessung beigebracht wurden, die bestrahlten Tiere länger am Leben als die nicht bestrahlten. Die Bestrahlungsdauer soll 15 bis 20 Minuten währen. Unter diesen Bedingungen schädigt die Uviollampe die Bakterien im Gewebe.

Literatur.

1. A. Fiessler und Y. Jwase: Zur Sterilisation und Verwendung der Gummihandschuhe. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 33.
2. M. Großmann: Versuche über Händedesinfektion unter besonderer Berücksichtigung der von Heusner empfohlenen Jodbenzinmethode. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr, 43.
3. W. Hannes: Die moderne Asepsis bei der gynäkologischen Laparotomie. Heilkunde, November 1907.
4. L. Heusner: Ueber einige neue Desinfektionsmethoden. Zentralblatt für Gyn., 1908, Nr. 38.
5. Veit: Handschuhdesinfektion. Verein der Aerzte, Halle, März 1908.
6. K. Withauer: Jothion als Hautdesinfizienz bei Operationen. Zentralblatt für Gyn., 1908, Nr. 31.
7. K. Franz: Licht als Desinfizienz. Zentralblatt für Gyn., 1908, Heft 1.

Dermatologie und Syphilidologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Bericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland.** J. Sadikoff. Petersburger med. Wochenschrift, 1908, Nr. 37.
2. **Weitere Ergebnisse der Quecksilberschnupfungskur.** Carl Cronquist. Archiv f. Dermatol., Bd. 91, S. 287.
3. **Jodglidin in der Luestherapie.** Von Theodor Mayer. Ther. Monatshefte, Oktober 1907.
4. **Ueber Lungentuberkulose als Todesursache bei Lupus vulgaris.** Von Hugo Forchhammer. Arch. f. Dermatologie, Bd. 92.

Public Domain, Google-digitized
Digitized by Google
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

5. **Ein Beitrag zur Behandlung der Inguinalbubonen.** Von Fr. Jenssen. Arch. f. Dermatologie, Bd. 92.

6. **Hygiène de la peau et de chevelure.** Von Lucien Jacquet. Annales d'hygiène publique, September 1908.

7. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Mikroorganismen der Kopfhaut.** Von Tièche. Arch. f. Dermatologie, Bd. 92.

1. Aehnlich wie in Livland und Esthland besteht auch in Kurland ein Lepraverein, der im wesentlichen aus fast sämtlichen Aerzten Kurlands besteht und den Zweck hat, die Leprösen zu isolieren, um eine Weiterverbreitung dieser schrecklichen Krankheit zu verhindern und so mit der Zeit ein Verschwinden der Krankheit zu erreichen. Was die Behandlung betrifft, so ist mit den sog. spezifischen Mitteln wie Gurjunbalsam, Thyrecidin, Ol. Gynocardii nichts erreicht worden. Am meisten scheint eine antiseptische, roborierende und dabei die bestehenden Symptome bekämpfende Behandlungsmethode zu leisten. Zwei in solcher Weise behandelte Fälle sind bisher von 130 geheilt entlassen worden.

2. Zu den alten und seit langer Zeit geübten Methoden der Hg-Einverleibung bei Lues in Form der Einreibung, Injektion, Darreichung per os sind neuerdings wieder verschiedene neue Methoden hinzugekommen, wie z. B. Einverleibung per vaginam, Inhalation durch Maske, die mit Hg imprägniert wird etc. Cronquist hat eine große Reihe von Fällen in der Weise behandelt, daß er ein Quecksilberpräparat, früher Hg-Kreide, jetzt ein Pulver „Rhinomercan“, das 40% metallisches Hg enthält, schnupfen läßt. 4—5 mal täglich muß der Patient dies Pulver schnupfen; es reizt fast gar nicht die Nase. Mit dem Erfolg ist Cronquist zufrieden.

3. Wenn wir Jodkali in größeren Mengen zu geben gezwungen sind, so sind gewisse unangenehme Nebenwirkungen von seiten der Haut und der Schleimhäute unvermeidlich. Die Pharmakochemie hat daher immer wieder Mittel auf den Markt gebracht, die bei genügend starker Wirkung diese unliebsamen Nebenerscheinungen möglichst vermeiden. Zu diesen gehört das Jodglidin, eine Jodeiweißverbindung. Es ist dies ein dunkelgelbes, geruchloses und nicht unangenehm schmeckendes Pulver. Dargereicht wird es am besten in Tabletten à 0,5 (entsprechend 0,05 Jod), 3—6 Tabletten täglich. Die Jodwirkung tritt prompt ein, und das Mittel wird gern genommen.

4. Lange bevor man die tuberkulöse Natur des Lupus kannte, wußte man, daß Lupuskranke häufig an Tuberkulose sterben. Erst die neueren Untersuchungen haben ergeben, daß Lupus in bedeutend höherem Grade als alle anderen Formen von peripherer Tuberkulose zu einer allgemeinen Infektion disponiert. Umgekehrt ist es jedoch sehr selten, daß ein Patient mit Lungentuberkulose nachträglich Lupus akquiriert; in diesem Fall ist er gewöhnlich gutartig. — Da die Lungentuberkulose häufig im frühen Stadium des Lupus auftritt, ist stets der Allgemeinzustand des Patienten genau zu kontrollieren. Im übrigen schließt Forchhammer seine Arbeit damit, daß der Lupus trotz unserer großen Fortschritte in der Therapie, besonders mit Rücksicht auf seine Komplikation mit Lungentuberkulose, die ernsthafteste aller peripheren Tuberkulosen ist.

5. Jenssen beschreibt die an dem von Arning geleiteten allgemeinen Krankenhaus Hamburg geübte Methode der Bubobehandlung. Mit einem spitzen, zweischneidigen Skalpell wird ein kleiner 3—4 mm langer Einstich gemacht. Durch leisen Druck wird durch diese Oeffnung der Eiter herausbefördert. Dann wird die Wundhöhle mittels einer langen abgestumpften Nadel mit 5% Karbolwasser ausgespült, bis alle Gewebsfetzen entfernt sind. Das Karbolwasser, das anästhesierend wirkt, wird durch leichten Druck wieder entfernt und die Wundhöhle mit 10% Jodoformglyzerin angefüllt. Die kleine Punktionsöffnung wird dann mit Jodoformgaze und Pflasterverband geschlossen. In manchen Fällen sind 2—3 Punktionsöffnungen anzulegen. Am Abend des Operationstages tritt häufig Temperatursteigerung auf, die am nächsten Tag wieder verschwindet. Gewöhnlich ist ein Verbandwechsel am 2. Tag nach der Punktion nötig und von nun an wird der Verband täglich gewechselt; der Inhalt der Wundhöhle herausgedrückt, bis sich nur noch seröse Flüssigkeit entleert. Reste des Jodoformglyzerins sind mitunter noch am 6. Tag beigemengt. Mit dieser Methode gelang es von 195 Bubonen 128 in durchschnittlich 12 Tagen zu heilen. In manchen Fällen läßt die Methode im Stich und es sind radikalere Eingriffe nötig.

6. Jacquet bespricht in seiner sehr interessanten und geistreichen Arbeit die Ursachen des frühzeitigen Haarausfalls. Er ist ein entschiedener Gegner der Anschauung, daß derselbe durch Bakterien der Kopfhaut bedingt ist. Diese Bakterien sind nur Parasiten der Kopfhaut, ohne ätiologische Bedeutung. Der Haarausfall ist bedingt durch die starken formativen Reize, denen die Kopfhaut durch übermäßige Kongestionen nach dem Kopf ausgesetzt ist. Sie tritt vorzugsweise bei geistigen Arbeitern auf und ist eine Begleiterscheinung der fortschreitenden Zivilisation; sie findet sich fast nie bei Naturvölkern. Durch nervöse Einflüsse, die von den Gehirnzentren ausgehen, kommt es zunächst zu einem gesteigerten Haarwachstum, und nach und nach durch die Hyperfunktion der Kopfhaut zu einer Erschöpfung derselben. In mehreren Fällen konnte der Autor eine degenerative Neuritis der Kopfhaut feststellen. In sehr vielen Fällen besteht Hyperästhesie und Pruritus der Kopfhaut infolge dieser nervösen Veränderungen. Begleiterscheinung der zuerst auftretenden übermäßigen Erregung der Kopfhaut ist die stärkere Funktion der Kopfhaut in Form der Schuppenbildung und der Drüsenabsonderung, bis es nach dem bekannten Gesetz der Erregung schließlich zur Funktionsstörung und Atrophie der Kopfhaut und ihrer Drüsen kommt. Eine zweckmäßige Behandlung des Haarausfalls muß also vor allem für eine Dekongestionierung der Kopfhaut sorgen. Jacquet empfiehlt ganz besonders morgendliche kalte Waschungen des Körpers und Massage der Kopfhaut. Die antiparasitäre Therapie bekämpft nicht die Grundursachen.

7. Auch Tièche kommt auf Grund mikroskopisch bakteriologischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die von Sabouraud und anderen als Ursache des Haarausfalls angeschuldigten Bakterien wahrscheinlich keine ätiologische Rolle spielen, sondern harmlose Bewohner der Kopfhaut, Nosoparasiten, sind; er schließt sich in dieser Hinsicht der Auffassung von Jacquet an.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle,** Charlottenburg.

1. **Die Anwendung der Lokalanästhesie bei der Operation adenoider Vegetationen.** Von Dr. Fritz Hutter. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 41.

2. **Zur operativen Behandlung der Nasenscheidewanddeformitäten.** Von Prof. Dr. Kretschmann. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 41.

3. **Die submuköse Septumoperation.** Von Dr. Halle. Zeitschr. f. Laryngologie, Chinologie und ihre Grenzgebiete, 1908, Autoreferat.

4. **Von dem Luftröhren-Schildknorpelschnitt bei Kehlkopfkrebs.** Von Prof. E. J. Moure. Archiv f. Laryngologie, 1908, Bd. 21, Heft 2.

5. **Zur Weiterentwicklung der Lehre von der Ozaena.** Von Dr. Maximilian Steiner. Ibidem.

1. Für die Operation der adenoiden Vegetationen beschreibt Hutter eine neue Methode der lokalen Anästhesie, oder richtiger, er zeigt, wie man die sonst gebrauchte Injektionsmethode behufs lokaler Anästhesie auch hier anwenden kann. Er injiziert mittels langer Kanüle 25 ccm einer 5 proz. β-Eucainlösung mit 5 Tropfen Adrenalinzusatz in den Tumor dicht an seiner Basis und hat dann in einer Reihe von Fällen schmerzlos operieren können.

Es ist durchaus möglich, daß dies Verfahren bei ängstlichen Erwachsenen oder einer Anzahl von Kindern zum guten Ziele führt. Im allgemeinen aber ist zu berücksichtigen, daß der Eingriff selbst, wenn nicht brüsk vorgegangen wird, von vielen Kindern als gar nicht sehr schmerzhaft angegeben wird. Nur der starke (oft zu starke?) Druck wird als unangenehm bezeichnet. Bei vielen Erwachsenen und verständigen Kindern läßt sich nach vorherigem Hinweis auf kommende geringe Unannehmlichkeiten und freundlichem Zureden die Operation ohne nennenswerten Widerstand ausführen; lokale Pinselungen durch die Nase mit 10% Novocain leisteten nur gute Dienste. Anders bei sehr ängstlichen Erwachsenen und Kindern, die ohne Sträuben und Schreien nicht einmal die vorsichtigste und schmerzloseste Untersuchung zulassen. Bei diesen verzichtet Hutter ja auch selbst auf sein Verfahren, das das wichtigste Moment, den Chok, nicht ausschließen kann. Und dieses fordert, wie ich gelegentlich näher zu begründen gedenke, gebieterisch eine leichte, etwa Bromäthernarkose, welche sicher den Patienten nicht annähernd so angreift, wie der für viele unvergeßliche Chok, unter dem Arzt und Patient oft noch viele Jahre zu leiden haben. Gefahren, die nicht vermeidbar wären, kommen bei richtiger Ausführung kaum oder doch fast niemals vor.

Wie sehr daher jede Fortbildung der lokalen Anästhesie zu begrüßen ist, hier scheint sie uns nur bei großer Auswahl der Fälle anwendbar.

2. Die Wahl der zweckmäßigsten Methoden für die Behandlung der Deformitäten der Nasenscheidewand beschäftigt seit Jahren die Rhinologen. Nachdem allmählich anerkannt ist, daß die Durchgängigkeit der Nase für freie Respiration für den ganzen Organismus von allergrößter Bedeutung sein muß, suchten die Autoren eifriger weiter nach Wegen, welche erlauben, unter Schonung der für die Respiration wichtigen Septumschleimhaut die oft exzessiven Deformitäten des Septums zu beseitigen, welche oft zu schweren Respirationsstörungen führen, oft sich erst indirekt bemerkbar machen durch Kopfschmerz, Asthma, Reize auf das Auge, das Ohr, Larynx, Bronchien und dergl.

Kretschmann glaubt für schwere Fälle den von Rouge angegebenen, von Lossen, Löwe, Winkler und anderen beschrittenen Weg empfehlen zu sollen, der von der Umschlagsfalte der Oberlippe aus zwischen den beiden Eckzähnen den unteren Rand der Apertura pyriformis freilegt und erlaubt, von hier aus auf das Septum überzugehen. Er glaubt, daß in schweren Fällen nur dieser Weg einen guten und breiten Ueberblick gewährleiste, und daß eine Reihe von hochgradigen Deformitäten nur auf diesem Wege genügend sicher beseitigt werden könnten. Er selbst erwähnt eine Reihe schwerer Bedenken, die gegen sein Verfahren erhoben werden können, als da sind: Allgemeinnarkose mittels Kuhnscher Methode, große Wunde nach dem Munde zu und dadurch größere Infektionsmöglichkeit; starke Reaktion der Weichteile, insonderheit starke Schwellung der Oberlippe, Blutungen und dergl. Er glaubt aber, daß diese Nachteile zum Teil auch der nasalen Methode anhaften, daß diese ebenfalls meist eine Narkose verlange und auf mancherlei Vorteile der oralen Methode verzichten müsse.

3. Halle hat in einer etwa gleichzeitigen Arbeit sich besonders warm für die submuköse nasale Methode ausgesprochen, die von Krieg, Bönnighaus, Menzel, Killian, Freer u. a. propagirt worden ist. Die von vielen betonten Schwierigkeiten, durch die enge Nasenöffnung bezw. einen kleinen durch die Schleimhaut operiren zu müssen, glaubt er in allen Fällen durch zweckmäßige Schnittführung beseitigen zu können. Diese Schnittführung ist dieselbe für alle Varianten der Deformität, und in einer recht großen Zahl von sehr schweren und komplizierten Fällen genügte sie vollständig zur Erreichung idealer Resultate. Auch Subluxationen des Septum cartilagineum lassen sich vom selben Schnitt her beseitigen. Immer muß die Schleimhaut erhalten werden, immer ein tragendes Knorpelgerüst für den Nasenrücken zur Erhaltung der Form. Zweckmäßig war es in allen Fällen bei großen Resektionen des Septums, größere Stücke des Knorpels oder Knochens nach Verschmälerung und Gradestellung wieder in die Schleimhauttasche zu implantieren, um ein Flattern der losen Membranen zu verhüten und eine schnelle Konsolidierung des Septums zu erzielen.

Narkose war nur durch übergroße Aengstlichkeit der Patienten bedingt, unter 500 Fällen nur dreimal. Auch Kinder von 10 Jahren ließen die Operation ohne Schwierigkeit für hinreichend Geübte ausführen. Die Zeit der Operationsdauer schwankt zwischen 7 und 20 bis höchstens 30 Minuten; die Operation ist absolut schmerzlos durchführbar.

Aus allen diesen Gründen kann Referent, auch wenn er zum Teil in eigener Sache das Wort führt, die Berechtigung der oralen Methode nicht anerkennen. Wenigstens müßte sie für ganz verschwindend seltene Fälle vorbehalten bleiben, die von der Nase aus nicht operabel sind. Solche hat Referent bisher nicht gesehen, auch scheinen sie ihm nach seinen Erfahrungen kaum denkbar. Alle von Kretschmann erwähnten Schwierigkeiten lassen sich unschwer von der Nase aus bewältigen. Dagegen soll gern anerkannt werden, daß der orale Weg für manche Formen von Tumoren, hauptsächlich wohl maligner Natur, sehr gangbar erscheint.

4. Entgegengesetzt der Ansicht hervorragender Chirurgen, welche bei Larynxkarzinom im allgemeinen die halbseitige oder totale Exstirpation des Kehlkopfes empfehlen, halten viele Laryngologen, u. a. B. Fränkel und Semon, eine Exstirpation des Tumors nach Thyreotomie bis weit ins Gesunde hinein für in vielen Fällen ausreichend. Moure, der sich um die Indikationsstellung und Technik der Thyreotomie sehr verdient gemacht hat, hält ebenfalls das konservierende Verfahren für viele, zumal für Anfangsfälle, für zweckmäßig und beschreibt das von ihm verwandte Verfahren.

Während von den meisten Operateuren die Trendelenburgsche oder Hahnsche Tamponkanüle benutzt wird zur Verhinderung der Blutung in die Trachea, hält Moure die von ihnen bedingte Schleimhautreizung für bedenklich und prädisponierend für Infektionen. Er vermeidet das Eintreten des Blutes in die Luftwege durch Eröffnung der Trachea, erst nach exaktester Blutstillung. Dann macht er die Thyreotomie mittels von ihm beschriebener Scheere.

Einzelheiten der Technik lassen sich nicht im Referat wiedergeben. Moure ist überzeugt davon, daß er manchem Patienten eine schwere, verschlimmernde Operation, wie sie die partielle oder totale Laryngeotomie darstellt, erspart hat.

5. Die Frage der Ozaena, die noch immer so viele ungelöste Rätsel birgt, sucht Steiner klären zu helfen auf Grund von 34 aufs exakteste untersuchten Fällen. Seine Ergebnisse decken sich im allgemeinen mit den bisher bekannten. Doch sind Einzelheiten interessant genug, sie zu rekapitulieren und zu weiteren Untersuchungen anzuregen.

Er fand, daß die Ozaena in $^2/_3$ seiner Fälle Individuen unter 20 Jahren betraf, etwa ähnlich war das Verhältnis zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht zu ungunsten des weiblichen. In $53^0/_0$ der Fälle zeigte das Gesicht kongenitale, charakteristische und tiefgreifende Abweichungen von dem normalen Gesicht. An der Atrophie ist hauptsächlich die untere Muskel beteiligt (außerdem exzessive Breite des Nasenlumens? Ref.).

In 12 von 34 Fällen war Tuberkulose, Skrofulose, Lues beim Patienten oder seinen nächsten Angehörigen festzustellen.

Hypertrophische Tonsillen fand Steiner selten, Adenoide nie (kommen aber öfters vor. Ref.) In 5 Fällen war ein Nebenhöhlenempyem vorhanden. Es kommt also die sogenannte genuine Form der Ozaena vor, die Fränkelsche und die Grünwaldsche, bei der ein Empyem zu Grunde liegt. (Ob dieses Empyem in seinen Fällen als ursächlich oder nebenhergehend anzusehen ist, darüber äußert sich Verf. nicht. Ref.)

Endlich glaubt Steiner, daß sich im Anschluß an umfassende Nasenoperationen, welche die Nasenhöhle stark erweitern, häufig eine Ozaena entwickelt.

Es sei unbestritten, daß solche Fälle vorkommen. Gewöhnlich wird es sich dann aber um stark anämische oder dystrophische Individuen handeln. In sehr vielen Fällen von kombinierten Empyemen der Nebenhöhlen ist man gezwungen, sehr umfangreiche Eingriffe in der Nase vorzunehmen, welche notgedrungen eine weite Höhle schaffen müssen, auch bei konservativstem Vorgehen, aber kaum jemals schließt sich an solchen Eingriff eine Ozaena. Ja, bei den auf Empyemen basierenden Fällen von Ozaena wird nach Grünwald die weite Nase durch Eröffnung der Nebenhöhlen noch erweitert, und oft mit sehr zufriedenstellendem Erfolge.

Die Weite der Nase ist sonach wohl ein wichtiges Symptom, vielleicht sogar ein wesentlicher ätiologischer Faktor. Doch gehören sicher wichtige andere Momente dazu, um eine Ozaena entstehen zu lassen.

Balneologie.

Referent: Dr. **M. Hirsch**, Badearzt in Kudowa.

Die 17. Jahresversammlung des Allgemeinen Deutschen Bäder-Verbandes.

Der Allgemeine Deutsche Bäderverband tagte unter zahlreicher Beteiligung vom 28. September bis 1. Oktober in Bad Oeynhausen.

Herr Oberingenieur Dessauer, Aschaffenburg, machte die „Physikalischen Grundlagen der Medizin“ zum Gegenstand seines Vortrages; in einer faszinierenden Weise hat er einen Ueberblick über die Auffassung der Medizin gegeben, die jeden gebildeten Menschen interessieren mußte. Wir hören von ihm die großartige Auffassung, die das klassische Altertum von dem Wesen der Medizin hatte, indem es sich auf den Boden der Naturbeobachtung stellte; wir hören den Rückfall der Medizin in die

Public

starre Finsternis des Mittelalters, jener trüben Zeit der Kulturgeschichte der Menschheit; wir hören von dem Aufblühen der Auffassung von dem Wesen der Medizin in der Renaissance, in der Zeit der beginnenden Freiheit des Geistes; wir hören ferner die Fortschritte der Medizin, die wir dem rastlosen Aufschwung der Technik zu danken haben, die vielleicht mit der Erfindung die Technik Gutenbergs einsetzte; wir hören, wie die Evolution der Chemie auf die Medizin einwirkte und die weitere Epoche, die Auffassung von der Zusammengehörigkeit von Stoff und Energie. Unserem Zeitalter gibt er das Prädikat des Zeitalters der Entwicklung des medizinischen Könnens auf den Grundlagen physikalischer Erkenntnisse. Was er von der Strahlung, und zwar von dem Lichte der Sonne, der Elektrizität, der Röntgenbestrahlung und der Radioaktivität gesprochen, war so klar und schön, daß ein Referat darüber nicht möglich ist. Solche Gedanken muß man im Original lesen.

In den Ort der Tagung führt uns der Badekommissar Herr Bergassessor Landschütz, Oeynhausen, mit dem Vortrage „Die Kurmittel des Bades Oeynhausen“ ein. Oeynhausen, das erste königliche Bad der preußischen Monarchie, wurde im Jahre 1830 gegründet, als man Bohrversuche zur Aufschließung eines Steinsalzlagers machte und an Stelle des erhofften Steinsalzlagers eine Heilquelle fand, deren Wert sich immer steigender Anerkennung erfreut. Die Quelle ist eine kohlensaure Thermalsole. Im Laufe der Zeit wuchs die Zahl der Quellen auf fünf, die jetzt 5 Badehäuser speisen und jährlich 18 000 Kranken Hilfe bringen. Im Laufe der Zeit wurden die Kurmittel weiter ausgebaut, es wurden Inhalatorien, Gradierwerke, Gehbahnen, ein medikomechanisches Institut und ein Kurpark von riesiger Ausdehnung und prachtvoller Schönheit angelegt.

Im Anschluß an diesen Vortrag sprach Herr San.-Rat Dr. Rohden, Oeynhausen, über die Anwendung der Kurmittel des Bades Oeynhausen“, deren Wert er in einer fast 40 jährigen Praxis, die er als Schüler des unvergeßlichen Balneologen Braun begonnen, schätzen gelernt hat. Welch wunderbare Erfolge konnte er bei organischen und funktionellen Nervenkrankheiten sehen, bei Erkrankungen der Zirkulationsorgane, der Gelenke und Knochen, bei gewissen Frauenkrankheiten usw. Wie viele Kranke, die gelähmt nach Oeynhausen gekommen waren, sah er gesund oder wenigstens so gebessert, daß sie bewegungsfähig waren, dankerfüllt den Kurort verlassen.

Herr Geheimrat Dr. Michaelis, Bad Rehburg, machte die „Bedeutung des Klimas in der Behandlung der Tuberkulose“ zum Gegenstand seines Vortrages. Er kennt kein bestimmtes Klima, das der Tuberkulose nützlich oder schädlich ist. Für ihn hat das Klima nur einen psychischen Wert. Das Klima ist immer da schlecht, wo Menschen unter schädlichen Verhältnissen in zu großer Zahl zusammen leben. Klimatisch können diese Gegenden die größten Gegensätze in sich fassen. Nicht das Klima einer Gegend ruft die Tuberkulose hervor, sondern die sozialen Verhältnisse. Für die Therapie ist es sehr wichtig, mit dem heutigen Schematisieren des Klimas zu brechen. Nicht Kälte oder Wärme, nicht die Höhe eines Ortes, sondern andere Faktoren müssen maßgebend sein. Vortragender schlägt vor, von einem erregenden und einem schonenden Klima zu sprechen und das schonende Klima da in Anwendung zu bringen, wo die Lungen gereizt, sind, das anregende da, wo der Stoffwechsel zu träge arbeitet.

Herr Rittmeister Dommes, Badekommissar in Harzburg, hatte das Thema „Der Fremdenverkehr der deutschen Bäder und seine Statistik“ zum Gegenstand seiner Ausführungen gemacht. An diesen verwaltungstechnisch außerordentlich interessanten Vortrag schloß sich eine sehr große Diskussion an, in der weitgehendste Vorschläge jeder Art gemacht wurden.

Herr Dr. Scheibe, Badearzt in Steben, sprach über „Kur und Vergnügen“. Es war nicht uninteressant, die Ausführungen des Vortragenden anzuhören, der eine scharfe Kritik an die Art und Einteilung der Vergnügungen in den Kurorten anlegte, die oft genug die Nerven aufregten und beunruhigten. Aber auch ihre Notwendigkeit wurde von ihm wohl gewürdigt, denn der Patient dürfte keineswegs Langeweile empfinden und könnte unmöglich den ganzen Tag mit der Kur ausfüllen. Von den Vergnügungen sollte man die städtischen mehr in den Hintergrund stellen und solche Vergnügungen bevorzugen, die der Gesundheit dienlich seien, vor allem gemeinsame Spaziergänge, denn schließlich soll ein Badeort in erster Reihe Kurort sein, dann erst das Vergnügen pflegen.

Den Schluß der ersten Sitzung bildete der Vortrag von Herrn Dr. Hirsch, Badearzt in Kudowa, über „Licht- und Schattenseiten der physikalischen Heilanstalten in den Kurorten“. Zunächst hob Vortragender hervor, wie eng die Balneologie mit der physikalischen Therapie verknüpft sei, und wie sehr die Balneologie, der älteste Teil der physikalischen Therapie, ihr als Muster und Vorbild gedient habe und wie andererseits die Balneologie durch die Einführung und Entwicklung der physikalischen Behandlungsmethoden gefördert worden sei. Sie hätte ein gut Teil dazu beigetragen, die Balneologie zu einer Wissenschaft und die Balneologen zu wissenschaftlichen Aerzten zu machen und die langersehnte Fühlung der Balneologie mit der Klinik ermöglicht. Die physikalischen Kliniken seien die gegebenen Zentralen für die balneologische wissenschaftliche Arbeit. Die Vorzüge der physikalischen Heilanstalten in den Kurorten seien zahlreich. Sie unterstützten die Badekur, sie wirkten psychisch auf den Kranken ein, sie ermöglichten auch manche Kur, die der Kranke zu Hause sich aus Mangel an Zeit nicht leisten kann. Aber auch die Schattenseiten zeigten sich bei den physikalischen Heilanstalten in den Kurorten, die zum Teil nicht unbedenklich sind. So empfiehlt Vortragender unbedingt, die physikalischen Heilanstalten unter die Aufsicht eines Arztes zu stellen, der seine ganze Zeit und Arbeitskraft nur dieser Tätigkeit widmet. Er empfiehlt ferner, auch die natürlichen Bäder von einem Arzte bewachen zu lassen. Der größte Fehler in der Gründung physikalischer Heilanstalten in Kurorten sei der, daß man hier und da versucht, die Indikationen des Kurortes durch künstliche Bäder zu erweitern. Er liest dazu aus einem Prospekt charakteristische Stellen vor und wendet sich an die Badeverwaltungen, dafür zu sorgen, daß diese Unsitte nicht allgemein wird. Die Indikationen eines Bades seien einzig und allein abhängig von seinen Quellen, von seinen Bädern.

Herr Prof. Dr. Kaiser, Gießen, gibt in seinem Beitrage „Die Mineralquellen des rheinischen Schiefergebirges“ einen wunderbaren Ueberblick über die geologische Entstehung dieser Landschaft als den Ueberrest eines hochalpinen Gebirges und zeigt, wie das Gestein allmählich im Laufe der Zeit einen Umwandlungsprozeß erleidet, teils von der Oberfläche, teils vom Erdinnern; er zeigt, wie sich die Faltungen und Senkungen gebildet haben und wie das Vordringen des Meeres an die Felsen gewirkt hat. Schließlich zeigt er die Entstehung der vulkanischen Gebilde. Aus all dem aber folgt, daß die geologischen Verhältnisse gewisse Provinzen von Mineralquellen unterscheiden lassen, daß die chemische Verschiedenheit der Quellen sich mit den verschiedenen geologischen Formationen deckten und gibt Erklärungen über die Entstehungen der Gase in den Bädern.

Herr Dr. Siebelt, Badearzt in Flinsberg, erörterte wieder einmal die Ferienfrage. Die Ferien seien für eine ganze Reihe von Bädern identisch mit der Hochsaison. In der kurzen Ferienzeit seien die Bäder von Kurgästen überflutet und im übrigen Teil des Sommers oder gar des Jahres leer. Der gleichzeitige Beginn der Ferien schaffe eine ganze Revolution in dem Bade und in der Eisenbahn. Der Vortragende hält es für ratsam, vielleicht in den benachbarten Gebieten den Beginn der Ferien nicht zu gleicher Zeit einsetzen zu lassen. Dadurch würde der plötzliche Andrang vielleicht vermieden werden.

Den Schluß der Tagesordnung bildete die Uebersicht des Herrn Hofrat Dr. Röchling, Misdroy, über allerlei Tagesfragen und ihre Kritik. An das Unglück in Westerland knüpfte er einen Ueberblick über die Unfälle in Seebädern an, die nebenbei bemerkt, weder absolut noch proportional im entferntesten an die Zahl heranreicht, die vielleicht der Müggelsee und andere Binnenseen an Opfern fordern. Die Anwendung eingreifender Kurmethoden mit und ohne ärztliche Verordnung wurde dabei besprochen und getadelt, daß heute doch noch zu viel ohne ärztliche Verordnung gebadet wird. Zum Schluß hebt er die Tätigkeit des deutschen Ausschusses für die gesundheitlichen Einrichtungen in deutschen Kur- und Badeorten hervor, dem ja zum großen Teil auch Vorstandsmitglieder des Bäderverbandes angehören.

Von den Besichtigungen sei die des Bades hervorgehoben, die einen ganzen Nachmittag in Anspruch nahm. Es wurden dabei die fünf Badehäuser gezeigt, deren Einrichtung musterhaft zu nennen sind. Es wurde der große Sprudel in vollster Tätigkeit demonstriert, wie er die Massen seines wertvollen Heilwassers über 15 m hoch emporschleuderte. Das neue prachtvolle Kurhaus in allen seinen Teilen, sowie der ganze Park und die neuerworbenen Anlagen wurden eingehend besichtigt. Alles machte einen wundervollen Eindruck; besonders gefiel die Rücksichtnahme auf die Rollstühle, deren sich die gelähmten Patienten in Menge bedienen, durch die Anlegung sanftaufsteigender Wege.

Die Besichtigung des Kurparkes und der neuen Anlage am See war, zumal der Himmel sein heiterstes Gesicht zeigte, ein angenehmer Spaziergang.

Am nächsten Tage erfolgte ein Ausflug nach dem Hermannsdenkmal und den Exsternsteinen. Oeynhausen und seine Tage werden den Teilnehmern in angenehmster Erinnerung bleiben und gern werden alle, die diesen Kongreß mitgemacht haben, in Erwartung eines ebenso schönen wissenschaftlichen und geselligen Programms das nächste Jahr sich in Rübezahls Reich nach Flinsberg begeben.

Klimatotherapie und Thalassotherapie.

Referent: Kaiserl. Rat Dr. **Tripold**, Abbazia (Winter), Warmbad Villach (Sommer).

1. **Zur Klimatotherapie und Balneotherapie der Neurasthenie und verwandter nervöser Zustände.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Eulenburg, Berlin. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 1.

2. **Luftveränderung („change of air") im jugendlichen und mittleren Alter.** Von Dr. F. Parkes Weber, London. Ibidem.

3. **Ueber klimatische Unterstützung von Entfettungskuren.** Von Prof. P. E. Richter, London. Ibidem.

4. **Ueber die klimatische Behandlung der Lungentuberkulose.** Von Geh. Med.-Rat Prof. H. Senator, Berlin. Zeitschrift f. Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 2.

5. **Der Heilwert der Ostsee.** Von San.-Rat Dr. Lange, Heiligendamm, Dr. Margulies, Kolberg, und Hofrat Dr. Röchling, Misdroy. Zeitschrift f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 3.

6. **Spitzbergen — ein Kurort für Lungentuberkulose.** Von Staatsrat Dr. Bunge, Kronstadt i. Rußland. Ibidem.

7. **Unter welchen Bedingungen können sich Herz- und Kreislaufkranke in Höhenlagen aufhalten.** Von Prof. Dr. Giovanni Galli, Rom. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 4.

8. **Südafrika als Kurgebiet für Europäer.** Von Prof. Dr. K. Dove, Jena. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie u. Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 5.

9. **Das Heufieber und seine Klimatotherapie.** Von Dr. A. Wolff-Eisner, Berlin. Ibidem.

1. Verf. leitet seinen Aufsatz mit der Darlegung ein, daß für den Neurastheniker Ortswechsel, Reisen, Ausspannen wertvolle Heilbehelfe sind.

Hauptziele für die Erholung werden im allgemeinen die Gebirge und das Meer sein, aber nicht nur im Sommer, der eigentlichen Reisezeit, sondern auch im Frühjahr, Herbst und während des Winters. Gebirgsaufenthalte bewähren sich laut reichster Erfahrung sowohl bei leichtester Nervosität, wie auch bei schwerer Neurasthenie.

Hauptfaktoren für die Wirksamkeit sind das Höhenklima an sich, die Bergwanderungen und ein maßvoll betriebener Wintersport. Man unterscheidet vor- oder subalpine Regionen und Hochgebirgsregionen (letztere von 1300 m aufwärts).

Während für viele Nervöse schon die Mittelgebirgs- und Voralpengebiete genügend anregend wirken, eine Reihe von Leicht- und Schwernervösen überhaupt nur diesen Klimaten gewachsen sind, dagegen im Hochgebirge an andauernden Herz- und Atembeschwerden, allgemeiner Aufgeregtheit, Angst und Schlaflosigkeit leiden, bewähren sich Hochgebirgskuren vielfach glänzend bei jugendlichen Neurasthenikern ohne Heredität und mit kräftiger Konstitution, bei Hemikranie, Hystero-Neurasthenie, leichter Hysterie und Melancholie, ferner bei nervösem Asthma (oft auch nicht. Ref.) und besonders bei Basedowscher Krankheit. Auch Herzneurosen werden des öfteren günstig beeinflußt. Sehr beherzigenswert für manche Nervenkranke ist der Wink Eulenburgs, nicht brüske dem Hochgebirge zuzusteuern, sondern in Etappen.

Der Aufenthalt am Meere bleibt vorzugsweise solchen Nervenkranken vorbehalten, deren überreiztes, geschwächtes und erschöpftes Nervensystem dringend nach längerer Ruhe und Schonung verlangt. Hierbei wirksam: das Seeklima, die Seebäder. Bezüglich des Seeklimas unterscheiden wir auch wieder ein sedatives und ein exzitierendes (je nach großer oder geringer Luftfeuchtigkeit). Zu betonen ist, daß an der Meeresküste viel weniger Drang zu Bewegung vorwaltet als im Gebirge.

Endlich scheidet Verf. eine Gruppe Nervenkranker aus, welche er unbedingt nur für Sanatoriumsbehandlung, und zwar in Mittelgebirgslage, geeignet hält; es sind dies sehr schlaffe oder hochgradig reizbare, körperlich und seelisch niedergedrückte, wenig aktions- und widerstandsfähige Naturen.

2. Weber erkennt 3 Faktoren der Luft- und Ortsveränderung die Hauptwirksamkeit zu: dem reichlicheren Luftgenusse, der erhöhten Muskeltätigkeit, dem Entrücktsein aus dem gewöhnlichen Alltagsleben. Insbesondere sind es neurasthenische und dyspeptische Beschwerden, die durch Luftveränderung oftmals überraschend schnell verschwinden. (Ref. möchte aber noch ganz besonders auf manche Bronchialkatarrhe hinweisen, die — viele Wochen dauernd — in wenigen Tagen durch Luftveränderung prompt beseitigt werden. Auch kann Ref. nicht unbemerkt lassen, daß der englische Autor vorzugsweise nur über sein Vaterland und Deutschland spricht, Tirol nur erwähnt und die anderen herrlichen österreichischen Alpenländer: Salzburg, Kärnten, Steiermark, Ober- und Niederösterreich, deren unzählige Luftkurorte, Bäder und Sommerfrischen weitberühmt sind, verschweigt.)

3. Es ist erwiesen, daß die Erhöhung des Stoff- und Kraftumsatzes durch die Mineralwässer recht geringfügig ist. Dagegen wirkt das Hochgebirgsklima entschieden steigernd auf die Verbrennungsprozesse im Körper. Zunahme des Sauerstoffverbrauches und der Kohlensäureausscheidung im Hochgebirge — und zwar auch in der Ruhe. Dieser gesteigerte Stoffwechsel hält wochenlang nach einem Hochgebirgsaufenthalte noch in der Ebene an. Besonders wertvoll ist aber noch die Tatsache, daß im Gebirge auch Eiweißansatz zustande kommt.

Aehnliche Verhältnisse beobachtet man an der See. Die Wirkung des Hochgebirgsklimas und der dabei in Betracht kommenden Faktoren wird noch erhöht durch den Gebrauch von glaubersalzhaltigen (Tarasp) und Eisenquellen (St. Moritz). Doch ist zur Erzielung von Fetteinschmelzung kalorienarme Kost erforderlich.

4. Schon Celsus, Galenus, Antyllus, Aëtius haben klimatische Kuren, Klimawechsel, Aufenthalt in Aegypten, Süditalien, sowie Seereisen bei Schwindsüchtigen empfohlen. Der Glaube an die Heilkraft des Klimas erhielt sich auch im Mittelalter und in der Neuzeit. Erst in der allerneuesten Zeit macht sich — besonders in Deutschland — eine geringere Bewertung der Klimakuren unter den Aerzten geltend im Zusammenhange mit der Propaganda für die Errichtung von Lungenheilstätten in der Heimat der Patienten. Bei aller Würdigung des eminenten Wertes dieser Heilstätten bleibt jedoch die Heilkraft von Klimakuren unangefochten, ja sie wird durch die neuesten Untersuchungen von Jacquet, N. Zuntz und A. Löwy nebst ihren Mitarbeitern, von Durig und Stähelin wissenschaftlich einwandfrei begründet.

Die Wirksamkeit des Klimas beruht nicht auf einer einzelnen Eigenschaft, sondern auf der Gesamtheit seiner Faktoren (Luftdruck, Temperatur, Reinheit, Feuchtigkeit, Ozongehalt der Luft, Grad der Belichtung, Windrichtung und Windstärke, Elektrizität der Atmosphäre).

Die wichtigsten in Betracht kommenden Klimatypen sind das Hochgebirgsklima, das subalpine Klima, das feuchtwarme Tal- oder Kesselklima, das Seeklima und das Wüsten- und Steppenklima.

I. Das Hochgebirgsklima — in Höhen zwischen 900—2000 m — ist charakterisiert durch Verdünnung, Reinheit, verhältnismäßige Kühle und Trockenheit der Luft und starke Belichtung. Seine Gesamtwirkung besteht in starker Anregung aller körperlichen Funktionen, ganz besonders des Stoffwechsels, der Blutbildung, sowie der Leistungsfähigkeit der Muskeln und des Nervensystems, in Zunahme des Sauerstoffverbrauchs und der Kohlensäureausscheidung, endlich in Eiweißansatz.

Das Hochgebirgsklima ist kräftigend, erfrischend und abhärtend, es erfordert aber auch eine gewisse Widerstands- und Anpassungsfähigkeit. Geeignet für eine Hochgebirgskur sind Lungentuberkulöse des ersten Stadiums und im Uebergange zum zweiten Stadium und die sog. Prophylaktiker. Die Kur soll im Sommer, spätestens im Herbst begonnen werden, dann erst mag die Ueberwinterung im Hochgebirge angeschlossen werden. In zweifelhaften Fällen empfiehlt sich eine Vorkur in subalpinen Lagen.

Kontraindikationen sind: Vorgeschrittene Stadien, Komplikationen mit Kehlkopf-, Herz- und Gefäß- und Nierenleiden, beträchtliche Neigung zu Blutungen, höheres Fieber, große Erregbarkeit des Nervensystems.

Public

Orte: Arosa, Les Avants, Beatenberg, Engelberg, Leysin, St. Moritz, Davos, Gossensaß, Semmering, Schmecks (in Ungarn). Sommerkurorte: Flims, Höchenschwand, Igls, Seewis, Wiesen, Zuoz, Toblach u. a.

II. Das subalpine Klima — zwischen 300 und 900 m Seehöhe — nähert sich in höheren Lagen mit seinen Eigenschaften dem Hochgebirgsklima, während die niederen Lagen schon den Uebergang zum feuchtwarmen Tal- oder Kesselklima bilden.

Es wirkt noch immer mehr weniger anregend und vermöge gewisser örtlicher Vorzüge (Vegetations- bzw. Waldreichtum und Staubfreiheit) reizhindernd.

Tuberkulöse über das erste Stadium hinaus können noch vielfachen Nutzen aus dieser Klimatype ziehen.

Orte: Altenbrak, Andreasberg, Badenweiler, St. Blasien, Blankenhain, Falkenstein, Görbersdorf, Neudorf, Reiboldsgrün, Schömberg, Wehrawald, Wölfelsgrund; für den Sommer geeignet: Berchtesgaden, Bürgenstock, Garmisch, Heiden, Kreuth, Reichenhall, Reinerz, Weißenburg (Gmunden, Ischl, d. Ref.) und viele andere.

III. Das feuchtwarme Tal- oder Kesselklima steht im schärfsten Gegensatze zum Hochgebirgsklima, es wirkt reizmildernd, beruhigend, erschlaffend, paßt also besonders für schwächliche, leicht fiebernde, bluthustende Lungenkranke, welche Neigung zu trockenem Reizhusten mit spärlicher Absonderung und Komplikationen von seiten des Kehlkopfes haben.

Orte (im Sommer): Baden-Baden, Ems, Gleichenberg, Lippspringe, Soden, Wiesbaden u. a.; (im Winter): Arco, Bex, Cadenabbia, Gardone, Görz, Gries, Locarno, Lugano, Meran, Montreux, Pallanza (Pau, Territet, Vevey, d. Ref.).

(Abbazia gehört nicht hierher, wie Senator irrtümlich angibt, da es doch unmittelbar am Adriatischen Meere liegt. D. Ref.)

IV. Das See- oder Meeresklima weist je nach der geographischen Lage große Verschiedenheiten auf. Man unterscheidet ein trockenkühles Seeklima, in seinen Wirkungen dem Hochgebirgsklima ähnelnd, repräsentiert durch die Nord- und Ostseebäder. Dieselben werden vorzugsweise im Sommer besucht, doch können die gut eingerichteten Anstalten in Misdroy, Norderney, Wyk, Müritz und Zoppot auch zur Ueberwinterung dienen.

Als Hauptrepräsentanten des feuchtwarmen See- (Insel- und Küsten-) Klimas gelten Madeira und Teneriffa. Sie sind Winterstationen par excellence, gestatten aber auch in ihren höheren Orten den Aufenthalt im Sommer.

Zwischen den genannten Seeklima-Extremen liegen die mittelfeuchtwarmen und mitteltrockenwarmen Seeklimate. Zu ersteren gehören: Abbazia, Arcachon, Algier, Ajaccio, Biarritz, Catania, Palermo, Malaga, Venedig, Lussinpiccolo, die Orte der Riviera di Levante; zu den trockeneren Orten zählen: die Kurplätze der Riviera di Ponente.

Mittelfeuchtkühle Seeplätze sind Bornemouth, Hastings, Veutnor.

Senator widmet dann noch eine warme Empfehlung den Seereisen, insbesondere den „Schiffs-Sanatorien".

V. Das Wüsten- und Steppenklima. Es zeichnet sich aus durch große Wärme, größte Lufttrockenheit, Klarheit der Luft, starke Besonnung (und minimalste Niederschläge, d. Ref.). Tuberkulöse, welche im Sommer in subalpinen Klimaten leben, dürften im Winter mit Nutzen Aegypten (Helouan, Assuan, Luxor — Nilfahrten) aufsuchen.

In neuerer Zeit wird auch Biskra in Algerien zum Winteraufenthalte empfohlen, auch liest man von geeigneten Orten in den Steppen Süd-Rußlands und Amerikas.

Zum Schlusse seiner Abhandlung betont S. mit Nachdruck die Wichtigkeit der hygienisch-diätetischen Maßregeln; er erkennt den hohen Wert der Heil- und Pflegestätten, Sanatorien, an und empfiehlt die Errichtung von Volksheilstätten im alpinen oder subalpinen Klima und an der Ost- und Nordsee.

5. Anknüpfend an die Worte Glax': „während Griechen und Römer vorwiegend dem Meerwasser und seinem hohen Salzgehalt eine besondere Heilkraft zuschrieben, gewinnt im Norden die Ansicht, daß die Seeluft der wichtigste therapeutische Faktor ist, immer mehr die Oberhand", berichtigen die Verfasser zunächst drei Irrtümer, die noch vielfach über die Beschaffenheit und Bewertung der Seeluft im Umlaufe sind. Sie beweisen, daß die Seeluft nicht salzhaltig ist, daß der höhere Luftdruck an der See die hohe Bedeutung nicht besitzt, die ihm zugeschrieben wird, daß endlich auch mit dem Ozongehalte übertriebene Vorstellungen verbunden sind. Das Wesentliche an der Seeluft ist vielmehr ihre Reinheit, ihre Staubfreiheit, Keimarmut, ihre Lichtfülle, lebhaftere Bewegung, ihr größerer Feuchtigkeitsgehalt und geringere Wärmeschwankung. Die Verfasser heben hervor, daß die Luft an der Ostsee staubfreier sei als an und in der Nordsee, daß die Luftfeuchtigkeit an der Ostsee größer, die Luftwärme in den Sommermonaten höher sei als an der Nordsee, diese höheren mittleren Monatstemperaturen lediglich durch höhere Abendtemperaturen bedingt seien.

In der Kombination von See- und Waldluft dürfte der größte klimatische Vorzug der Ostseebäder zu erblicken sein. Für die Eignung der Ostseeküste zu Lungenheilstätten tritt Professor Kobert energisch ein.

Endlich lehrt vielfache Erfahrung, daß erregbare und schwächliche Neurastheniker, namentlich wenn sie an Verdauungskrankheiten leiden, das Nordseeklima nicht vertragen, dagegen an der Ostsee rasch Erholung finden (Albu).

6. Bunge knüpft an die Nordenskjöld sche Expedition 1872/73 nach Spitzbergen an und bestätigt aus eigener Beobachtung die wunderbar angenehme Empfindung, die man beim Atmen der reinen transparenten Luft von Spitzbergen hat. Verf. teilt mit, daß Lungentuberkulose auf Spitzbergen, wie überhaupt im Hochnorden, nicht vorkommt, daß Erkältungen dort überaus selten sind und daraus resultierende Katarrhe der Respirationsorgane einen ungewöhnlich milden und raschen Verlauf nehmen. Ein Phtisiker, der noch dazu schwer arbeiten mußte, genas auf Spitzbergen vollkommen.

B. möchte daher Tuberkulöse zur Kur nach Spitzbergen senden — natürlich nur während des Sommers. Verbindung ist von Tromsö aus durch 2 mal 24 Stunden Dampferfahrt gegeben. Zur Anlage eines Sanatoriums würde sich der Horksund, am Südwestende von Spitzbergen, empfehlen. Hühner, Schweine, Kühe gedeihen auf Spitzbergen ganz gut, nur das Futter müßte ihnen zugeführt werden.

7. Galli hielt sich durch drei Sommer in Masino im Veltlin — ca. 1200 Meter über dem Meere — auf und beobachtete dort eine Anzahl von Herzkranken. Zwei Patientinnen mit Herz-Neurosen befanden sich in dieser Höhe sehr wohl. Eine 60 jährige Dame mit Arteriosklerose und Aorteninsuffizienz verlor die Oedeme, doch kann Galli selbst nicht sagen, ob eine wirkliche Besserung eingetreten ist. Hingegen erzielte ein 56 jähriger Mann mit Arteriosklerose, Aortengeräuschen, Arhythmie, Stauungsödemen, Stauungen in Leber und Magen und Oligurie, eine ganz hervorragende Besserung, doch blieb die Arhythmie bestehen. Galli teilt dann noch weitere Fälle von Myokarditis, Mitralstenose, Polysarcia mit ausgesprochener Besserung im Höhenklima mit. Aber nicht jeder Gebirgsaufenthalt wird gut vertragen: Bedingungen für Erfolg sind Windstille und geringe Temperaturschwankungen zwischen Tag und Nacht; auch sollen die Patienten Gelegenheit haben, häufig Vollbäder von 32—34 ° C. — 10 Minuten lang — zu nehmen. Die Kuren sind im Hochsommer zu gebrauchen.

8. Aus der glänzenden Darstellung und Analysierung der klimatischen Verhältnisse Südafrikas durch Dove seien die markantesten Momente wie folgt hervorgehoben.

Südafrika besitzt in seinen mittleren und südlichen Breiten einen derartigen Ausgleich der in den extremen Monaten herrschenden Mitteltemperaturen, daß es zu den mildesten Ländern der Welt gezählt werden kann, zu den Ländern mit ewigem Frühling.

Der Sommer in den inneren Hochlandschaften Südafrikas (Oktober bis März) ist nicht wärmer, als im Tieflande von Nordwestungarn, zeichnet sich aber durch große Lufttrockenheit aus, wodurch die Hitze nicht unangenehm empfunden wird (38% rel. Luftfeuchtigkeit während des heißesten Monats in Kimberley). Die Nächte sind angenehm kühl.

Der Winter (Juni bis August) gestattet zufolge der intensiven Sonnenstrahlung reichlich sechsstündiges Liegen im Freien; tägliche Maxima 16—19 ° C. (im Schatten) während des kältesten Monats; die mittlere Wintertemperatur dortselbst ist vergleichbar der eines milden Septembertages in Deutschland. Das Winterhalbjahr ist in Südafrika (mit Ausnahme einer schmalen westlichen Zone) zugleich die Trockenzeit.

Sonnenscheindauer und -Intensität wie in der Wüste.

Die Sonnenscheindauer beträgt in Berlin im Jahre: 1667 Stunden = 37% der möglichen Dauer, im Dezember und Januar nur 16% der möglichen Dauer, dagegen in Kenilworth bei Kimberley im Jahre: 3426 Stunden = 78,6% der möglichen Dauer, in den 3 Wintermonaten bis zu 83,2% der möglichen Dauer.

Die bisherigen Mitteilungen beziehen sich auf das Hochland des inneren Südwestafrika und auf die milden, lufttrockenen Striche der Südwest- und Südküste.

Ein tropisches Klima ohne dessen Schattenseiten besitzt dagegen die Natalküste, die sich überdies durch Freisein von Malaria auszeichnet.

Als weitere Annehmlichkeiten, die Südafrika bietet, hebt Verfasser hervor: die hohe Kulturstufe dieses Gebietes, die Besiedelung mit Engländern, Holländern und Deutschen, endlich auch die dem Nordeuropäer zusagende Zubereitungsart der Speisen.

Als hochwichtiges Moment ist der Umstand in Betracht zu ziehen, daß die Seereise nach Südwest-Süd-Afrika durch das milde, sonnige Gebiet der beiden Passate führt, die Seereise also schon an und für sich von eminentem Heilwerte sein kann.

9. Das Heufieber ist keine so seltene Krankheit, wie vielfach angenommen wird; sie bleibt oft unerkannt.

Das Heufieber beruht auf der Resorption des körperfremden Eiweißes der Pollen, ist eine Eiweißüberempfindlichkeitskrankheit. Gibt nun auch die Serumtherapie (Pollantin und Graminol) des öfteren gute Resultate, so versagt sie ganz in schweren Fällen, die nach wie vor auf das Fernhalten der Pollen, auf Klimatotherapie angewiesen bleiben. Man spricht von immunen Orten. Ein Ort an sich ist gewöhnlich nicht heufieberimmun, sondern kann es zu einer bestimmten Zeit sein und ist es zu einer anderen Zeit keineswegs.

Man unterscheidet ferner absolut immune Orte (die Gegenden des ewigen Eises der beiden Polarregionen und das hohe Meer) und relativ immune Orte.

Von letzteren erfreut sich Helgoland eines großen Rufes. Aber auch auf diesem Eilande sieht man Heufieber auftreten bei Aufenthalt im Oberlande, bei Westwind, bei Südost- und Ostwind, wo von dem 30 Kilometer entfernten Festland noch immer Pollenkörner herübergeweht kommen. Immerhin verdient Helgoland als Heufieberstation den Vorzug vor allen Nord- und Ostsee-Orten.

Schwer Heufieberempfindliche benutzen auch die von Wolff-Eisner so genannte „temporäre Immunität“, welche südliche und nördliche Gegenden gegenüber dem Wohnsitze der Kranken durch Vegetationsverfrühung und Vegetationsverspätung haben.

Da das Heufieber keine einheitliche, durch eine Pollenart erzeugte Krankheit ist, spricht man von sogen. Vor- und Nachläufern.

Vor Gebirgsorten mit häufigen Winden — aus dem Tale emporstreichend — muß gewarnt werden; in dieser Hinsicht ist das Oberengadin zu empfehlen, das Unterengadin zu widerraten.

Grundsatz bleibt, wiesenarme resp. wiesenfreie, waldreiche Orte zu wählen.

(Auch Abbazia ist eine vorzügliche Station für Heufieberkranke, da es keine Wiesen, noch Felder, wohl aber eine prachtvolle Lorbeer-, Buchen- und Steineichen-Vegetation besitzt und an einem wenig bewegtem Meere liegt. (Siehe Glax: Die Klimatotherapie des Heufiebers. Zentralblatt f. physik. Therapie, I., 11. Heft. Tripold: Das Sommerklima von Abbazia. Verhandl. des IV. österr. Balneologen-Kongresses 1904; Mitteilungen des Heufieberbundes Der Ref.)

W.-E. empfiehlt die quantitative Bestimmung der Pollen**empfindlichkeit durch** Anstellen der **Konjunktivalprobe mit** Pollenextrakt zum Zwecke der Differentialdiagnose und der Wahl des speziell geeigneten Pollenserums (Pollantin, Graminol).

Wertvoll erweist sich auch die Herstellung eines pollenfreien Raumes speziell zum Aufenthalte bei Nacht. (Totaler Toilettewechsel vor Betreten des Raumes, Benutzung von Wäsche, die durch Zentrifugierung und erhitzte Röhren, nicht im Freien, getrocknet wird, Lüftung nicht durch offene Fenster, sondern durch pollensichere Schutzfenster [Glaswolle]).

(Schluß folgt.)

Militärmedizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Truppen- und spitalsärztliche Beobachtungen über Trachom und Follikularkatarrh.** Von Regimentsarzt Dr. Heinr. Frachtmann. Der Militärarzt, 1908, Nr. 20.

2. **Fangobehandlung bei gonorrhoischen Arthritiden.** Von Stabsarzt der ungar. Landwehr Dr. Emil Binder. Ibidem.

3. **Neurasthenie in der Armee.** Von Granjux. (Caducée 1908, p. 249.) Ibidem. Referat von R.-A. Mann.

4. **Ueber Schlafzustände.** Von Oberstabsarzt Dr. Müller, Güstrow. Deutsche militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 19.

5. **Die übertragbare Genickstarre im VI. Armeekorps während der Jahre 1904/05 und 1905/06.** Von Dr. Bergel, Stabsarzt im Inf.-Regt. Nr. 111. (Schluß.) Ibidem, S. 816.

1. Unter Anführung eigener Erfahrungen und differentielldiagnostischer Hinweise macht F. darauf aufmerksam, daß ein Teil der in den Lazaretten als Trachom diagnostizierten Bindehauterkrankungen sich erfahrungsgemäß hinterher oft als ein unschuldiger Follikularkatarrh herausstellt, der unter günstigen hygienischen Bedingungen von selbst heilt, während eine längere Lazarett- oder Revierbehandlung fast nie zu einem dauernden Erfolg führt, weil die hygienischen Verhältnisse bei der Truppe die Krankheit leicht wieder aufflackern lassen. Er empfiehlt daher eine längere Beurlaubung. Die Tatsache ist bekannt, die Schwierigkeit ist nur die, die geeigneten Fälle stets mit Sicherheit herauszufinden. Im übrigen sei hierbei auf das Referat über „Bekämpfung der Granulose“ von Kreisarzt a. D. Med.-Rat Dr. Cohn in Nr. 36 dieser Zeitschrift verwiesen.

2. B. berichtet über 3 Fälle gonorrhoischer Gelenkerkrankungen bei Soldaten als Beweis dafür, daß, wo andere Mittel nicht zum Ziele führen, sich oft noch die Fangobehandlung als nutzbringend erweist. Dem Vorgetragenen zufolge scheint sich diese in der Tat zu empfehlen.

3. Daraus, daß die Zahl der Neurastheniker in der Armee eine äußerst geringe sei, zieht Gr. den Schluß, dies habe seinen Grund wohl darin, daß die militärische Disziplin und das kameradschaftlche Zusammenleben den zur Neurasthenie, dieser durch Willensschwäche charakterisierten Krankheit, Disponierten eine feste Stütze und die notwendige Leitung gewährt. So richtig dies an sich ist, so ist doch nach unseren Erfahrungen die Neurasthenie trotzdem in der Armee nicht so ganz selten. Prof. Regis beobachtete bei Neurasthenikern eine günstige Wirkung infolge einer Uebung.

4. Krankhafte Schlafsucht, bei der der Kranke aber immer noch leicht erweckt werden kann, kommt ohne weitere Erscheinungen bei Neuropathischen vor, während anfallsweise auftretende Zustände von längerer Dauer, die einen tiefen, natürlichen Schlaf vortäuschen, meist nur bei Störungen des Zentralnervensystems, am häufigsten bei der Hysterie, beobachtet werden und auf solche Störungen schließen lassen. In der Armee sind derartige Schlafzustände bisher anscheinend nur verhältnismäßig selten vorgekommen, so daß es, wie Oberstabsarzt Müller bemerkt, angezeigt sein dürfte, jeden vorkommenden neuen Fall zu veröffentlichen. Ref. bemerkt hierzu, daß er den von M. als allgemein bekannt angeführten „schlafenden Ulanen“ s. Z. in der obengenannten Zeitschrift selbst beschrieben hat. Außerdem hat er vor kurzem in den „Fortschritten der Medizin“ über einen weiteren derartigen Fall aus Amerika referiert. In den beiden von Oberstabsarzt Müller beschriebenen zwei Fällen schlief der eine Kranke 8 Wochen, der andere 7 Tage. Bei ersterem handelte es sich augenscheinlich um Katatonie, bei letzterem um Hysterie. Ersterer kam in eine Irrenanstalt und verblödete, letzterer wurde vollständig geheilt.

5. Die Zahl der während der Jahre 1904/05 und 1905/06 beim VI. Armeekorps vorgekommenen Fälle von Genickstarre betrug im ganzen 28. Davon sind gestorben 16 = 57,1%, wieder dienstfähig geworden 9 = 32,2% — ein gewiß beachtenswertes Ergebnis —, dienstunfähig geworden 3 = 10,8%. Es ließen sich zwei Gruppen unterscheiden: Erkrankungen, die binnen kurzem, von ½ Tag bis 2 Wochen, zum Tode führen, und solche mit protrahiertem Verlauf und günstigerer Prognose. Zur ersten Gruppe gehörten 14 Fälle, zur zweiten die übrigen, von denen nur 2 starben. Therapeutisch ist zu bemerken, daß die vorgenommenen Lumbalpunktionen nicht das geleistet haben, was vielfach von ihnen erwartet wurde (wie denn auch Rieger, „Die übertragbare Genickstarre im Kreise Brieg“, klin. Jahrbuch, 15. Band, nicht gerade glänzende Ergebnisse erzielt hat). Erfolge wurden nur in 3 Fällen erzielt, und zwar in 1 Falle, welcher 4 mal, in einem anderen, welcher 2 mal, und in einem dritten, welcher 1 mal punktiert war. Im ganzen war 18 mal punktiert worden.

Soziale Medizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Zur Frage der Rettungskästen bei Eisenbahnunfällen.** Von Prof. A. Freiherrn v. Eiselsberg und Dr. J. Rosmanit. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 42.

2. **Die soziale Medizin als besonderer Unterrichtsgegenstand.** Von Prof. Dr. Maximilian Sternberg, Wien. Referat

Public

für den VIII. internationalen Arbeiterversicherungskongreß in Rom 1908. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 42.

3. **Vermietung gesundheitsschädlicher Wohnungen ein Verstoß gegen die guten Sitten.** Med. Reform, 1908, Nr. 38, S. 458.

1. Wenn irgendwo, wird schleunigste erste ärztliche Hilfe bei größeren Eisenbahnunfällen verlangt — man denke nur an das letzte Berliner Hochbahnunglück —, und wenn irgendwo, wird die Kritik herausgefordert, wo diese Hilfe versagt. Die nach den Verf. bei den deutschen, holländischen, belgischen, französischen, russischen und ungarischen Bahnen seit Jahren gelöste Frage, ob die Züge Rettungsapparate mitführen sollen, harrt in Oesterreich auffallenderweise noch der Lösung. (Wenn wir nicht irren, haben unsere Eisenbahnen auch ganze Rettungswagen, die nach Bedarf schnell überall hingesandt werden können.) Die vorhandenen älteren Rettungskästen sind seit 30 Jahren unverändert geblieben, die größeren wiegen mit Inhalt 161 kg, die kleineren 40. Unter diesen Umständen stellen die Verf. mit dem Endziel einer möglichsten Erleichterung zunächst die Prinzipien fest, nach denen nach ihrer Ansicht heutzutage derartige Kästen einzurichten und auszustatten sind, um dann zum Schluß einen hiernach von Zdarsky-Lilienfeld aus Fournierholz hergestellten, durch Zeichnungen auch seines Innern veranschaulichten leichten, tragbaren, praktischen Koffers als Einheitstype vorzuschlagen. Uns will fast scheinen, als seien diese Prinzipien vielleicht doch etwas zu radikal. Sie lauten kurzgefaßt: keine Instrumente zu operativen Eingriffen, weil diese an der Unfallstelle oder im Rettungswagen möglichst zu vermeiden sind, keine Desinfektionsmittel und Waschvorrichtungen, vielmehr, da die Aufgabe der ersten Hilfe fast stets nur in der Anlegung eines aseptischen Transportnotverbandes besteht, nur Behelfe zu provisorischen Wund- und Schienenverbänden, diese aber reichlich und in tadellosem Zustande. Gegen die Begründung ist an sich gewiß nicht viel einzuwenden, wir haben nur das Gefühl, daß, wenn man aus einem Rettungskasten alle Instrumente usw. entfernt, dieser sich zwar sehr leicht herstellen läßt, im gegebenen Falle aber doch manches vermissen lassen wird, weil Krankenhäuser und Chirurgen, wie in einem als Beispiel angeführten Fall, nicht immer in der Nähe sind. Die Verf. sprechen von dem „Ersten internationalen Kongreß für Rettungswesen in Frankfurt (Juni l. J.)". Der erste derartige Kongreß fand 1876 in Brüssel statt. Referent war auf ihm Kommissar des preuß. Kriegsministeriums.

2. Die allgemeine Erkenntnis, daß der größte Teil der Mediziner die Hochschule ohne Kenntnis der sozialen Medizin verläßt, daß beispielsweise jemand ein vortrefflicher Kliniker und doch kein Versicherungsarzt sein kann, so daß bereits Krankenkassen, Versicherungsanstalten, ärztliche Vereine und Versicherungsfachmänner mehrfach Abhilfe verlangt haben, hat 1901 die staatliche Arbeiterunfallversicherungsanstalt für Nieder-Oesterreich veranlaßt, offiziell den Wunsch auszusprechen, daß den jungen Medizinern über die wesentlichsten Bestimmungen der sozialen Versicherungsgesetze Unterricht erteilt werden möge.

3. Eine bemerkenswerte Entscheidung hat nach der „Medizin. Reform" a. a. O. die II. Zivilkammer des Landgerichts in Darmstadt gefällt: Eine Firma hatte einem Arbeiter eine behördlicherseits nach dem hessischen Wohnungsaufsichtsgesetz wegen Feuchtigkeit, mangelhafter Beleuchtung und unzureichenden Aborts usw. für unbewohnbar erklärte Wohnung vermietet. Nach Zustellung des polizeilichen Räumungsbeschlusses ließ sich der Vermieter von der Ehefrau des Arbeiters, die zu der Zeit allein war, ein Schriftstück unterschreiben, daß er, der Vermieter, die Wohnung gekündigt habe, nur damit er, wie er sagte, nicht bestraft würde; die Familie könnte ruhig wohnen bleiben. Später blieb der Mieter die Miete schuldig, und der Wirt klagte. Die Klage wurde abgewiesen. Das Rechtsgeschäft sei nach § 118 des BGB. nichtig, weil Vermieter gegen die guten Sitten gehandelt habe, indem er den Mieter veranlaßte, ein Mietsverhältnis fortzusetzen, über dessen Unwürdigkeit er belehrt war.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Was leistet gegenwärtig die innere Behandlung der Syphilis?** Von Dr. Köhler. Fortschr. der Med., 1908, Nr. 21.

2. **Resultate mit meinem neuen Verfahren der Credéisierung der Neugeborenen in der Anstalts- und Hebammenpraxis.** Von Dr. H. Hellendall. Med. Klinik, 1908, Nr. 42.

1. Dr. Köhler hat im letzten Jahre 42 Fälle von Lues, die alle Stadien betrafen, mit Mergal behandelt und gute Erfolge erzielt. Er fand, daß das Mergal gut vertragen wird, daß die Resorption und Ausscheidung des Hg leicht und schnell und proportional der gereichten Quecksilbermenge erfolgt, und daß es gegen jede Form und jedes Stadium der Syphilis wirksam ist. In einigen Fällen fand er nach über 14 Tagen, in einem Falle noch nach 24 Tagen Spuren von Quecksilber im Urin. Wenn auch der eine Patient lieber nach dem Essen, der andere lieber auf nüchternen Magen das Mittel nahm, so vertrugen sie doch alle Mergal gut, bis auf drei, die stets heftige Koliken bekamen, die nach Aussetzen des Präparates sistierten. K. schlägt vor, das gallensaure Quecksilberoxyd nicht in gelatinierten Kapseln, sondern in keratinierten Pillen in den Handel zu bringen; denn die Gelatinekapseln sind für manche Menschen immer noch zu groß. Ob nach Mergalgebrauch Recidive schneller und öfters auftreten als bei Schmier- und Spritzkuren, kann K. wegen Kürze der Beobachtungszeit noch nicht entscheiden.

2. Wenn auch in Anstalten die Morbidität der blennorrhoischen Kinder von 10 auf 0,1% heruntergegangen ist, so ist doch noch bei 31% aller blinden Kinder (gegen 50% vor dem Credéschen Verfahren) der Verlust des Augenlichtes auf eine während der Geburt erworbene Augeneiterung zurückzuführen. Denn die Einträufelung von Argent. nitric. ist noch nicht obligatorisch eingeführt, da die Frage des Credéschen Verfahrens noch viel umstritten ist. Die gegen die Höllensteineinträufelung erhobenen Einwände hat H. dadurch zu beseitigen gesucht, daß er eine 1 proz. Argentumlösung in Ampullen zu 0,5 ccm luftdicht einschließen ließ. Nach Abbrechen in vorgemerkten Riefen wird die Flüssigkeit in eine gewöhnliche Augenpipette übertragen, aus der sie durch ein Wattefilter langsam heraustropft. Dadurch wird vermieden, daß zuviel Argentum ins Auge geträufelt wird, was bei dem Credéschen Verfahren mit dem Glasstäbchen und mit einer Augenpipette oder dem Hebammentropfglase leicht geschehen kann. Ferner wird durch den an der Ampulle befindlichen Wattebausch eine zeitliche Begrenzung und genaue Verabfolgung des Tropfens ermöglicht, eine Berührung der Hornhaut, wie sie mit dem Glasstab bei ungeschickter Manipulation möglich ist, vermieden. Die Gefahr der Verdunstung der Höllensteinlösung wird durch den luftdichten Abschluß in der Ampulle verhütet. Es ist also dadurch eine Zersetzung oder stärkere Konzentration oder Verunreinigung unmöglich gemacht. Um zu vermeiden, daß beim Abbrechen des Ampullenhalses Glassplitter an den Fingern zurückbleiben, welche ins Auge gelangen könnten, muß man vor der Einträufelung die Finger mit einem Handtuch abwischen. Mit seiner Methode hat H. an 1000 Fällen Versuche anstellen lassen sowohl in Anstalten wie in der Praxis. Dieselben haben ergeben, daß in keinem Falle eine primäre Gonoblennorrhoe auftrat. Demnach genügt eine 1 proz. Argentumlösung. Nur in 2 Fällen kam es zu einer sekundären Gonoblennorrhoe. 892 Augen blieben völlig reaktionslos. Bei 95 Augen trat ein Argentumkatarrh ein; doch verliefen alle diese Reizungen ohne nachteilige Folgen. Die bisherigen Nachteile, daß das Glas zu hart und der Wattebausch zu fest war, sind jetzt bei der Herstellung behoben. Luftblasen werden vermieden, wenn man den Ampulleninhalt langsam in die Pipette gelangen läßt. H. glaubt den Beweis erbracht zu haben, daß sein Verfahren nur Nutzen bringen kann und empfiehlt deshalb die obligatorische Credéisierung nach dieser Methode. Die Viktoriaapotheke in Berlin SW., Friedrichstr. 19, liefert 1 Karton mit 10 Ampullen zu 2,— M.

Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Diplosal.

Formel: OH C_6H_4 COO C_6H COOH.

Eigenschaften: Diplosal ist ein weißes Kristallpulver vom Schmelzpunkt 147 °, das sich in kaltem Wasser und verdünnten Säuren fast gar nicht löst. In verdünnten Alkalien ist es unter allmählicher Aufspaltung in Salizylsäure sehr leicht löslich. Das Präparat ist ein Salizylsäureester der Salizylsäure und enthält diese in konzentrierter Form, ja es enthält noch mehr Salizylsäure als diese selbst, da es aus zwei Molekülen derselben unter Austritt eines Wassermoleküls entstanden ist. Demnach enthalten 100 Teile Diplosal 107 Teile Salizylsäure.

Indikationen: Das Diplosal findet da Anwendung, wo auch Salizylpräparate verordnet werden, und ist besonders da zu empfehlen, wo eine Salizylwirkung ohne Schädigung des Organismus durchaus erwünscht ist. Da das Diplosal eine schweißtreibende Wirkung nicht besitzt, ist sein Erfolg in solchen Fällen, wo dieses erwünscht ist, beeinträchtigt (Arthritis deformans). In allen Fällen wurde es gut vertragen: auch bei fortgesetzter Anwendung hoher Tagesdosen (bis zu 6,0 g) zeigen sich keine üblen Nebenerscheinungen. Bei der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus trat prompte Entfieberung und Besserung der Gelenkerscheinungen ein.

Pharmakologisches: Da das Diplosal in verdünnten Säuren fast unlöslich ist, so passiert es den Magen beinahe unverändert und ist infolgedessen so gut wie ohne Reizwirkung auf die Magenschleimhaut. Erst im Darme erfolgt seine Resorption, wo es sich im alkalischen Darmsaft löst und allmählich in Salizylsäure aufspaltet, die nunmehr ihre Wirkung entfaltet.

Dosierung und Darreichung: Diplosal wird zu 0,5—1,0 g, eventuell mehrmals täglich verabfolgt. Tagesdosis 3,0—6,0 g.

Rezeptformel:

Rp. Diplosal 1,0 g. Tal. dos. No. X.

oder:

1 Originalröhrchen mit 20 Tabletten zu 0,5 g (= 1.— M.)

oder:

1 Originalkarton mit 50 Tabletten zu 0,5 g (= 2,35 M.).

Literatur: O. Minkowski: „Zur medikamentösen Therapie der akuten Gelenkrheumatismen.“ Therapie d. Gegenwart, September 1908.

Firma: Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof.

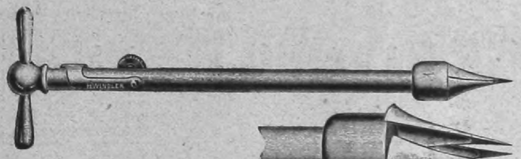
Technische Neuerscheinungen.

Perforatorium.

Nach Dr. **Nacke**, Berlin.

Das Instrument besteht aus einer 24 cm langen, 14 mm dicken Röhre, die am einen Ende eine aus 3 spitzen Prismen zusammengesetzte Spitze trägt. Durch die Röhre wird ein fester Metallstab eingeführt; wird dieser um seine Längsachse vorgedreht, so bewirkt er eine Oeffnung der Spitze in der Weise, daß eine der Außenflächen der drei Prismen als scharfe Schneide schräg nach außen gestellt wird. Die Anwendungsweise des Instruments ist folgende: Mit der geschlossenen Spitze wird die entsprechende Knochenpartie des kindlichen Schädels durchbohrt, etwa $1^1/_2$ cm tief; dann wird das Instrument etwas zurückgezogen und die Spitze geöffnet, worauf es wie ein Korkenzieher unter leichtem Druck und einmaliger Drehung um die Längsachse in den Schädel eingebohrt wird; dabei wird aus letzterem eine kreisrundes Stück ausgeschnitten. Die Vorzüge des Instruments sind: 1. die sichere Einführung ohne Verletzungsgefahr für die eigene Hand und die Gebärende; 2. der kreisrunde Ausschnitt aus dem Schädel, der ein besseres Ausräumen und Ausspülen des Schädels gestattet, als beim vierzipfeligen Ausschnitt mit dem scherenförmigen Perforatorium und ein sicheres Anlegen des Kranioklast ermöglicht; 3. die schnelle und für die Enthirnung ausreichende Eröffnung des Schädels an sehr harten oder für die Perforation ungünstig gelegenen Partien des kindlichen Schädels. Fabrikant: H. Windler, Berlin, Friedrichstraße.

M. Plien, Berlin.



NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Bücherbesprechungen.

Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose. Von Dr. Veckenstedt. Würzburger Abhandlungen aus dem Grenzgebiete der praktischen Medizin, 1908, VIII. Bd., Heft 8.

Mehr und mehr verschaffen glänzende therapeutische Erfolge der Rhinologie das ihr gebührende Ansehen. Welche hervorragende Rolle die Nase oft bei Kopfschmerz spielt, darauf macht Veckenstedt in klarer Darstellung aufmerksam und zeigt, wie man oft jahrelang bestehenden Kopfschmerz durch einen einfachen Eingriff dauernd beseitigen kann. Bei seiner Einteilung: der lokale, neuralgische, zerebrale Kopfschmerz, lassen sich Wiederholungen in den einzelnen Abschnitten nicht vermeiden. Dennoch stören sie kaum, da dieselben Affektionen dann von verschiedener Seite beleuchtet werden. Glücklich sind auch die wiederholten anatomischen Hinweise auf Beziehungen zu benachbarten Nerven- und Gefäßgebieten, welche dem weniger Geschulten das Verständnis des kausalen Zusammenhanges näher bringen.

M. Halle, Charlottenburg.

Aerztliches Vademekum und Taschenkalender für 1909. XV. Jahrg. Von Dr. A. Krüche. München, Gmelin. 186 S. Kleinoktav. Preis M. 2,—.

Das bekannte Vademekum ist auch dieses Jahr wieder in verbesserter und erweiterter Form erschienen. Es enthält viele für den Arzt wichtige Daten, die er sich sonst mühsam zusammensuchen müßte, in übersichtlicher Form angeordnet, ferner Fiebertabellen und weißes Papier, was ersetzt werden kann, Diätkuren, Nothilfe, Gesetzeskunde, Aerztetaxen für Bayern, Preußen, Württemberg etc.

Esch.

Therapeutisches Jahrbuch, XVIII. Jahrgang. Leipzig und Wien, 1908, Franz Deutricke. 4 M.

Das von Dr. med. Ernst Nitzelnadel in Schneeberg i. S. zusammengestellte und geordnete Jahrbuch bringt im 18. Jahrgang kurze diagnostische, therapeutische und pharmakologische Angaben, die der Verfasser der deutschen medizinischen Journalliteratur, wie sie das Jahr 1907 brachte, unternommen hat. In der ersten Abteilung werden einige diagnostische Neuerungen angegeben, die im Laufe des vorigen Jahres für die Urinuntersuchung, Färbung von Mikroorganismen usw. veröffentlicht wurden. Dabei wurde aber nur auf das für den Praktiker wirklich Brauchbare Rücksicht genommen. Dasselbe gilt für die therapeutischen Notizen. Auch von den neuen Arzneimitteln fanden nur diejenigen Erwähnung, die infolge ihrer Brauchbarkeit ihren Platz in unserem therapeutischen Schatz behauptet haben. Am Schlusse einer jeden Angabe finden sich kurze Notizen, an welcher Stelle man das Original nachlesen kann. Wenn der Verfasser sich als Leitsatz das Motto aufgestellt hat: Primum non nocere, so muß man zugeben, daß die diagnostischen, therapeutischen und pharmakologischen Angaben im allgemeinen nur das bringen, was auf Grund exakter Untersuchungen und Erfahrungen als brauchbar angesehen werden kann. Wer sich über die letzten Neuheiten schnell orientieren will, dem kann das Buch gern empfohlen werden.

Dr. Krüger, Magdeburg.

Nicht durch die Tagesblätter, sondern allein auf Grund seiner effektiven Vorzüge bei der Behandlung von Skrophulose und Rhachitis soll das Nährfett Fucol sich seine Stellung im Arzneischatze erringen. Diesen Weg der Einführung wird jeder Praktiker billigen. Man verordne Orig.-Flaschen à 1/2 Liter à Mk. 2.—. Der General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

F. A. Hoppen u. R. Fischer
Patentanwälte
Berlin SW. 13, Neuenburgerstraße 15
Amt IV, 718.

Public

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

Allgemeines.

Verein der Badeärzte an der Ostsee.

Einladung zur IX. Jahresversammlung am Sonntag, den 6. Dezember 1908, vormittags 11½ Uhr, im Bureau des Verbandes deutscher Ostseebäder, Berlin NW., Unter den Linden 76a, Eingang Neue Wilhelmstraße.

Beiträge zur Tagesordnung, welche nach dem 21. November cr. den Herrn Kollegen zugestellt werden wird, bitte ich bis zu genanntem Tage an den Unterzeichneten gütigst einsenden zu wollen.

Nach der Sitzung findet, wie alljährlich, ein gemeinsames Mittagessen (Gedeck 2,00) in dem Weinrestaurant von Junker, Neue Wilhelmsstr. 5 (neben dem Versammlungslokale), statt.

Um recht rege Beteiligung an der Jahresversammlung bittet mit kollegialem Gruß

Der Vorstand.
I. A.: Sanitätsrat Dr. Rhode,
Berlin SO. 26, Waldemarstr. 55.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Der Allgemeinzustand des Patienten

wird durch alkaloidhaltige Genussmittel oft in unerwünschter Weise beeinflusst. Kathreiners Malzkaffee ist absolut indifferent und bietet dabei die Geschmacksannehmlichkeiten des Bohnenkaffees. Ein besonderer hygienischer Vorzug ist seine durch die musterhafte Fabrikation und Verpackung garantierte Reinheit und Unverfälschtheit.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Leistungsfähiges
Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.
Durchweg Neuheiten, begutachtet von Geheimrat Prof. Dr. **Alb. Hoffa,** Berlin.
Auslands-Patent und D. R. G. M.
Reparaturen v. chirurg. Instrumenten u. sonst. Apparaten prompt.
Arn. Festerling,
Bielefeld,
Fernruf 1179 Victoriastrasse 6.

RATTENFÄNGER VON HAMELN
Dr. Paul Lohmann's
Eisen-Mangan-Pepton
Liquor ferri mangani peptonati
Dr. Lohmann
(Rattenfängermarke)
Gebrauchsanweisung:
Kinder unter 12 Jahren 2 bis 3 mal täglich 1 Theelöffel, Erwachsene 2 bis 3 mal täglich 1 Esslöffel oder kleines Likörglas voll vor oder nach den Hauptmahlzeiten auf ärztliche Anordnung.
Wirklich wohlschmeckend wenn kühl aufbewahrt
SCHUTZ-MARKE.

Dr. Paul Lohmann's
Eisen-Mangan-Pepton
Marke: Rattenfänger von Hameln.
Bewährtes Mittel gegen Blutarmut, Bleichsucht, Nervenschwäche, Appetitlosigkeit,
wegen seiner unvergleichlichen Haltbarkeit besonders auch in den **Tropen.**

Zusammensetzung: Genau nach den Vorschriften des Deutschen Apotheker-Vereins

Bitte vergleichen Sie den Geschmack durch Probieren mit den übrigen Präparaten des Handels!

Der hervorragend schöne und angenehme Geschmack beruht auf **völliger Neutralität und gänzlicher Abwesenheit** aller Laugen und Alkalien und dem neuen von mir allein hergestellten kolloidalen Eisen und Mangan.

Preis der Flasche in ff. Cartons **M. 0,80.**
Detail-Verkauf M. 1,20.
Postpakete von 8 Flaschen Brutto 5 Ko.

Dr. Paul Lohmann, Chem. Fabrik
Hameln a. d. W.

Nettelbeckhaus
Berlin W., Kurfürstenstr. 125 I, Telephon A. VI, 14536,
empfiehlt den Herren Aerzten, Kliniken, Sanatorien, seine staatlich geprüften, sprachgewandten Schwestern für jede Privat-Kranken- und Wochenpflege und Massage.
Dr. Bernard's Kuranstalten

Adressbuch für **Zahnärzte und Zahnkünstler Europas 1905**
liefern wir, soweit der Vorrat reicht, jetzt für
☛ **Mark 1,—** ☚
Zahntechnische Reform, Berlin W. 9.

Krondorfer als natürliches Tafelwasser ersten Ranges und als **Heilwasser** gegen die Leiden der Athmungsorgane des Magens und der Blase bestens empfohlen.
Brunnen-Unternehmung **Carl Gölsdorf, Krondorf** bei Karlsbad.

Haemacolade
das Frühstück
in Sanatorien und Kliniken
für Kranke und der Kräftigung Bedürftige

Rhachisan
Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.

Bestandteile:

Ol. Jecoris Aselli	30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. (enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)	1 %
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) (enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)	15 %
Corrigentia und Wasser	ad 100

Proben und Literatur gratis!

Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau,** Berlin, Prof Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann,** Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **A. Fränkel,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax,** Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer,** Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek,** Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks,** Bonn, Prof. Dr. **G. Köster,** Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz,** Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel,** Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer,** Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter,** Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz,** Königsberg i. Pr., Prof. Dr. **E. Schultze,** Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer,** Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 22. November 1908. **Nr. 47.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
A. Moeller, Berlin: Coffeïnfreier Kaffee bei der Behandlung Lungenkranker 693
J. Sadger, Wien-Gräfenberg: Die Hydriatik des Morbus Brightii 694
Referate:
K. Helbing und P. Roeder, Berlin: Chirurgie 698
E. Meyer, Charlottenburg: Lungenkrankheiten 699
E. Rehfisch, Berlin: Herzkrankheiten 699
M. Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten 701
J. Ibrahim, München: Kinderheilkunde 701
F. Tripold: Klimatotherapie und Thalassotherapie 703
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 705
Bücherbesprechungen: 705
Bandelier und Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose (Ref.: Ernst Meyer, Charlottenburg) 705
Breßler und Marhold: Die Willensfreiheit in moderner, theologischer, psychiatrischer und juristischer Beleuchtung, nebst eine Abwehr gegen den Oberstaatsanwalt P. (Ref.: G. Flatau, Berlin) 706
Allgemeines 706

ORIGINALIEN.

Coffeïnfreier Kaffee bei der Behandlung Lungenkranker.

Von Prof. Dr. **A. Moeller.**
Spezialarzt für Lungenkrankheiten in Berlin.

Angeregt durch eine Publikation von Professor Boruttau[1]) über die Frage der wirksamen Kaffeebestandteile, worin er neben Tierversuchen mitteilt, daß er beim Selbstversuch nach der Aufnahme auch extrastarker Dekokte (20 : 100 Wasser) von „coffeïnfreiem Kaffee“ die sonst gewohnte erregende Wirkung geradezu auffällig vermißt habe und auch von anderer unbeeinflußter Seite gehört habe, daß Wachhalten zur Arbeit bei vorhandener Ermüdung durch Absud des coffeïnfreien Kaffees nicht zu erzielen sei, sowie daß durch seine Versuche nachgewiesen sei, erstens, daß sich durch fabrikmäßiges Verfahren tatsächlich so weitgehende Entziehung des Coffeïns erzielen läßt, daß der betreffende Kaffee in den praktisch in Betracht kommenden Aufgüssen keine Coffeïnwirkung äußert, zweitens, daß die erregende Wirkung des Kaffees nur auf das Coffeïn zurückzuführen sei, habe ich bei mehreren lungenkranken Patienten, die an den Genuß des Kaffees so gewöhnt waren, daß sie denselben nicht mehr entbehren zu können glaubten, aber nach der Einnahme desselben stets starkes, sie sehr belästigendes und beunruhigendes Herzklopfen bekamen, Versuche mit der Darreichung von coffeïnfreiem Kaffee gemacht.

Bekanntlich verursacht die chronische Tuberkulose besonders in ihren späteren Stadien eine wesentliche Beschleunigung der Herztätigkeit, und zwar nicht nur bei den fiebernden, sondern auch bei den fieberlosen Kranken. Diese vermehrte Herztätigkeit ist oft auch bei tuberkulosesuspekten Personen, bei denen später Tuberkulose ausbrach, beobachtet worden.

Die objektive Untersuchung des Herzens ergibt oft systolische Geräusche über den Klappen. Selbst wenn die Kranken ruhen, wie man sie ja zwecks Heilung der erkrankten Lungen viel Liegekur machen läßt, kann man bei ihnen eine mitunter oft recht beträchtliche über die Norm vermehrte Pulsfrequenz konstatieren. Die Patienten selbst empfinden diese beschleunigte Herztätigkeit vielfach als sehr beunruhigendes und stark belästigendes Herzklopfen, verbunden mit einem unangenehmen Druck der Herzgrube und dem Gefühl einer großen Beängstigung. Es ist oft so stark, daß die Kranken Furcht haben, sich abends zum Schlafen niederzulegen, weil sie vor starkem Herzklopfen nicht einschlafen können; ja mitunter pocht es so laut, daß sie wegen des starken Tones keinen Schlaf finden können. Sie behelfen sich oft damit, daß sie eine laut gehende Uhr, die ihre Herzschläge übertönt, in ihrem Schlafzimmer halten, ihr Schlafzimmer in der Vorderfront des Hauses möglichst zur ebenen Erde einrichten, damit der Straßenlärm durch das offen gelassene Fenster eintritt, und sie somit nicht ständig das beängstigende Herzklopfen hören.

---

[1]) Prof. Dr. Boruttau: Zur Frage der wirksamen Kaffeebestandteile. Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie, Juni 1908.

Doch nicht nur subjektiv unangenehm ist das Herzklopfen, sondern man muß auf Grund vielfacher Beobachtungen annehmen, daß eine solche Palpitatio cordis doch meist vom prognostischen Standpunkte aus betrachtet, wenn sie dauernd und in hohem Grade auftritt, als ein Signum mali ominis zu betrachten ist. Sodann auch ist zu berücksichtigen, daß durch den erhöhten Druck die Gefahr einer Lungenblutung besteht.

Aus diesen Ausführungen ergibt es sich, daß es bei der Behandlung der Lungentuberkulose von enormem Werte ist, den Kranken Genußmittel zu geben, die ihrem Blutzirkulationsapparat keinen weiteren Schaden zufügen können.

Ist nun schon in der Ruhe die Pulszahl ca. 100 pro Minute, so vermehrt sie sich bei körperlichen Leistungen und auch bei Nahrungsaufnahme noch mehr; ganz besonders aber leiden die Kranken unter dieser ihnen äußerst lästigen und beängstigenden Pulsvermehrung bei den Einnahmen der üblichen Genußmittel, wie der alkoholhaltigen Getränke, des Tabaks und des Kaffees.

Insbesondere beim Genuß des letzteren klagten viele meiner Patienten über diese sie belästigenden Folgeerscheinungen. Den Kaffee ganz zu vermeiden ist für viele, insbesondere für zahlreiche weibliche Patienten, die sich jahrelang daran gewöhnt haben, nahezu unmöglich. Es ist also beim Genuß des gewöhnlichen Kaffees Vorsicht anzuempfehlen.

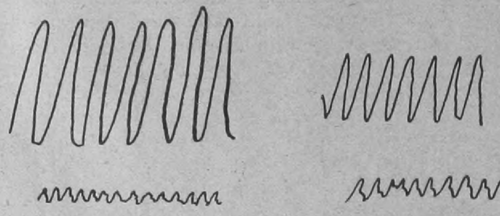
Fragen wir uns nun, was verursacht beim Kaffeegenuß die erhöhte Pulsfrequenz, so finden wir als Ursache dafür das im Kaffee enthaltende Alkaloid, das Coffeïn, was sich experimentell beweisen läßt.

Es war also, um den an Kaffeegenuß gewöhnten Patienten einen weiteren Genuß gestatten zu können, die Aufgabe zu lösen, dem Kaffee diesen schädlichen Stoff, der in gerösteten Bohnen bis zu 1,16 Prozent enthalten ist, zu entziehen, ohne Geschmack und Aroma des Kaffees zu ändern.

Es wurden viele dahinzielende Versuche angestellt, doch ließen sie sich im großen alle nicht durchführen, bis endlich der Chemiker Wimmer[2]) ein Verfahren, den sog. Aufschließungsprozeß, fand, wodurch es mit Hilfe von Extraktionsmitteln möglich war, die Zellen in den Bohnen zu öffnen und durch nunmehriges Eindringen der Extraktionsstoffe die Coffeïnsalze zu zerlegen. Wenn nun die so vorbehandelten Bohnen mit Coffeïnlösungsmitteln, wie Aether, Chloroform, Benzol extrahiert werden, so gelingt es, ihnen das Coffeïn bis auf Spuren zu entziehen, während alle jene, den angenehmen Geschmack und das Aroma bedingenden, Bestandteile, wie Kaffeegerbsäure, Zucker etc., dem Kaffee erhalten bleiben. Der verschwindend kleine Bruchteil Coffeïn, welcher nach diesem Verfahren noch im Kaffee bleibt (man berechnet in einer Tasse Kaffee von 125 ccm, hergestellt aus 5 g Kaffee, noch ca. 0,005 g) ist kaum nennenswert und kann keine schädliche Wirkung mehr ausüben. Der coffeïnfreie Kaffee behält die äußeren Eigenschaften des gebrannten Bohnenkaffees; außer dem Coffeïn geht nur noch ein wenig von einer wachsartigen Masse verloren.

Ich habe nun in jüngster Zeit mehrfach Versuche mit diesem von der Bremer Kaffee-Handels-A.-G. in den Handel gebrachten Kaffee „Hag“ angestellt bei lungenkranken Patienten, die nach dem Genuß von gewöhnlichem Kaffee unangenehme Reizerscheinungen, wie vermehrte und verstärkte Pulsfrequenz und Blutandrang nach dem Kopf hatten, sowie auch bei Patienten, die an Tachykardie litten; ich berücksichtigte dabei Fälle von Anfangsstadien wie auch vorgeschrittene Erkrankungen, von letzteren fiebernde und nicht fiebernde. Der größte Teil der Kranken empfand die nach dem Genuß des coffeïnhaltigen Kaffees auftretende noch stärkere Herzaktion als sehr beunruhigend und beängstigend. Ich ließ den coffeïnfreien Kaffee stets in gleicher Stärke herstellen, wie bei dem früher benutzten gewöhnlichen Kaffee und auch in gleicher Quantität nehmen. Sämtliche Patienten teilten mir mit, daß der coffeïnfreie Kaffee ebenso gut schmecke, wie der gewöhnliche Kaffee und ein sehr angenehmes Getränk sei, das von dem coffeïnhaltigen Kaffee nicht zu unterscheiden sei; und sie zögen diesen neuen Kaffee vor, weil bei seinem Genuß die unangenehmen Begleit- und Folgeerscheinungen, die Reizwirkungen, ganz ausblieben; insbesondere die so lästige Herzbeschleunigung nicht aufträte. Auch das Gefühl des Blutandranges nach dem Kopf blieb bei der Mehrzahl aus.

Vergleichende Experimente, die ich bei zwei Patienten mit coffeïnhaltigem und coffeinfreiem Kaffee anstellte (beide erhielten beide Male die gleiche Quantität und in gleicher Stärke hergestellte Proben von beiden Kaffeesorten), ergaben, daß Atmung und Kreislauf nach dem Genuß des coffeïnhaltigen Kaffees gesteigert (bei einem wurde die Pulsation irregulär) wurden; insbesondere wurde die Atmung flacher und beschleunigt; während nach dem Genuß des coffeïnfreien Kaffees keinerlei Differenzen gegenüber dem Verhalten vor dem Versuch zu konstatieren waren.



vor dem Versuch $\frac{1}{4}$ Stunde nach dem Versuch

2 Tassen coffeïnhaltigen Kaffees (20:100 Wasser).

Hiernach empfehle ich meinen Patienten, die den Kaffeegenuß nicht entbehren zu können glauben, zumal da viele, denen ich Schokolade oder Kakao anstatt des gewohnten Kaffees empfohlen habe, bald dieser Präparate überdrüssig werden und wieder zum Kaffeegenuß zurückkehren zu müssen meinen, den coffeïnfreien Kaffee „Hag“ als Ersatzmittel, und wie ich bisher beobachtet habe, mit außerordentlich günstigem Erfolg.

Die Hydriatik des Morbus Brightii.

Von Dr. **J. Sadger**, Wien-Gräfenberg.

Beim Morbus Brightii von Wasserkur zu sprechen, scheint den meisten Aerzten ganz ungeheuerlich. Sie lassen allenfalls heiße Bäder oder Ziemssens heiße Einwicklungen gelten, von kühlen oder vollends kalten Prozeduren wenden sie sich mit Entsetzen ab. Das hat zwei Gründe, von welchen der eine ganz unberechtigt ist, der zweite bis zu einem gewissen Grade Beachtung heischt. Der erste unberechtigte ist die Furcht vor Erkältung und dieser letzteren fälschliche Identifikation mit Kälte. Weil die Erkältung mitunter Ursache akuter Nephritiden ist, weil man ferner in einzelnen Fällen beobachtete, freilich ausschließlich bei dazu Disponierten und Versagen der normalen Reaktion, daß $^1/_4$—1 stündige kalte Bäder Eiweiß, ja selbst Zylinder im Harne zur Folge hatten, darum scheute man a priori zurück vor kalten Prozeduren bei Morbus Brightii. Berechtigter ist der zweite Einwand. Die Haut der Nephritiker reagiert auf Kältehydriatik schlecht, was aber für den geschulten Arzt keine unübersteiglichen Hindernisse setzt. Man vergesse nur nie, worauf ich schon hier nachdrücklichst verweise, auf Erzwingung voller Reaktion zu achten, womöglich bis zu Warm- und Rotwerden der Haut durch entschlossene thermische und mechanische Reize.

---

[2] "Coffeinfreier Kaffee." Vortrag, geh. auf der 12. Versammlung der Chemiker Deutschlands. Zeitschr. f. öffentl. Chemie 1907, H. 22.

Ehe ich auf die spezielle Hydriatik eingehe, seien erst einige allgemeine und historische Gesichtspunkte vorangeschickt. Man glaubte lange an einen gewissen Antagonismus zwischen äußerer Haut und inneren Organen, so auch den Nieren. Würde z. B. das Strombett der Haut durch irgendwelche Reize ad maximum erweitert, so sollte damit eine Kontraktion der Gefäße innerer Organe einhergehen, eine dekongestionierende Wirkung demnach. Nur trifft dies leider just für die Nieren nach neueren Forschungen keineswegs zu, vielmehr besteht zwischen ihnen und der äußeren Körperbedeckung ein gewisser Parallelismus. Erweitern oder verengern sich die Hautgefäße, so tun es die Gefäße der Nieren auch. Damit fällt diese theoretische Voraussetzung für unser therapeutisches Vorgehen weg. Hingegen hielt eine andere Annahme bisher Stich, daß nämlich die Haut, wenn ihre Energie entsprechend gestachelt wird, die Funktionen der Nieren bis zu einem gewissen Grade übernehmen kann, also vikariierend für diese eintritt. Es kann ganz sicher die Wasser- und Kochsalzausscheidung der Haut in sehr beträchtlichem Maße erhöht werden, in geringerem die Stickstoff-Elimination und wohl auch der Toxine, von welchen wir nur freilich zur Stunde noch nichts wissen. Wenn es wahr ist, wie die neueste Lehre lautet, daß an den Oedemen die mangelhafte Kochsalzausscheidung Schuld trägt, dann wäre die vermehrte Hautperspiration von größter Bedeutung. Nur finden die Chancen unserer Erfolge dadurch eine ganz beträchtliche Einschränkung, daß erstens ein gewisser Antagonismus besteht zwischen Schweiß und Diurese, so daß bei einem vermehrten Schwitzen die Niere dann weniger an Wasser ausscheidet und zweitens erfahrungsgemäß auch die angestrengteste Hauttätigkeit auf die Dauer nicht genügt, die Funktion der Niere vollständig zu ersetzen. Immerhin ist ihre Ersatztätigkeit weitaus die bedeutsamste für die Erhaltung des Lebens, das die Insuffizienz der Niere bedroht.

Dasjenige Symptom, das den Kranken gewöhnlich zum Arzte treibt, sind die Oedeme, die seine Leistungsfähigkeit so beträchtlich herabsetzen. Darum waren bereits im Altertum die Bemühungen der Aerzte darauf gerichtet, sie durch Schweißerzeugung wirksam zu bekämpfen, wie Liebermeister in seiner grundlegenden Arbeit¹) ausführt. Schon Celsus riet gegen Anasarca Insolationen an. Man setzte die angeschwollenen Teile den direkten Sonnenstrahlen aus und verhüllte nur den Kopf, oder es wurde der Kranke mit Sand bedeckt, der vorher an der Sonne stark erhitzt worden war; oder man rief durch Einwicklung in vorher stark erwärmte Felle Schweiß hervor (also Trockenschwitzpackung); auch wurden hydropische Kranke in Backöfen oder Schwitzstuben gebracht, was eine primitive Form der Heißluftbehandlung darstellt. Warme Bäder empfahl erst später Aetius, während Umschläge, Kataplasmen und Pflaster schon frühzeitig in hohem Ansehen standen. Daneben sah schon Celsus die mehr weniger vollständige Abstinenz von flüssiger Nahrung als erforderlich an, ja einzelne Autoren verlangten noch obendrein längeres Hungern. In neuerer Zeit nahm die diaphoretische Methode durch Brights Entdeckung einen glänzenden Aufschwung und wurde besonders durch Osborne und Forget und endlich vor allem durch Liebermeister gefördert. Der Letztgenannte machte Versuche mit heißen Bädern und kam zum Schlusse, daß „namentlich ein Bad, dessen Temperatur allmählich bis zu einem möglichst hohen Grade gesteigert wird, das sicherste Mittel sei, um die Temperatur des ganzen Körpers beträchtlich über die Norm zu erhöhen. Ich hatte bei den an mir selbst angestellten Versuchen die Erfahrung gemacht, daß nach einem solchen Bade, solange die Temperatur des Körpers noch nicht zur Norm zurückgekehrt war, eine Neigung zu profusen Schweißen bestand. Wurden nach einem heißen Bade die Kranken in wollene Decken eingewickelt, so erfolgte eine äußerst profuse Schweißsekretion; gewöhnlich sickerte durch drei wollene Decken, in welche der Kranke eingewickelt war, und durch den Strohsack, auf welchem er lag, soviel Schweiß hindurch, daß große Quantitäten in einem untergelegten Gefäß aufgefangen werden konnten²). Diese Beobachtungen haben mir die Ueberzeugung verschafft, daß auf diese Weise einem Menschen größere Quantitäten von Wasser entzogen werden könnten, als nach jeder anderen Methode, und daß, wenn überhaupt die Diaphorese eine wirksame hydragoge Methode sei, gerade dies Verfahren den sichersten Erfolg liefern müsse! Das Bad wurde mit 38° C. begonnen und die Temperatur durch langsames Zufließen von warmem Wasser allmählich auf 40—42, ja selbst 43° gesteigert, so warm, als es der Kranke eben noch aushielt, Dauer des Bades $^1/_2$—$^3/_4$—1 Stunde, so lange er es vertragen würde, dann folgte ein Nachschwitzen in wollenen Decken bis zu $2^1/_2$ Stunden.

Im Jahre 1867 trat Ziemssen mit einem neuen Verfahren hervor. („Die methodisch-diaphoretische Behandlung des Hydrops", Deutsches Arch. f. klin. Med., 2. Bd.) Zur Schweißerzeugung benützte er die „Prießnitzsche Einwicklung, jedoch mit dem Unterschiede, daß das leinene Laken in heißes, statt in kaltes Wasser getaucht ist. In der Einwicklung blieb Patient 2—3 Stunden. Der Erfolg entsprach der gehegten Erwartung: die Schweißsekretion war fast jedesmal eine sehr reichliche. Freilich, daß der Erfolg der einfachen Warmwassereinpackung dem des heißen Bades nicht gleichkommen würde, war von vornherein anzunehmen." In späteren Jahren, als die physikalische Therapie immer komplizierter und eleganter wurde, gab es gar bald noch manche „Verbesserung", z. B. Dampfkasten- und Dampfwannenbäder, Sand-, Heißluft-, Sonnen- und elektrische Lichtbäder, mit welchen Prozeduren man zum Teil an die Tradition des Altertums anknüpfte. Das Urteil über diese möchte ich Carl von Noorden überlassen, der in einer seiner letzten Publikationen schreibt: „Ich habe den Eindruck und auch einige zahlenmäßige Belege, daß man mit dem freilich umständlicheren älteren Verfahren den Zweck, eine vikariierende Hauttätigkeit auszulösen, sicherer und nachdrücklicher erreicht. Wir fanden öfters, daß gerade ödematöse Nierenkranke dabei doppelt und dreifach soviel an Gewicht verloren wie bei der Anwendung der Heißluftapparate. Letztere sind aber zweifellos bequemer, schonender und daher häufiger anwendbar." Endlich wurden schon seit langem zur Hautpflege indifferent warme Wannenbäder von 34—35° C. gegeben. Strasser und Blumenkranz, die deren Wirkung in jüngsten Tagen genau studierten³), kamen zum Resultat, daß unter ihnen

---

¹) Ueber die Anwendung der Diaphorese bei chronischem Morbus Brightii. Prager Vierteljahrsschrift, 1861.

²) Wer die Geschichte der Hydriatik kennt, wird hier unwillkürlich an Vincenz Prießnitz erinnert, der bis 1840 alle chronisch Kranken gleichfalls in Wolldecken stundenlang trocken schwitzen ließ; auch von diesen wird ganz das nämliche berichtet über das Durchschwitzen der Decken und des Strohsacks und das Auffangen des Schweißes in untergestellten Gefäßen.

³) Die Wirkung indifferenter und schweißtreibender Bäder bei Nephritis. Bl. f. klin. Hydrotherapie, 1907, No. 8.

Public D

die Diurese sich gewaltig hebt, Kochsalz- und Stickstoffausscheidung erheblich zunimmt (bei wechselndem Verhalten der Eiweißelimination), daß also die indifferenten Bäder die Niereninsuffizienz als solche günstig beeinflussen. „Unsere eigene Erfahrung sowie diejenige von Kollegen, die gelegentlich unsere Methode versuchten, sprechen dafür, daß die systematische Anwendung protrahierter, indifferenter Bäder oft von gutem Erfolge begleitet ist, und daß durch Kombination derselben mit einer salzarmen oder salzfreien Diät nephritische Schwellungen meist sicher und schnell zum Verschwinden gebracht werden können.“

Von Leube und Strauss sind gegen die Oedembehandlung mit Schwitzprozeduren theoretische Bedenken erhoben worden. Beide sehen die hydropischen Schwellungen als eine Selbsthilfe des Organismus an. Die Stoffwechselprodukte, die die kranke Niere nicht entfernen könnte, würden dann in den Oedemen deponiert und unschädlich gemacht, gelangten jedoch mit dem Schwinden derselben wieder in die Blutbahn und könnten da urämische Anfälle wachrufen. Diese theoretischen Bedenken hat die Praxis jedoch nicht sanktioniert. So schreibt z. B. Matthes in seinem Lehrbuch: „Ich kann nur sagen, daß ich bisher niemals einen Nierenkranken infolge eines Schwitzbades habe urämisch werden sehen. Auch habe ich nicht den Eindruck gehabt, daß ein bereits Urämischer durch ein Schwitzbad in seinem Zustande wesentlich verschlimmert wurde.“ Dieser Gegensatz der Meinungen erklärt sich vielleicht daraus, daß man jetzt die Indikationen für das Schwitzen weitaus präziser stellt, z. B. bei Schrumpfniere und bei Uebergang in diese die Diaphorese unterläßt und sie auch nicht mehr derart forciert, wie es Liebermeister tat, dessen Kranke dann hiervon oft stundenlangen Kopfschmerz und Herzbeschleunigung bekamen. Endlich ist zu beachten, daß wir heute vielfach die Schwitzprozeduren durch das indifferente Bad ersetzen, welches nach Noorden „bei Nephritikern breitester Anwendung fähig und kaum jemals kontraindiziert ist, wenn man auch über seine Bedeutung als Heilfaktor noch kein endgültiges Urteil abgeben kann.“ Man kann es heute ganz allgemein aussprechen: Schwitzprozeduren, welcher Art immer, sind überhaupt nur bei Oedemen statthaft, direkt kontraindiziert bei Schrumpfniere und Uebergang in diese und endlich vielfach zu ersetzen durch das harmlose indifferente Bad. Schrumpfnieren und die Uebergangsformen zu diesen sind die eigentliche Domäne der Kaltwasserkur. Hat doch selbst ein Nichthydriater wie Carl von Noorden vor kurzem noch geschrieben: „Ich glaube, daß jeder Arzt, der über die erfrischenden und die Zirkulation anregenden Kaltwasserprozeduren bei Schrumpfniere einige Erfahrungen gesammelt hat, Bedenken tragen wird, bei dieser Krankheit wieder zu heißen Bädern zurückzukehren. Außer der Schrumpfniere gehören vor allem noch die harmlosen juvenilen Albuminurien zur Domäne der Kaltwasserprozeduren. Hier würden heiße Bäder und Schwitzprozeduren sicher nutzlos, eher schädlich sein. Die auf Abhärtung und Erfrischung, auf Besserung der Blutzirkulation und der Blutbildung hinzielenden Kaltwasserprozeduren leisten dagegen vortreffliche Dienste. Schließlich möchte ich auch die nach Ablauf einer akuten Nephritis oft noch Monate und Jahre zurückbleibenden Albuminurien als geeignetes Terrain für die Kaltwasserprozeduren in Anspruch nehmen.“

Ich komme nun zu einem der allerwichtigsten Heilmittel, das, anwendbar bei allen wie immer bedingten Formen von Hydrops, nicht selten geradezu lebensrettend wirkt, ich meine die strengstens durchgeführte Milchkur nach Philipp Karell[4]). Ich will dessen Regeln, die noch heute absolut mustergültig, in Kürze hersetzen. Verabreicht darf anfangs überhaupt nur Milch werden, und zwar stets abgerahmt, in welcher Form sie am leichtesten verdaulich ist, während fette Milch leicht Borborygmi und Durchfälle erzeugt. Man mag sie lau oder kalt verordnen, nach Wunsch des Kranken, doch ist sie stets in kleinen Schlucken, langsam und gut eingespeichelt zu genießen. Entscheidend jedoch für den Erfolg sind drei Momente: man muß die Milch stets in ganz kleinen Dosen, 3—4 mal täglich und in regelmäßigen Intervallen geben. Man lasse z. B. den Kranken um 8 Uhr früh, um 12 Uhr mittags, 4 Uhr nachmittags und 8 Uhr abends je 60—200 Gramm Milch trinken, wobei man immer mit der kleinsten Dosis von 60 Gramm (4 Eßlöffel) anfangen soll. Auf Wunsch des Kranken kann die Stunde der Mahlzeit geändert werden, doch ist an den gleichen vierstündigen Zwischenräumen ganz unverrückbar festzuhalten. Wenn der Patient die Milch gut verdaut, was sich durch konsistente Stühle dokumentiert, erhöht man allmählich die Dosis bis zu 2 und 3 Litern täglich. Bei ausgesprochenem Durst ist Wasser oder Selters gestattet, bei ausgesprochenem Hunger in der 2. oder 3. Woche eine altbackene Semmel, eventuell noch einmal täglich statt der Milch eine Milchsuppe mit Grütze. Eine solche Kur kann nach 5—6 Wochen modifiziert werden, indem man die Milch nur dreimal täglich nehmen läßt und mittags eine Mahlzeit hinzufügt, deren Beschaffenheit dem Endziel der Kur entspricht.

Winternitz ergänzt nun aus seinen Erfahrungen[5]): „Bei Kindern und jugendlichen Individuen muß man im allgemeinen in kürzeren Zwischenräumen die Einzeldosis wiederholen. Hier sind drei- und selbst nur zweistündige Pausen mitunter erforderlich,“ während beim Erwachsenen meist eine 3—4 mal tägliche Dispensation genügt. Auch er beginnt mit ganz kleinen Dosen von 50—100 ccm. „Doch war ich öfters gezwungen, wenn bei etwas größerer Menge sich nach Ablauf des Intervalls noch Zeichen unvollkommener Verdauung der vorangegangenen Dosis, Aufstoßen, Magendruck oder Schmerz zeigten, die zu reichende Menge noch zu verringern und die Zeitintervalle noch zu verkürzen. So mußte die Milch nur löffelweise und in stündlichen und selbst halbstündigen Zwischenräumen gegeben werden.“ . . . „Die Dosis, mit der ich in den schwersten Fällen von Hydrops beginne, bestimme ich mit 60—80 ccm und lasse diese Menge 2—3 stündlich wiederholen. Ich mache es von dem Einflusse auf die Verdauung und Harnsekretion abhängig, ob der Kranke den zweiten oder selbst noch mehrere Tage der Kur bei derselben Menge gehalten wird. Nimmt die Harnabsonderung rapid zu, so kann schon am dritten Tage jede Einzeldosis um die gleiche Quantität vermehrt werden. Ich gebe dann 90 und selbst 100 ccm als Einzelration, womit dann etwa 1 Liter Milch in 24 Stunden eingeführt wird. So wird allmählich je nach einigen Tagen die Einzeldosis erhöht, wenn sehr großes Nahrungsbedürfnis sich geltend machen sollte. Ich sah öfters Kranke 4—6 Liter Milch in 12 Stunden verbrauchen und keinerlei Verdauungsbeschwerden darbieten. Selbst bei so großen Dosen habe ich 3—4 stündige Intervalle genügend befunden. Bei kardialen und renalen Hydropsien gestatte ich durch einen und selbst zwei Wochen nur ganz ausnahmsweise zu der einen oder anderen Milchportion irgendeine andere Nahrung, wie eine dünne Schnitte gebähten Weißbrotes oder Grahambrot. Auch davon sah ich wiederholt eine Verminderung der Diurese. Auf eine gute Mundpflege soll man bei der strengen Milchkur ganz besonders achten. Häufig Mundspülungen mit frischem Wasser oder einem natürlichen Sauerbrunnen oder einem Absud oder kaltem Aufguß von getrockneten Heidelbeeren, Frukt. Vaccini Myrt., der mir überhaupt ein ausgezeichnetes Mittel zur Mundpflege scheint, genügen dieser Anzeige. Ein anderes, manchmal lästiges Symptom, das bei Milchkuren fast regelmäßig auftritt, ist recht hartnäckige Konstipation. Eine kleine Menge Bitterwasser — Hunyadi, Pülnaer oder Saratica — 4—6 Eßlöffel, lauwarm am Abend genommen, oder Irrigationen beseitigen meist diese subjektiv und objektiv unangenehme Komplikation. Oefters beseitigte ich die Hartleibigkeit bei der Milchkur durch einen gebratenen Apfel, den ich am Morgen vor der ersten Milchportion verordne."

---

[4]) Von Winternitz neuerdings einem größeren Publikum zugänglich gemacht. — Philipp Karell: Ueber Milchkuren. Bl. f. klin. Hydroth., 1906, No. 7 u. 8.

[5]) Physikalische u. diätetische Behandlung des Hydrops. IV. Bl. f. klin. Hydroth., 1907, Nr. 1.

Nach 40jähriger Erfahrung spricht Winternitz es aus, daß sich ihm die strenge Milchkur oft als lebensrettend bewiesen habe, daß deren Anzeigen viel weiter gehen, als bisher angenommen wurden, und daß sie endlich Hydropsien, welchen Ursprung immer, weit prompter beseitige, als sämtliche pharmazeutischen Diuretika. Einen vollkommenen Fehlschlag habe er wenigstens in bezug auf die Diurese und Hydrops niemals gesehen. „Die öfters vorkommende Idiosynkrasie gegen Milch wird bei Schwerkranken meist leicht überwunden, wenn man ihnen die Wichtigkeit und Notwendigkeit dieser Maßregel verständlich zu machen bemüht ist und wenn man möglichst kleine Einzeldosen anfangs reicht und diese genau nach der Uhr wie ein Medikament einverleibt. Ich sah oft Patienten auf diese Weise eine strenge Milchkur durchmachen und schließlich enorme Milchquantitäten aufnehmen und verdauen, die anfangs ganz refraktär schienen. Ich muß nochmals mit Karell darauf verweisen, daß die Gefahren der Unterernährung bei wirklich Schwerkranken, deren Verdauung darniederliegt, die von dem Zugeführten gewiß nur minimalste Teile assimilieren, durch eine so vollständige Nahrung, wie es die Milch ist, auch bei quantitativ ungenügender Menge größeren Nutzen haben werden als von jeder anderen Ernährungsweise, bei der nicht durch die Nahrung selbst der Indikation der Enwässertung gleichzeitig entsprochen wird. Längst ist auch die verläßliche Erfahrung gemacht, daß zahlreiche akut und auch chronisch Kranke sich durch lange Zeit wohl befanden bei einer Nahrungsmenge, die nicht die Hälfte des für Gesunde beanspruchten Kalorienbedarfes decken konnte."

Und nunmehr zur speziellen Hydriatik der einzelnen Formen. Gehen wir von der akuten Nierenentzündung aus und nehmen wir als Beispiel einerseits etwa die Scharlachnephritis, andererseits jene im Gefolge einer schweren Erkältung. Für die erste ist zu sagen: je prompter und rechtzeitiger die Wasserbehandlung des Scharlachs, wie überhaupt der Infektionskrankheiten einsetzt, desto wahrscheinlicher wird die Vermeidung sämtlicher Komplikationen, auch der Nephritis. Trat aber ohne Wasserbehandlung oder trotz derselben eine fieberhafte Nierenentzündung auf[6], dann hören wir beileibe mit der üblichen Halbbäderantipyrese nicht auf, um so minder, als jene vermutlich bloß Wirkung von Toxinen ist, deren Elimination durch Bäder, wie wir wissen, gefördert wird. Die einzige Rücksicht, welche wir üben, ist, die Halbbäder höher zu temperieren, etwa 32—29°, und den Mangel des thermischen Reizes durch kräftiges Frottieren zu ersetzen. Kommt es zur Nephritis ohne oder nur mit geringem Fieber, doch starken Oedemen, dann sind die schweißtreibenden Prozeduren indiziert, wie heiße Wannenbäder, Dampfkasten-, Wannendampf-, Heißluft-, elektrische Licht- oder Sandbäder. Nur halten wir an der Regel fest, alle Schwitzprozeduren nicht übermäßig auszudehnen und auch nicht allzuheiß zu nehmen. Wir verordnen z. B. Liebermeisters heißes Bad, mit 38° beginnend und rasch bis zu 40, höchstens 41° steigernd, nicht länger als $^1/_4$ (bei Erwachsenen bis zu höchstens $^1/_2$) Stunde mit Nachschwitzen in Wolldecken (1—2 Stunden), weil heiße Bäder von dieser Dauer noch als Herztonikum und durch mächtige Erweiterung der Hautgefäße entlastend wirken, während bei Verlängerung dieses Bades über eine halbe Stunde diese Wirkungs ins Gegenteil umschlägt. Matthes beschreibt in seinem Lehrbuch die rasche Heilung einer Erkältungsnephritis durch ein paar Schwitzbäder. Kinder, die an Scharlachnephritis mit Oedemen leiden, werden an der Wiener Poliklinik 10 Minuten im Dampfkasten bei 45—50° C. belassen, dann eingewickelt und dunsten eine Stunde und länger im Bette nach. Endlich sind auch die indifferenten Bäder von 34—35° und 1—$1^1/_2$ stündiger Dauer bei der akuten Nephritis (selbst der hämorrhagischen) stets anwendbar, besonders dann, wenn wenig oder keine Oedeme vorhanden. Am praktischsten dünkt mich der Vorschlag Strassers[7]: Falls Oedeme vorhanden sind, gebe man abwechselnd indifferente Bäder bis zu 1 Stunde und schweißtreibende Bäder; bestehen jedoch keine Oedeme, so genügt das täglich einmalige indifferente Bad. Daneben stets die strengste Milchdiät, von der ich oben ausführlich sprach.

Bei der subakuten und chronischen Nephritis und vor allem bei der Schrumpfniere tritt ein neues Moment in den Vordergrund. Die Rücksicht auf das Herz, dessen Hypertrophie und erhöhte Tätigkeit im wesentlichen die Insuffizienz der Nieren kompensiert. Ein zweiter Gesichtspunkt, welcher uns leitet, ist dann die hier doppelt nötige Abhärtung, wobei wir auf die besonders schlechte Hautreaktion und die große Temperaturempfindlichkeit des Nephritikers außerdem Acht haben müssen. Wir wissen, bei akuter Nierenentzündung werden Kälteapplikationen überhaupt nicht vertragen, vermutlich wegen der Miterkrankung der Hautgefäße. Bei den chronischen Formen ist dies in solchem Maße nicht der Fall. Immerhin ist die Schwierigkeit der Reaktion sehr wohl zu beachten und die letztere auf jede Art zu erzwingen[8]. Zunächst, was ausnahmslos zu geschehen hat, durch möglichst kräftige Friktionen während und nach den Kühlprozeduren, so daß die Haut direkt rot und warm, nicht bloß trocken wird, sodann durch eine nicht seltene Vorwärmung der später kühl zu behandelnden Haut. Die eigentlich abhärtenden Kühlprozeduren geben wir immer nur kurz und flüchtig und meiden auch um der hohen Empfindlichkeit der Kranken willen ganz kalte Grade. Nehmen wir z. B. die leichteren Formen der chronischen Nephritis, die außer einer Albuminurie weder objektive, noch subjektive Beschwerden haben. Da können wir mit 15° Teilabreibungen (sehr gut ausgewundenes Tuch!) beginnen, später zu 22—20° Ganzabreibungen übergehen, in der häuslichen Praxis, wo weder Behelfe noch ein geschultes Personal vorhanden, auch kurze Uebergießungen vom Nacken aus (14°) verordnen oder ein kurzes Tauchbad von 20—18° und 1 Minute Dauer, oder endlich kurze Douchen, u. z. entweder eine kühle von 20—18° oder wechselwarmen Regen, der aber auch nie unter diese Grade heruntergehen soll. Nur selten ist es nötig, was ja auch bloß in Anstalten möglich wäre, in welchen man sich doch nicht Monate und Jahre aufhalten kann, jenen kühlen Prozeduren eine eigene Vorwärmung vorauszuschicken in Form eines Dampfkastens, Dampfwannenbades, elektrischen Lichtbades usw. von kurzer Dauer nur bis zu guter Erwärmung, nie bis zum Schwitzen, und gleichzeitig angelegtem Herzkühler. Eher zu empfehlen, doch bloß bei schon trainierter Haut, ist kurze Vorwärmung durch Wärmestauung in der feuchten Einpackung (etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde). Vorstehende Behandlung genügt auch völlig für die zyklischen resp. orthotischen Albuminurien bei jugendlichen Individuen.

---

[6] Die so häufige febrile Albuminurie bedarf keiner besonderen hydriatischen Behandlung.

[7] Physikalische Therapie der Krankheiten der Nieren- und Harnwege. Heft 25 der Phys. Therapie in Einzeldarstellungen.

[8] Wo sich eine subakute Nephritis an eine akute Entzündung anschließt, kommt noch dazu, daß man die letztere ausschließlich mit heißen und Schwitzprozeduren behandelt hat, ohne, wie es sonst in der Hydriatik üblich, mit einer Kälteapplikation zu schließen. Das setzt eine besondere Verweichlichung der Haut, eine Verminderung der so nötigen Gefäßgymnastik und damit eine erhöhte Neigung zu allen Erkältungen.

Public

Nur wenig modifiziert ist auch die Behandlung der schwereren Formen der chronischen Nephritis, wo, sagen wir, vorläufig noch keine Oedeme und urämische Erscheinungen auftraten. Auch hier sind wieder Teil- und Ganzabreibungen, Begießungen und Douchen, sämtlich mit etwas höheren Graden, wie oben beschrieben, auch Halbbäder von 28—25° und 3 Minuten Dauer, die Hauptprozeduren, denen wir nur gern eine etwas längere Vorwärmung vorausschicken bis zu leichtem Schwitzen, z. B. Dampfkasten oder Dampfbadewanne (stets mit eingelegtem Herzkühler!) bis zu 25 Minuten. Immerhin ist auch da mit Rücksicht auf das Cor extreme Hitze und forciertes Schwitzen stets zu vermeiden. Strasser hat bei dieser Form die systematische Anwendung indifferenter Bäder nachdrücklichst empfohlen, die eine Temperatur von 34—35° C. haben, 1—1$^1/_2$ Stunden währen und von einer einstündigen Bettruhe gefolgt sein sollen.

Sehr wichtig ist endlich die Behandlung der Oedeme und urämischen Erscheinungen bei chronischer Nephritis. Wir wissen zunächst ganz allgemein, daß unseren kühlen, tonisierenden Prozeduren mit ihrer Wirkung auf das Herz und Gefäßsystem ein nicht geringer prophylaktischer Wert gegen das Entstehen beider Symptome zukommt. Treten aber trotzdem Schwellungen auf, dann braucht man keineswegs wie bei den Oedemen der akuten Nephritis auf jede kalte Prozedur zu verzichten, ja, man soll es gar nicht, da die Herztonisierung jetzt unsere vornehmste Rücksicht ist, zumal dies Organ die Minderleistung der Nieren ausgleichen muß. Zunächst verordnet man also dem Kranken frühmorgens im Bette eine 15° Teilabreibung mit sehr gut ausgewundenem Tuche. Zur Entfernung der Oedeme müssen wir zwar zu Schwitzkuren greifen (Heißluft-, Dampfkasten-, Dampfwannenbäder usw., immer mit eingelegtem Herzkühler), lassen den Kranken bis zu sanftem Schwitzen in den Apparaten, hierauf $^1/_2$—1 Stunde im Bett nachdunsten, zum Schluß aber kommt dann stets die Abkühlung mit etwas höheren Graden, wie oben beschrieben, z. B. also 20° Uebergießungen oder kurzen, ebenso temperierten Douchen mit folgendem kräftigsten Trockenfrottieren und ein wenig Bewegung in freier Luft. Erlaubt der Zustand des kranken Herzens die Bewegung nicht mehr, so geben wir die Kühlung sofort nach dem Schwitzen und lassen dann erst im Bett nachdunsten. Das Schwitzen darf stets nur gelinde sein, darum sind heiße Bäder und heiße Laken wie bei der akuten Nierenentzündung am besten zu meiden. Nicht selten sind wir durch unangenehme Herzsensationen, wie Oppressionsgefühle, Beklemmungen, steigende Unruhe direkt genötigt, den Dampfkasten oder die Heißluftbehandlung auf den Unterkörper einzuschränken, natürlich mit gleichzeitig anliegendem Herzkühler, ja bei hochgradiger Herzschwäche können sich Schwitzprozeduren überhaupt verbieten. Doch bleiben uns auch da noch die Teilabreibungen sowie der Herzkühler, die wir beide auch zweimal täglich verordnen mit einer durchaus befriedigenden Wirkung.

Zur Bekämpfung des akuten urämischen Anfalls sind seit langem nebst Exzitantien und Aderlässen auch ganz kurze heiße Bäder (so warm sie eben noch vertragen werden, also etwa 40—43°, und von höchstens 5—10 Minuten Dauer) mit kalten Uebergießungen und eventuell noch kalte Klystiere gebräuchlich. Was die chronisch-urämischen Erscheinungen betrifft, so ist deren Behandlung im allgemeinen keine andere, als die des zugrunde liegenden chronischen Morbus Brightii auch. Neben der Allgemeintherapie, die immer zu erfolgen hat, müssen wir obendrein häufig symptomatisch zu Felde ziehen, um den armen Kranken wenigstens einige Linderung zu verschaffen, wenn unsere Bemühungen da auch nicht selten von nur geringem Erfolge gekrönt sind. Solche symptomatische Kurverordnungen sind beispielsweise bei starken Kopfschmerzen heiße Fußbäder von $^1/_4$ Stunde (nach je 5 Minuten warmes Wasser zugießen) bei fleißig gewechselten kalten Kopfumschlägen, „das Winternitzsche Magenmittel" (Stammumschlag mit eingelegten heißen Schlauch auf die Magengegend) nebst Leibbinde bei Uebelkeit, Brechneigung oder heftigem Singultus, Leibbinde nebst warmen oder wechselwarmen Sitzbädern (35° 10 Minuten, dann 25° 2 Minuten) gegen den Durchfall, indifferente Bäder mit Kleie- oder Leimzusatz gegen das Hautjucken, kurze Halbbäder von 2—3 Minuten und 28 bis 25° gegen verschiedene zerebrale Symptome, gegen welche sich besonders kühlere Uebergießungen (20°) des Nackens im Halbbad nützlich erweisen. Hingegen ist von den durch Strasser eingeführten längeren indifferenten Bädern bei chronisch-urämischen Phänomenen und, wie ich jetzt gleich vorwegnehmen will, auch bei der Schrumpfniere abzuraten, da sie gewöhnlich nicht vertragen werden und mindestens keinen Nutzen stiften, auch nach den Erfahrungen Strassers selbst.

Für die Behandlung der Schrumpfniere endlich bleibt nach allem, was ich bisher schon vorbrachte, wenig mehr zu sagen. Sie nähert sich in der allgemeinen und symptomatischen Therapie der Behandlung des chronischen Morbus Brightii, nur daß die Kräftigung des Herzens hier noch wichtiger wird. Wir verordnen also wieder Teil- und Ganzabreibungen, Begießungen, Douchen und Herzkühler, endlich, was auch symptomatisch sehr günstig wirkt, kurze Halbbäder von 28—25° und 2—3 Minuten Dauer und schicken wohl auch den Kühlprozeduren eine Vorwärmung voraus. Erwähnen wir noch den Nutzen einer geeigneten Herzgymnastik, sowie der Verminderung der Flüssigkeitszufuhr, so haben wir ziemlich alles erschöpft, was sich vorbringen ließe.

REFERATE.

Chirurgie.

Referenten: Prof. Dr. **Helbing** und Dr. **P. Roeder,** Spezialärzten, Berlin.

1. **Beitrag zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea.** Von Dr. Kleinberg. St. Petersburg. med. Wochenschr., 1908, Nr. 37.

2. **Die therapeutische Anwendung des Sonnenlichtes in der Chirurgie.** Von Dr. Bernhard. Zeitschr. f. Balneologie, Klimatologie und Kurort-Hygiene, 1908, Nr. 2.

3. **Ueber die Rindfleischsche Methode der Behandlung von Varicen an den unteren Extremitäten.** Von Dr. Runge. Straßburger med. Ztg., 1908.

4. **Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren.** Von Dr. Kurt Schultze. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 41.

5. **Zur Behandlung des Karbunkels.** Von Dr. Grasmann. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 42.

6. **Ueber chirurgische Schnellaufnahmen.** Von Dr. Gilmer. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 42.

7. **Die operative Beeinflussung einseitiger Lungenphthise durch totale Brustwandmobolisierung und Lungenentspannung.** Von P. L. Friedrich, Marburg. Arch. f. klin. Chir., Bd. 87, Heft 3.

8. **Die Nierenentkapselung bei chronischer Nephritis.** Von Prof. Gatti, Modena. Arch. f. klin. Chir., Bd. 87, Heft 3.

1. In 7 Fällen von tiefsitzendem Volvulus der Flexura sigmoidea gelang es, durch Einführung einer elastischen Schlundsonde in den schlitzförmigen engen Eingang des torquierten Darmes unter Leitung des ins Rektum eingeführten Fingers die strangulierte Darmschlinge durch öfters wiederholte Darmeingießungen zur Lösung zu bringen. Neben den hohen Eingießungen in den Darm empfiehlt sich also bei dem genannten Leiden immer der Versuch, unter der Leitung des Fingers einen elastischen Schlauch über das Hindernis hinaus in die gedrehte Darmschlinge einzuführen. H.

2. Bernhard, welcher in St. Moritz schon seit vielen Jahren die Insolation bei chirurgischen Krankheiten versucht

hat, tritt wieder für die Behandlung mit direkter Sonnenbestrahlung ein bei schlecht heilenden, mit schlaffen Granulationen versehenen Wunden, ferner bei Epitheltransplantationen und bei Tuberkulose und Karzinom der Haut. Interessant ist und für die Beeinflussung des durch die Lufttrockenheit noch intensiver wirkenden Sonnenlichtes spricht die von B. gemachte Beobachtung, daß sowohl der Lupus wie auch das Hautkarzinom im Engadin zu den größten Seltenheiten gehört, obgleich die chirurgische Tuberkulose und das Karzinom sonst dort ein recht häufiges Leiden darstellt. H.

3. R. sieht in der Rindfleischschen Methode, bei der durch mehrfache spiralige Umschneidung des Unterschenkels die Venen häufige Unterbrechung erfahren, den Nachteil einer sehr langen Behandlungsdauer, da die Spiralschnittwunden tamponiert werden und sich durch Granulationsbildung schließen sollen. Er möchte sie deshalb nur für die extrem schweren Fälle reserviert wissen, bei welchen eine vollständige Ausschälung der Varikositäten unausführbar erscheint. H.

4. Die Erfahrungen, welche Schultze an vier inoperablen Mammakarzinomen mit der Fulgurationsbehandlung gemacht hat, sind sehr wenig ermutigend und gestatten keine große Erwartungen mehr von dieser Behandlungsweise. Es ließ sich weder eine wesentliche Tiefenwirkung, noch eine elektive Wirkung auf die Karzinomzellen nachweisen, alle vier Fälle zeigten neben der durch Fulguration behandelten, gut granulierenden Wunde bald eine schnelle Aussaat von Karzinomknoten in der umgebenden Haut oder Lymphdrüsenmetastasen. H.

5. G. empfiehlt wieder die wohl von allen Chirurgen in geeigneten Fällen geübte Methode des tiefen Kreuzschnittes über dem Karbunkel mit Abpräparierung der vier Hautzipfel bis ins Gesunde. Durch nachherige Tamponade mit in heiße Borsalizyllösung getauchten Tupfern wird die Blutung am besten gestillt. H.

6. Die Erfolge des Internisten bei der Moment-Röntgenographie haben G. veranlaßt, auch bei chirurgischen Aufnahmen die Expositionszeit möglichst abzukürzen. Man kann, ohne ein besonderes Instrumentarium, bei Expositionszeiten von ½—5 Sekunden gute Bilder erzielen, wenn man nur die primäre Stromstärke und Spannung genügend erhöht. Röhren mit kleinen, dünnen Metallantikathoden, ebenso die Wasserkühlröhren sind unbrauchbar. Dagegen bewähren sich die Röhren, bei welchen ein dicker Metallklotz als Antikathode angebracht ist. Zwei Tafeln mit 15 Abbildungen illustrieren die Güte der Röntgenbilder. H.

7. Nach Würdigung der bisher angewendeten Methoden zur Beeinflussung der einseitigen Phthise, wie Stickstoffpneumothorax und Thoraxresektion von Spengler, Davos, geht F. zur Beschreibung seiner eigenen Methode über, die sich von der Spenglerschen dadurch unterscheidet, daß er in jedem Falle die II. bis X. Rippe vom Sternal- bis zum Wirbelsäulenansatz exstirpiert, im ganzen ca. 140—160 cm Knochen, um ein völliges Zurücksinken der kranken Lunge mit der Kostalpleura zu erreichen. Frappant sind seine Resultate, die drei Krankengeschichten illustrieren, aus denen hervorgeht, daß lange anhaltendes Fieber verschwindet, die Auswurfmenge auf den 10. bis 20. Teil zurückgeht und die Bazillen aus dem Sputum verschwinden. Besondere Beachtung verdient nach der Operation das Herz, welches in jedem Falle Insuffizienzerscheinungen bietet, hervorgerufen durch die veränderten Druckverhältnisse. Die Einzelheiten der Technik, die einen großen Teil des Erfolges ausmacht, müssen im Original nachgelesen werden. Im großen ganzen deckt sie sich mit der Schedeschen Thorakoplastik.

8. Bei einem 19jährigen Patienten, den G. der doppelseitigen Dekapsulation nach Edebohls unterwarf und den er bis zu seinem Tode zu beobachten und zu obduzieren Gelegenheit hatte, kommt er zu dem Ergebnis, daß der nephritische Prozeß durch den Eingriff nicht aufgehalten wird. Es bildete sich bis zu dem 20 Monate nach der ersten Entkapselung — die Operation wurde an beiden Nieren in einem Intervall von 6 Wochen ausgeführt — erfolgten Tode des Patienten eine feste, derbe Kapsel um die Niere, die eine Arterialisierung, wie sie Edebohls annahm, ausschließen mußte. Bemerkenswert war nur nach der Operation Zunahme der Diurese und vermehrte Ausscheidung von Harnstoff, fernerhin subjektives Wohlbefinden des Patienten (was aber nichts besagen will, da bei der chronischen Nephritis häufiger auch ohne Operation oft recht lange Remissionen anzutreffen sind), so daß er 2—3 Monate nach der Operation schwere Arbeit verrichten konnte. Eine ausführliche Literatur ist der Arbeit beigefügt.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der Lungentuberkulose.** Von Hugo Weber. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 10, Heft 3.

2. **Ueber gefährliche Folgen der Calmetteschen Ophthalmoreaktion.** Von P. Schrumpf. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 43, S. 2225.

3. **Frühdiagnose und Behandlung der Bronchiektasie.** Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 43, S. 2231.

4. **Ueber den Wert der Röntgendiagnostik zur Erkennung von Lungenkrankheiten.** Von Paul Krause. Vortrag bei dem ärztl. Fortbildungskurse in Erfurt.

1. Weber ist der Ansicht, daß bei der Behandlung der Lungentuberkulose auf die Verkalkung und den Fettansatz Wert zu legen ist. Der Fettansatz entsteht aber nur bei genügender Kohlensäureproduktion im Körper. Die Kohlensäureproduktion im Körper ist aber bei einigen Krankheiten vermindert, z. B. bei Pulmonalstenose, deshalb gehen auch fast alle hiermit behafteten Kinder an Schwindsucht zugrunde. Auch Diabetiker, bei denen ein Teil der Nahrung nicht in Kohlensäure umgesetzt, sondern als Zucker ausgeschieden wird, gehen oft an Phthise zugrunde. Bei schlecht funktionierendem Magen tritt ebenfalls keine Heilung der Tuberkulose ein. In der Lävulose besitzen wir einen Stoff, der selbst von Diabetikern zu Kohlensäure verbrannt wird. Da dieselbe aber nur in der Praxis aurea verwandt werden kann, benutzt man an ihrer Stelle mit gutem Erfolg trockenen Malzextrakt von Liebe. Weber sah von seiner Anwendung oft großen Nutzen, besonders wenn er es in Verbindung mit Calcium hyperphosphorosum mischte. An der Hand einiger Krankengeschichten sucht Weber seine Erfolge darzutun und empfiehlt dringend die Nachprüfung.

2. Verfasser beobachtete einige Fälle, bei welchen die mit allen Vorsichtsmaßregeln mit 1 proz. Tuberkulin angestellte Ophthalmoreaktion schwere dauernde Schädigungen bei vorher ganz gesunden Augen zur Folge hatte. Er warnt dringend vor der Anwendung, da erstens im Falle einer Schädigung der Pat. sicher mit Erfolg den Arzt haftpflichtig machen könnte, und da man außerdem bei positivem Ausfall eventuell therapeutische Tuberkulininjektionen wegen der oft wieder aufflackernden Reaktion nicht vornehmen könnte. Jedenfalls sei dringend zu empfehlen, die Patienten vorher auf die eventuelle Gefahr aufmerksam zu machen.

3. Bei Bronchiektasien findet man oft schon beim Beginn der Erkrankung die sogenannten „Dittrichschen Pfröpfe“ im Sputum, die grauweißliche Körnchen sind und aus Detritus, Bakterien, Fettsäurekrystallen und im Zerfall begriffenen Eiterkörperchen bestehen. Zur Behandlung der Bronchiektasien empfiehlt Verfasser 4 mal täglich 60 Tropfen folgender Mischung in Kognak und Milch eine Stunde nach dem Essen zu geben.

Rezept:

Balsami Gurjuni	5,0
Balsami peruviani	15,0
Alcohol absolut.	10,0
Tinct. Helianthi annui . . .	20,0
Ol. Terebinthinae rectif.	
Myrthol. . . . . ää	7,5

4. Die Röntgenuntersuchung hat sich bei der Diagnose der Lungenkrankheiten einen wichtigen Platz gesichert. Aufschlüsse gibt sie bei der Frühdiagnose der Lungentuberkulose besonders bei Infiltrationen. Auch bei vorgeschrittenen Prozessen und bei Bronchialdrüsentuberkulose leistet sie wichtige Dienste. Auch bei der Diagnose von Kavernen, krupöser Pneumonie, Bronchiektasien, Pleuraergüssen, Echinokokken und Pneumothorax bildet die Röntgenuntersuchung eine wichtige Ergänzung zu den übrigen klinischen Untersuchungsmethoden.

Herzkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **Rehfisch**, Berlin.

1. **Moderne Herzmittel.** Von Geh. Med.-Rat Prof. W. His, Berlin. Therapie der Gegenwart, Oktober 1908.

2. **Ueber den Einfluß der chronischen Digitalisbehandlung auf das normale und pathologische Herz.** Von Prof. Dr. M. Cloetta. Therapie der Gegenwart, Oktober 1908.

3. **Frauenherz und Klimax.** Von Prof. P. M. Popoff, Moskau. Therapie der Gegenwart, Oktober 1908.

4. **Beiträge zur Frage der akuten Herzerweiterung.** Von Dr. Hornung. Berliner klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 39.

5. **Ueber die Behandlung der Herzkrankheiten mit oszillierenden Strömen.** Von Prof. Dr. Rumpf, Bonn. Vortrag in der Sektion für innere Medizin auf der Naturforscherversammlung in Cöln, am 21. September 1908. (Autoreferat.)

Verfasser bespricht eine Reihe moderner Herzmittel, deren Wirkungswert pharmakologisch nach der Bestimmung von Froscheinheiten festgestellt wurde. Sie besitzen vor den übrigen Präparaten den Vorzug eines konstanten Gehalts wirksamer Substanz. Ob die Verwendung der reinen Stoffe, wie z. B. des Strophanthins, den Gebrauch der galenischen Präparate überflüssig und entbehrlich machen wird, bezweifelt Verfasser, da erstere meist intravenös gegeben werden und fast immer in maximaler Dosis. Aus diesem Grunde dürfte es schwer gelingen, etwa auftretende Intoxikationen, die sich vorher nicht berechnen lassen, zu beseitigen, während wir beim Gebrauch der galenischen Präparate, deren Einzeldosis nur eine relativ geringe Menge wirksamer Substanz enthält, immer in der Lage sind, bei etwaigen Unzuträglichkeiten das Mittel auszusetzen.

2. Seitdem durch Kußmaul, Naunyn und Groedel die chronische Digitalistherapie eingeführt ist, treten immer wieder Bedenken, auf, ob nicht etwa durch den dauernden Gebrauch dieser Mittel infolge der konstanten Drucksteigerung im arteriellen Gebiet ein nachteiliger Einfluß auf die Gefäße ausgeübt wird und Zustände geschaffen werden, die den arteriosklerotisch veränderten Arterien gleich wären. Aus diesem Grunde hat Verfasser bei einer großen Zahl von Kaninchen Untersuchungen angestellt. Er injizierte den Tieren oft zwei Jahre lang subkutan Digitalis in immer größeren Dosen. Bei der Sektion ließen sich jedoch keine anatomisch-pathologischen Veränderungen in den Gefäßen nachweisen; hieraus folgt, daß nach dieser Richtung hin ein chronische Digitalistherapie keinen Schaden verursacht.

Verfasser ging aber in seinen Untersuchungen noch weiter: Bei aseptisch gehaltenen Operationen durchstieß er bei einigen Versuchstieren die Aortenklappen. Hierdurch wurde eine Aorteninsuffizienz erzielt und gleichzeitig entwickelte sich eine Endokarditis. Diese so operierten Tiere behandelte Verfasser zum Teil mit Digitalis, zum Teil ohne dieses Medikament. Es stellte sich nun heraus, daß die mit Digitalis injizierten Tiere eine viel größere Leistungsfähigkeit aufwiesen als die Kontrolltiere. Im Besonderen ergab sich bei Tötung der Tiere nach 2—4monatiger Beobachtung, daß die Hypertrophie und Dilatation der Herzen der behandelten Tiere in viel geringerem Grade ausgesprochen waren als bei den übrigen. Auf Grund dieser Experimente glaubt Verf. annehmen zu können, daß bei diesen Ventilstörungen und auch bei der Endokarditis die Digitalis das Herz außerordentlich schützt, und daß Herzhypertrophie und Dilatation sich nur gerade soweit entwickeln, als es die physikalischen Anforderungen erheischen, während ohne die Digitalis sich sensible und motorische Einflüsse geltend machen, die das ohnedies zu starker Arbeit gezwungene Herz schädlich beeinflussen. Ob sich im Gegensatz zu der bisher gültigen Anschauung, bei der akuten Endokarditis von einer aktiven Therapie abzusehen, die nunmehr versuchte Digitalisbehandlung auf Grund der Versuche Cloettas bewähren wird, müssen erst weitere Beobachtungen entscheiden.

3. Das Herannahen der Klimax beeinflußt nicht nur die psychische Sphäre der Frau, sondern in sehr vielen Fällen auch den Zirkulationsapparat. Verfasser unterscheidet drei Kategorien von Herzstörungen, die durch die Klimax hervorgerufen werden. Zu der ersten Gruppe gehören diejenigen, bei denen die subjektiven Beschwerden im Vordergrunde stehen, bei denen das Herz aber anatomisch gesund ist. Hier helfen hydriatische Prozeduren am besten. Die Frauen der zweiten Kategorie klagen vor allem über heftige Schmerzen in der Herzgegend, die entweder reine Interkostalneuralgien darstellen, dann findet man bei der Untersuchung auch Schmerzpunkte an der Wirbelsäule und in der Axillarlinie, oder durch eine Affektion des Plexus cardiasus oder coronarius verursacht werden. Die Schmerzanfälle können in ihrer Schwere häufig eine Angina pectoris vortäuschen. Neben der Hydrotherapie hat hier eine besonders geregelte Diät Abhilfe zu schaffen. Die dritte und schwerste Form finden wir bei jenen Frauen, deren Herzen während der Klimax dilatiert sind. Nach derselben geht die Dilatation zurück. Gerade bei diesen Frauen ist eine eingehende Behandlung notwendig, damit nicht aus der vorübergehenden Herzerweiterung eine chronische werde.

4. In einer Reihe von Fällen konnte Verfasser eine akute Herzerweiterung bei Patienten feststellen, die an chronischen Kreislaufstörungen litten und sich in seiner Beobachtung befanden. Als Gelegenheitsursache kamen sowohl Alkohol als auch körperliche Ueberanstrengungen, Infektionskrankheiten und Blutverlust in Betracht. Unter geeigneter Behandlung bildete sich die Dilatation auch wieder zurück.

5. Rumpf hat seine Untersuchungen über die Einwirkung oszillierender Ströme, welche er in die Therapie der Herzkrankheiten eingeführt hat, auf ein größeres Material ausgedehnt und erweitert, wobei naturgemäß die moderne Diagnostik eine eingehende Berücksichtigung erfuhr. Außer den altbewährten Methoden wurde auch die Orthodiagraphie nach Moritz und mit dessen Untersuchungstisch zur Kontrolle herangezogen. R. spricht dieser einen wesentlichen Vorzug vor der Perkussion in ihren wertvollen neueren Modifikationen (Orthoperkussion, Schwellenwertperkussion usw.) zu, soweit es sich um die Feststellung genauer Grenzen handelt.

Im ganzen wurden 68 Fälle mit oszillierenden Strömen behandelt, von welchen 39 eine subjektiv und objektiv günstige, zum Teil überraschend günstige, Beeinflussung erfuhren. Aber diese Erfolge waren nach der Art der Erkrankung wesentlich verschieden. Frische Fälle entzündlicher Herzaffektion eignen sich nicht zu der betreffenden Behandlung; abgelaufene Endokarditis, Koronarsklerose bieten keine Gegenindikationen, erheischen aber in der Anwendung eine gewisse Vorsicht; doch erfuhren von 6 Fällen nur 2 eine hochgradige Besserung. Vielleicht noch ungünstiger sind die Erfolge bei Herzaffektion mit Nephritis. Die Erscheinungen und Folgen der letzteren erfuhren keine Aenderung. Die Urinausscheidung stieg nicht an. Von 8 derartigen Fällen zeigten 4 keinen Erfolg, bei den übrigen war er nur vorübergehender Art. Die wesentlichsten Erfolge wurden bei Herzdilatation mit und ohne Arteriosklerose erzielt. Je weniger diese ausgesprochen und je geringer die Blutdruckerhöhung nach Riva-Rocci sich erwies, um so günstiger war das Resultat. Unter 12 Fällen mit gleichzeitiger deutlicher Arteriosklerose wurde bei 6 Fällen ein guter, bei 3 Fällen ein mittelguter Erfolg erzielt; bei einigen Fällen war der direkte Erfolg überraschend, aber er war kein dauernder. Unter 28 Fällen ohne wesentliche Arteriosklerose war der Erfolg in 23 Fällen ein guter bis sehr guter, in 5 Fällen ein mittelguter. Im Gegensatz zu den letztgenannten Fällen waren die Resultate bei den mehr nervösen Erscheinungen weniger günstig, am besten noch bei Morbus Basedow und verwandten Formen.

Der Erfolg bestand einmal in dem Schwinden der subjektiven Beschwerden, Kurzluftigkeit, Herzklopfen, Druck auf der Brust, Angstgefühlen, Schlaflosigkeit, sodann in einer Abnahme der Atem- und Pulsfrequenz, teilweise in einem Rückgang des gesteigerten Blutdrucks und in einem Rückgang der perkutorisch und orthodiagraphisch nachgewiesenen Herzvergrößerung. Einzelne Fälle sind seit Jahren in ihrem Berufe wieder tätig, andere mußten prophylaktisch ihre Tätigkeit einschränken.

Die oszillierenden Ströme wurden täglich oder jeden zweiten Tag in der Dauer von 6—10 Minuten während sechs Wochen, teilweise auch etwas länger angewandt. Der Strom wird von einem Induktor genommen, der bei 2 Amp. Stromverbrauch eine Funkenlänge von 50—80 mm gibt und mit einer Mindestspannung von 10—12 Volt gespeist wird. Von dem einen Pol des Induktors geht die Leitung in eine belegte Flasche mit dünnem Glasboden, die als Elektrode verwendet wird. Der zweite Pol wird auf den Fußboden geleitet.

R. demonstrirt die orthodiagraphischen Aufnahmen von einer größeren Zahl seiner Fälle vor und nach der Behandlung, welche die Verkleinerung des Herzens deutlich zeigen.

Zum Schluß berührt R. kurz die Wirkung der Ströme, die er auch auf dem Röntgenschirm demonstrieren konnte, wobei die Schlagfolge des Herzens mit einigen starken Kontraktionen abnahm und dann der Herzschatten sich verkleinerte, Erscheinungen, die der Vortragende einer Wirkung auf den N. vagus zuschreibt. R. hat weiterhin am Tierherz und besonders am freigelegten Hundeherz (unter Atmung in dem Brauerschen Ueberdruckapparat) die Einwirkung der Ströme auf das Herz verfolgt und konnte teilweise eine Verlangsamung der Herzschläge, teilweise eine Verkleinerung des Herzens direkt nachweisen. Er hat die Aktion des Herzens kinematographisch ohne Einwirkung und unter Einwirkung oszillierender Ströme aufnehmen lassen und hofft diese Bilder in einer Sitzung demonstrieren zu können. Im allgemeinen handelt es sich um eine tonisierende Wirkung; ohne daß eine Reizerscheinung der Nerven und Muskeln auftritt, erfährt in einem einseitig durchströmten Bein der Patellarreflex eine deutliche Steigerung gegenüber der nicht durchströmten Seite.

Am 24. September demonstrierte Prof. Dr. Rumpf die oszillierenden Ströme und eine kinematographische Aufnahme der Herzreizung bei einem lebenden Hunde mit freigelegtem Herzen bei Brauerscher Ueberdruckatmung. Autoreferat.

Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Carcinoma ventriculi ex Achylia.** Ein Beitrag zur Aetiologie des Magenkarzinoms. Von Dr. A. Alexander. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 40.

2. **Zur Behandlung der chronischen Obstipation.** Von Dr. V. Liebmann. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 39.

3 **Ueber Entfettung durch reine Milchkuren.** Von F. Moritz. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 30.

1. Während das Ulcus pylori fast allgemein als prädisponierend für das Karzinom angesehen wird, wird zwischen der Gastritis chronica und der Achylia gastrica einerseits und einem Neoplasma andererseits fast stets ein Zusammenhang geleugnet. Verf. gibt die Krankengeschichte eines Falles, der ihm beweist, daß eine Achylie in eine maligne Degeneration übergeführt hat. Ein 47 jähriger Mann stand seit fünf Jahren wegen einer als nervös angenommenen Achylie in Behandlung; er klagte periodenweise über mehr oder minder starke dyspeptische Beschwerden, die nach einiger Zeit der Behandlung wieder zurückgingen, so daß Patient wieder arbeitsfähig wurde. Sein Körpergewicht blieb ziemlich konstant. Vor einiger Zeit erschien er wieder mit ähnlichen Beschwerden wie früher, aber mit einem Tumor in der Magengegend. Chemismus wie früher; kein okkultes Blut. Nach einiger Zeit Sondierungshindernis an der Kardia; Hämatemesis. Durchbruch des abszedierten Tumors durch die Bauchdecken.

Er war also anscheinend plötzlich wieder erkrankt, wie das bei Karzinomen zwar nicht in der Regel, aber doch oft bei älteren Leuten vorkommt, so daß bei Fehlen der genauen Vorbeobachtung ein Zusammenhang zwischen der Achylie und dem malignen Tumor entgangen wäre.

Obgleich nun Verf. eine andere Annahme als die seine für gekünstelt hält, glaubt Referent ihr doch widersprechen zu müssen, weil auf keine Weise auszuschließen ist, daß beide Affektionen nebeneinander sich entwickelt haben — wie das z. B. bei Ulcus und Gastritis doch sicher vorkommt —, oder daß zu Beginn der Achylie schon anatomisch, aber noch nicht klinisch der Beginn des Karzinoms sich abgespielt hat; Fälle von fünfjährigem Bestehen von Neoplasmen sind in der Literatur als mindestens wahrscheinlich bekannt. Es ist auch nicht einzusehen, warum angesichts der so großen Zahl von durch viele Jahre beobachteten Achylien so relativ selten ein Karzinom folgen soll.

Therapeutisch allerdings wird man von Achylikern eine dauernde Kontrolle verlangen müssen.

2. Verfasser hält die übliche Einteilung der Formen der chronischen Obstipation in atonische und spastische nicht für genügend; es gibt — natürlich abgesehen von der Behinderung der Defäkation aus anatomischen Ursachen — noch andere Gründe. Nachdem ihm bei Patientinnen mit Ptose der Baucheingeweide — Magen, Darm, bisweilen auch Nieren — aufgefallen war, daß nach Anlegung einer Bandage der Stuhl sich besserte, untersuchte er eine große Anzahl von Frauen systematisch auf den Zusammenhang von Obstipation und Senkungen und fand einen solchen nicht selten. (Das ist auch als nicht unbekannt anzusehen; so hat z. B. Curschmann ausdrücklich darauf hingewiesen. Ref.) Ueberraschend war, daß eine einfache, gutsitzende Bandage mit Pelotte schon in ganz wenigen Tagen die Beschwerden hob. Durch radiographische Aufnahmen konnte L. sich überzeugen, daß das Querkolon um wenigstens 1 cm durch die Bandage gehoben wurde, so daß kleine Knickungen des Organs ausgeglichen werden konnten, die das Passagehindernis bildeten.

3. Wie schon Jacob aus der Lenhartzschen Abteilung in Hamburg vor einiger Zeit mitgeteilt hatte, eignet sich die Milch als brauchbares Mittel bei Entfettungskuren. Der Grund liegt darin, daß sie durch ihre Masse sättigt, aber nur dann das Bedürfnis an Nährstoffen des Körpers befriedigt, wenn sie in großen Mengen genommen wird. (Zur Ernährung eines Erwachsenen wären etwa 5—6 l pro Tag nötig. Ref.) M. geht so vor: Je nach der Körpergröße des Kranken werden ihm $2\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{4}$ l Vollmilch täglich gegeben. Die Menge wird folgendermaßen berechnet: Man subtrahiert die Zahl 100 von der Körperlänge des Kranken — in Zentimetern — und multipliziert diese Zahl mit 25. Beispiel: Größe 180 cm; $80 \times 25 = 2000$ ccm. Das entspricht einem Kalorienangebot von 16,2 pro Kilo. Will man milder verfahren, gibt man — entsprechend 17 oder 18 Kalorien — 2100 oder 2200 ccm. Der durchschnittliche Gewichtsverlust ist ca. 160—240 g pro die. Hierbei dominiert in den ersten Tagen der Verlust an Wasser; der Gewichtsverlust kann bis zu 1 Kilo in den ersten Tagen betragen. Umgekehrt können auch bei Rückkehr zur gemischten Kost in wenigen Tagen mehrere Kilogramm angesetzt werden, die auch nur auf Wasser bezogen werden können. Die Milch wird in der Regel in 5 Portionen getrunken; die eine oder andere Portion kann auch als saure Milch gegeben werden. Im allgemeinen wird sie gekocht gegeben, besonders, wenn die Qualität nicht absolut tadellos ist; sie darf aber auch roh getrunken werden. Die Milch — eventuell mit Wasserzusatz — bleibt aber die einzige Nahrung.

Die Vorzüge der Kur, für deren Erfolge M. Beispiele anführt, sind nach ihm folgende: Sie ist die einfachste, bequemste und billigste; sie ermöglicht dem Arzt auf leichteste Weise eine Individualisierung je nach dem zu behandelnden Patienten und stellt an die Anstelligkeit des Patienten in bezug auf Befolgung der Vorschriften die geringsten Anforderungen. Quälender Hunger pflegt bei der Milchkur trotz der geringen Nahrungszufuhr nicht aufzutreten. Durstgefühl fehlt überhaupt. Besonders geeignet ist die Milchkur bei Komplikationen von seiten des Herzens und der Nieren. Herzbeschwerden pflegen bald nachzulassen; erhöhte Pulsspannung wird bald geringer; vermehrte Pulsfrequenz geht häufig zurück.

Fälle, in denen — natürlich warnt M. vor schablonenmäßiger Anwendung und empfiehlt Sammeln von Erfahrungen — die Kur ausgesprochen unbekömmlich ist, hält Verf. für Ausnahmen.

Kinderheilkunde.

Referent: Priv.-Doz. Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Die Behandlung der Skrofulose.** Von O. Soltmann. Deutsche Med. Wochenschr., 1908, S. 1497.

2. **Ueber Behandlung mit Pyocyanase bei Diphtherie, Scharlach und Anginen.** Von Saar. Ibidem, S. 1541.

3. **Zur Behandlung der Schädelimpression der Neugeborenen.** Von Scheffzek. Ibidem, S. 1554.

4. **Die Behandlung des Säuglingsekzems nach Finkelstein.** Von O. Mendelssohn. Ibidem, S. 1808.

5. **Die Behandlung des Keuchhustens.** Von E. Feer. Ibidem, S. 1753.

6. **Zystoskopie und Ureterenkatheterismus in der Kinderpraxis.** Von E. Portner. Deutsche Med. Wochenschr., 1908, S. 1851.

1. In einem klinischen Vortrag über die Behandlung der Skrofulose erläutert Soltmann zunächst seine Auffassung dieses Symptomenkomplexes als auf vererbter, nicht bazillärer Tuberkulose beruhend, einer toxischen Tuberkulose, dadurch entstanden, daß die Umsetzungsprodukte der Tuberkelbazillen das Plazentafilter passieren, während die Bazillen selbst durch die Plazenta zurückgehalten werden.

Die Prophylaxe gegen echte tuberkulöse Infektion soll im frühesten Säuglingsalter beginnen; natürliche (Ammen)ernährung der bedrohten Kinder steht im Vordergrund der Maßnahmen; die Hygiene der Kinderstube und der näheren Umgebung des Kindes muß eingehend geprüft und in richtiger Weise geregelt werden. „Man entferne den Säugling aus dem Dunstkreis der mütterlichen Atmosphäre, wenn die Mutter phthisisch ist, dulde nicht aus sentimentalen Humanitätsrücksichten in der Umgebung suspekte oder erkrankte Dienstboten, Pflegerinnen oder Kinderfräuleins. Das Schlafzimmer des Säuglings soll womöglich nach Süden oder Osten liegen, trocken, gut ventiliert, täglich frisch aufgewaschen sein, und bei beschränktem Wohn-

Public

raum sorge man vor allem dafür, daß der Säugling nicht aus konventionellen Rücksichten der Geselligkeit auf ein dumpfes, wenig belichtetes und wenig besonntes Zimmer angewiesen wird. Das beste Zimmer in der Wohnung muß unter solchen Umständen das Kinderzimmer sein. Das ist zwar alles bekannt, aber gerade deswegen muß man es den Leuten immer wieder sagen.“ Jenseits des Säuglingsalters spielt die richtige gemischte Ernährung auch eine große Rolle.

Für die Allgemeinbehandlung sind See- und Solbäder unentbehrlich. Seebäder sind nicht geeignet für Kinder unter zwei Jahren und für solche, bei denen Affektionen der Augen und Ohren vorherrschen. Erethische Individuen schicke man an die Ostsee, lasse warm baden im Spätsommer, torpide an die Nordsee, „wo das Seebad in dem Zusammenwirken von Seeklima und Seebad, in der niederen, aber gleichmäßigen Temperatur, in dem geringen Unterschied zwischen Tag und Nacht, in dem thermischen Reiz des Bades, dem mechanischen des Wellenschlages und chemisch-physikalischen des Salzes mit dem erwärmenden Einfluß des Golfstromes, mit Ebbe und Flut und höherem Salzgehalt (2—4%), den Höhepunkt seiner maritimen Wirkung durch Anregung des Stoffwechsels erreicht.“ Besonders wichtig ist es ferner, die Kur mehr zu verlängern als es meist üblich ist. Soltmann hält einen drei- bis viermonatigen Aufenthalt im Hospiz für ebenso nötig wie eine Wiederholung zwei bis drei Jahre hintereinander, wenn der Kurerfolg einigermaßen einen Dauererfolg verbürgen soll. Er plädiert für die Errichtung schwimmender Sanatorien. In den Solbädern schätzt Soltmann ganz besonders den Einfluß der Inhalatorien und Gradierwerke, speziell wenn rezidivierende Katarrhe des Nasenrachenraums, der Ohren, Nase, des Kehlkopfes und der Bronchien vorhanden sind.

Arzneilich stehen neben dem Lebertran Eisen, Jod und Arsen zur Verfügung. Der Lebertran findet nur bei der erethischen Skrofulose Anwendung. Bei der pastösen Skrofulose ist er zwecklos und wird oft schlecht vertragen. Die Eisenpräparate sind auch besonders bei der erethischen Form von Wert. Mit Arsen sei man vorsichtig; die meisten anämischen skrofulösen Kinder vertragen es nicht gut, wenn ihre Verdauung nicht intakt ist. — Adenoide Wucherungen, die bei skrofulösen Kindern nach der Exstirpation oft rezidivieren, entferne man nur, wo sich ein ausgesprochener „adenoider Typus“ mit seinen schädlichen Rückwirkungen auf Thorax, Ohr, Sprache, Nervensystem entwickelt. — Die lokalen Erscheinungen der Skrofulose an Haut und Schleimhäuten müssen nebenbei lokal behandelt werden, doch darf die Allgemeinbehandlung über der symptomatischen nie in den Hintergrund gerückt werden.

2. Saar hat mit Pyocyanase an der Krausschen Klinik in Berlin gute Erfolge erzielt. Er kommt zu folgendem Urteil: Die Pyocyanase ist entsprechend ihrer experimentell studierten bakteriziden Eigenschaft ein ausgezeichnetes lokal wirkendes Mittel zur Behandlung von Anginen, die durch Streptokokken, Staphylokokken und Diphtheriebazillen hervorgerufen sind. Da eine giftbindende (antitoxische) Wirkung auf das Diphtherietoxin nicht zu den Eigenschaften der Pyocyanase zu gehören scheint, so ist die Pyocyanase neben dem Heilserum anzuwenden. Jedoch ermöglicht die Pyocyanaseanwendung vielleicht eine geringere Dosierung des Heilserums. Bei erwachsenen Diphtheriekranken macht die Pyocyanasebehandlung bei rechtzeitiger Anwendung die Serumtherapie überflüssig. Drei Fälle von Angina Plaut-Vincenti wurden durch das Mittel sehr schnell geheilt.

3. Scheffzek betont, daß Schädelimpressionen bei Neugeborenen, namentlich nach operativen Entbindungen den Erfolg der Wiederbelebungsversuche beeinträchtigen, da sie eine Raumbeengung für das Gehirn bedeuten. Jede tiefere Impression führe zu einer dauernden Deformität des Schädels. Die Beseitigung der Schädelimpression gelingt mit dem Korkzieher in allen Fällen, am leichtesten sofort nach der Geburt, doch auch noch 12 und 24 Stunden danach. Ein besonders geeigneter Korkzieher wird von Hermann Härtel in Breslau geliefert.

4. Die Behandlung des Säuglingsekzems mit der Finkelsteinschen Suppe ist z. Z. Gegenstand zahlreicher Kontroversen. Die Herstellung dieser Nahrung, die im wesentlichen eine Milchnahrung darstellt, in der der größere Teil der Molke durch Haferschleim ersetzt ist, wurde bereits an dieser Stelle ausführlich mitgeteilt. Mendelssohn berichtet aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin über gute Erfolge in drei Fällen. Bemerkenswert ist allerdings, daß mit der Heilung des Ekzems ein starker Gewichtsverlust (1 kg und mehr) bei allen drei Kindern einherging. Verf. sah darin kein bedenkliches Symptom, da offenbar die Kinder bei dem Salzmangel der Nahrung reichlich Wasser aus den Geweben abgeben. Das Aussehen und Allgemeinbefinden der Kinder wurde durch den Gewichtsverlust nicht alteriert; sie wurden im Gegenteil sogar munterer und sahen gesünder und frischer aus. Verf. glaubt, daß gerade die schroffe Salzentziehung durch ihre Wirkung auf die Ursache des Ekzems der wesentliche Faktor ist.

Da andere Autoren bei Säuglingsekzemen jede Wirkung der Finkelsteinschen Diät vermißten (Czerny, Feer, ganz kürzlich Witzinger an der Pfaundlerschen Klinik), ist wohl mit Feer anzunehmen, daß man die Säuglingsekzeme nicht alle auf eine Stufe stellen darf, und es wird wohl eine dankbare Aufgabe sein, die Gruppe von konstitutionellen Säuglingsekzemen klar differentialdiagnostisch zu umgrenzen, welche für die Finkelsteinsche Therapie geeignet sind.

5. In einem durch reiche persönliche Erfahrung wie durch Kritik gleich ausgezeichneten klinischen Vortrag erörtert Feer die Behandlung des Keuchhustens. Die Prophylaxe wird eingehend erörtert, dabei speziell betont, daß schon sehr viel geleistet ist, wenn es gelingt, die Infektion über die ersten zwei bis drei Jahre hinauszuschieben, da die Todesfälle bei Keuchhusten fast nur die ersten drei bis vier Jahre betreffen (die Hälfte oder mehr das erste Lebensjahr). Oft sind Erwachsene die Infektionsübermittler, die viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt, an Pertussis erkranken, auch wenn sie schon als Kinder die Krankheit durchgemacht haben; der Keuchhusten verläuft bei ihnen atypisch, ohne eigentliche Anfälle, und wird meist nicht erkannt.

Besonders gefährdet sind Rachitiker und Kinder mit spasmophiler Diathese. Psyche und Nervensystem sind überhaupt auf den Verlauf der Erkrankung, die Zahl der Anfälle etc. von großem Einfluß, eine überängstliche Umgebung daher oft schädlich. Aeltere Kinder können dazu erzogen werden, den kommenden Anfall willkürlich zu unterdrücken, z. B. durch tiefe Atemzüge. (Aehnlich dürfte wohl auch die Wirkung des oft mit Erfolg anwendbaren bekannten, von Feer nicht erwähnten Keuchhustenhandgriffes zu erklären sein, der im Vorschieben oder Vorziehen des Unterkiefers besteht. Ref.)

Obenan in der Behandlung steht die Aerotherapie. Orts- und Klimawechsel sind an sich ohne Nutzen. Der Genuß reiner Luft ist die Hauptsache, bei Fieberfreiheit und gutem Wetter im Freien, bei Schwerkranken und an rauhen Tagen im Hause. Der Kranke soll das beste Zimmer in der Wohnung haben, möglichst für sich allein. Man sorgt Tag und Nacht für eine gute Ventilation (ohne Zug!), im Winter erhält man dabei durch ausgiebige Heizung die gewünschte Temperatur (16 bis 20 ° C.). Wichtig ist dabei die Feuchthaltung der Luft durch nasse Tücher, Wasserschalen etc. Von höchster Bedeutung ist peinliche Reinhaltung der Zimmerluft, Verhütung von Staub, feuchte Reinigung des Fußbodens etc., Fernhaltung katarrhalisch affizierter Personen; sehr vorteilhaft ist das bekannte Zweizimmersystem. — Die Hydrotherapie kommt hauptsächlich bei Komplikationen seitens des Bronchialsystems in Betracht, doch läßt Feer auch bei Freisein der Bronchien abends einen nassen Brustwickel machen (warm, später ev. auch mit zimmergestandenem Wasser) und gut mit Wolltuch zugedeckt, 2—4 Stunden liegen, und sieht hiervon eine günstige Wirkung auf die Nachtanfälle. Bei Komplikationen rät er bei jüngeren Kindern, bei schlechtem Kräftezustand und mangelhafter Zirkulation zu heißen Bädern (37 ° C., rasch auf 40—42 ° erhöht) und heißen Brustwickeln mit nachfolgender rascher naßkalter Abreibung oder kaltem Nackenguß.

Medikamentös empfiehlt Feer im Beginn ein Chininpräparat, etwa Euchinin, oder Bromoform, ev. Thymuspräparate (Dialysat Golaz gegen Keuchhusten, oder Pertussin Täschner), bei schweren und häufigen Anfällen Codein. — Ueber die Dosierung dieser Mittel macht Feer folgende Angaben: Chinin kann man Kindern leicht in Form der Zimmerschen Chininperlen (à 0,1 Chinin. sulf.) in Milchsuppe oder Brei verabfolgen. Man gibt im ersten Jahre 2—3 mal täglich 1 Perle, sodann 2 mal täglich soviel Perlen, wie das Kind Jahre zählt, ohne über 1,0 bis 1,2 g pro die hinauszugehen. Euchinin 3 mal täglich soviel Dezigramme, wie das Kind Jahre zählt, bis zu 1,5 pro die. Chininum tannicum in zwiefach größerer Dose wie Chinin, nicht über 2 g im Tage. — Vom Dialysat Golaz (Originalflasche à 10 g) gibt man jüngeren Kindern zweimal einen Tropfen, später zweimal 2—3 Tropfen, älteren Kindern zweimal zwei, später zweimal

4 Tropfen. Von Pertussin Täschner (Originalflasche à 250 g) gibt man 3—4 mal täglich einen Kaffeelöffel bis einen Eßlöffel. Bromoform darf man nur geben, wo die Eltern intelligent sind und das Fläschchen in gut verschlossenem Schrank aufbewahren, da sonst Vergiftungen möglich sind. Säuglinge von 3—6 Monaten erhalten 3 mal 1—2 Tropfen, von 7—12 Monaten 3 mal 2—4 Tropfen, ältere Kinder 3—4 mal täglich soviel Tropfen, als Jahre plus 2—4 Tropfen, also z. B. ein 3jähriges Kind 3—4 mal 5—7 Tropfen. Maximum für ältere Kinder ist 4 mal 12 Tropfen. Die Tropfen gibt man in Zuckerwasser nach den Mahlzeiten. Codein phosphoric. gibt man in wässeriger Lösung, in drei bis vier Dosen, mit 1 Jahre etwa 1—2 mg pro die, mit 2 Jahren 3—5 mg, mit 3 Jahren 1 cg, mit 6 Jahren 3 cg. Ref. hat auch von erheblich höheren Codeindosen bei vorsichtigem Vorgehen nie einen Schaden, dagegen oft ausgezeichnete Erfolge bei Keuchhusten gesehen.

6. Zystoskopie und Ureterenkatherismus werden bei Kindern bislang noch sehr selten ausgeführt, da die technischen Schwierigkeiten erhebliche sind. Daß auf diesem Gebiet Fortschritte zu verzeichnen sind, ist sehr erfreulich. Die diesbezügliche Mitteilung von Portner sei auch namentlich wegen mancher technischer Einzelheiten der Beachtung empfohlen. Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Blasen- und Nierenleiden sind beim Kinde viel seltener als beim Erwachsenen, aber auch schwieriger zu diagnostizieren, denn die Klagen der Kinder sind — abgesehen vom Blasenstein — ganz unbestimmt und erlauben ebenso wie die klinische Beobachtung nur selten eine genaue Lokalisation der Erkrankung. Ohne sie ist aber eine erfolgversprechende Therapie unmöglich. Deshalb empfiehlt sich die Anwendung der Zystoskopie und des Ureterenkatheterismus. Sie ist jedoch auf die unbedingt notwendigen Fälle zu beschränken. Die Beobachtung des Urinsediments dient dabei in der Kinderpraxis zweckmäßig als Wegweiser. Es scheiden für zystoskopische Untersuchungen aus: 1. Fälle mit Blasen- oder Nierenbeschwerden, aber ohne pathologisches Urinsediment. Hier ist Beleuchtung der Blase und Trennung der Nierenurine nutzlos. 2. Fälle von Hämaturie, die durch den Nachweis von anderweitigen Blutungen oder von Zylindern als Teilerscheinung einer der häufig vorkommenden hämorrhagischen Diathesen oder einer Nephritis erkannt werden. 3. Fälle von Pyurie, bei denen durch Behandlung (ev. Silbernitratwaschungen der Blase) eine fortschreitende Besserung erzielt wird.

Bestehen bei Fällen von Hämaturie und Pyurie nach längstens vier Wochen noch diagnostische Zweifel, so müssen und können sie durch Zystoskopie und Ureterenkatheterismus gelöst werden. Beim Mädchen ist Zystoskopie und Ureterenkatheterismus vom vollendeten ersten Jahre an, beim Knaben Zystoskopie vom zweiten Jahre ab, Ureterenkatheterismus vom achten Jahre an möglich. Die Benutzung besonders dünner, trotzdem brauchbarer Instrumente (Zystoskop Ch. 12, Ureterenzystoskop Ch. 17) ist beim Mädchen wünschenswert, beim Knaben notwendig. Die zystoskopischen Methoden sind für das Kind gefahrlos, erfordern aber Narkose. An den Ureterenkatheterismus schließen wir bei chirurgischen Nierenleiden die funktionelle Nierendiagnostik.

Klimatotherapie und Thalassotherapie.

Referent: Kaiserl. Rat Dr. **Tripold,** Abbazia.

(Schluß.)

11. **Ueber den Heilwert der Seereisen.** Von Dr. A. Castiglioni und Dr. Karl Moser, Triest. Ibidem.

12. **Thalassotherapie auf Schiffen.** Von Dr. H. Paull, Karlsruhe. Ibidem.

13. **Das Klima Madeiras.** Von Dr. Manfred Fritz, Bad Wildungen. Ibidem.

14. **Die Bedeutung der Abkühlung und der Feuchtigkeit für die Entstehung von Krankheiten.** Von Dr. M. Meyer, Bernstadt.

15. **Ueber Klima und Heilanzeigen Aegyptens.** Von Dr. Laqueur, Wiesbaden. Ztschr. f. phys.-diät. Ther., XI, Heft 8.

16. **Biologische Gesichtspunkte auf dem Gebiete der Klimatotherapie.** Von Dr. Z. v. Dalmady, Tatrafüred (Alt-Schmecks). Ztschr. f. phys.-diät. Ther., Oktober 1908.

11. Die Verfasser, erprobte Fachmänner im ärztlichen Schiffsdienste, preisen den kurativen Wert von Seereisen auf zweckdienlich ausgestatteten Schiffen durch klimatisch günstige Meergebiete.

Im besonderen erweist sich die Seereise angezeigt bei Neurasthenikern, sowohl des Kindes-, Pubertäts- als auch des späteren Alters, insbesondere ist es die Schlaflosigkeit, die prompt beseitigt wird, während der Allgemeinzustand des Neurasthenikers, insbesondere die psychische Depression durch die gleichzeitig tonisierende und beruhigende Wirkung der Seeluft auf das günstigste beeinflußt wird. Neben dem Losgelöstsein von allen störenden, quälenden, erregenden Einflüssen des Alltagslebens, neben den über jeden Zweifel erhabenen günstigen klimatischen Verhältnissen auf hoher See ist es die suggestive Kraft des Meeres, die krankhafte Gefühle, Stimmungen, Schwäche beseitigt.

Dann sind es Appetitlosigkeit, Atonie des Magens und Darmes, welche durch eine Seereise auf das günstigste beeinflußt werden. Die Seeluft regt den Appetit mächtig an, die stete, wenn auch unmerkliche Erschütterung, hervorgebracht durch die Schiffsbewegung, versetzt die Bauchorgane in kontinuierliche Vibration, übt gleichsam eine molekulare Massage und bringt habituell Obstipierte zu normaler Darmfunktion. Der Aufenthalt auf hoher See ist ferner angezeigt bei anämischen, chlorotischen und lymhatischen Individuen, wie bei Menschen mit Disposition für Phthise. (Die beträchtliche Erhöhung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobingehaltes hat Malassez nachgewiesen).

Ueberraschend schnelle Genesung finden oft auf dem Meere Kranke mit chronischer Pneumonie, mit hartnäckigen pleuritischen Exsudaten, ebenso solche mit langwierigen Eiterungen. Für alle katarrhalischen Affektionen des Respirationstraktes gilt wohl der Aufenthalt auf hoher See als souveränes Heilmittel. (Gleichmäßige Feuchtigkeit der Luft, geringe Temperaturschwankungen, absolute Reinheit der Seeluft.)

Asthmakranke werden oftmals gebessert; sehr zweckdienlich erweist sich die Atmungsmethodik: Einatmen gegen den Wind, Ausatmen mit dem Winde.

Heufieberkranke bleiben auf hoher See mit absoluter Sicherheit anfallfrei.

Ein wichtiges Bereich der Thalassotherapie bilden die Herzkrankheiten, insbesondere die Affektionen des Herzmuskels. Erleichterung der Herzarbeit durch den erhöhten Tonus der Gefäße, durch die Hyperämisierung der Haut. Endlich ist das Hochseeschiff die ideale Erholungsstätte für Rekonvaleszente aller Art.

12. Wir verdanken dem Verfasser höchst interessante Klimastudien von der Nordsee und dem nördlichen Eismeere, wie auch vom Mittelmeere.

Verfassers Mitteilungen beziehen sich auf die sogen. Vergnügungsreisen der Hamburg-Amerika-Linie — in Deutschland kurzweg Hapag genannt.

[Das genaue Seitenstück hierzu sind die Reisen mit der „Thalia“ des österr. Lloyd. D. Ref.]

Vorzüge der Meeresluft, die auf dem Lande nirgends angetroffen werden, sind: die fast absolute Freiheit von Staub, die absolute Reinheit von Keimen, der Reichtum an Sauerstoff, Ozon, Kochsalz (?), Wasserdampf, die Konstanz ihrer relativen Feuchtigkeit, ihre hervorragend starke Radioaktivität (?).

[Dagegen schreibt Sommer im Jahrbuch der Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der physikalischen Medizin, I. Jahrgang, 1908:

> „An der See ist der Aktivitätsgehalt der Luft gleich Null“ und „Fluß- und Meerwasser besitzen sozusagen keine Radioktivität“. D. Ref.]

Die Küstenluft weist die Vorzüge der Luft auf hoher See niemals im vollen Umfange auf. „Ozeanität“ und „Kontinentalität“ stehen sich scharf gegenüber.

Das Wesen der Ozeanität ist der milde Ausgleich der Temperatur — keine Temperaturstürze, sondern sanftes, kaum merkliches Ineinanderfließen der Temperaturschwankungen — dann die Konstanz und der Grad der Luftbewegung.

Die Nordlandfahrten der Hapag führen durch die Nordsee, das europäische Nordmeer, Teile des nördlichen Eismeeres zwischen der deutschen und holländischen Nordwest-, der englischen Ostküste, den Orkney-, Faröer-Inseln, Island, Spitzbergen, der norwegischen und jütischen Westküste. Ausgangs- und

Public

Endpunkt ist Hamburg. 1 Nordlandfahrt im Juni, 6 Fahrten im Juli und August.

Während die Temperaturmittel an der englischen und schottischen Ostküste im Juli und August zwischen 12,5 und 15,6 ° C. liegen, sind sie auf Spitzbergen in diesen Monaten 4,4—4,6 ° C. Der Temperaturabfall vollzieht sich auf der langen Seereise ganz allmählich.

Sehr groß sind die Schwankungen zwischen den mittleren Monatsextremen am Kontinent, sie betragen 20 und mehr Grade Celsius in Deutschland, 16,2—14,2 ° C. auf Helgoland, dagegen nur mehr 5 ° C. in Thoorhavn, Vestmannö und Grimsey.

Gewitter- und Sturmtage sind in den nördlichen Meergebieten sehr selten; dagegen weisen diese eine stärkere Bewölkung auf als Mitteleuropa (nahezu Dreiviertelbewölkung gegen Halbbewölkung am Kontinent).

Das wichtigste Charakteristikum des Polarklimas, in welches die Hapagreisen noch hineinführen, ist die gänzliche Abwesenheit der Sonnenstrahlung im Winter, das sehr schiefe Einfallen der Sonnenstrahlen im Sommer.

Verfasser rühmt dann noch speziell das Sommerklima auf Spitzbergen. [Vergleiche auch Bunge. Ref. in dieser Zeitschrift.]

Während des Winters (Januar bis Mai) führen die Hapagreisen nach dem Mittelmeer, wo der Winter subtropischen Charakter hat und reichste Gelegenheit zu Aerotherapie auf den Hochseeschiffen gegeben ist. Palermo weist in 10 Jahren einen Schneetag auf. (Abbazia hat seit 1903 keinen Schneefall gehabt. D. Ref.)

Der Winter ist im Mittelmeer charakterisiert durch milde Temperaturen, häufige Regen und vermehrte Winde.

Sind schon die Januartemperaturen (kältester Monat) in Genua, Nizza, Ajaccio, Palermo, Alexandrien: 8,0, 8,3, 10,2, 10,9, 15,6 ° C., so werden noch höhere Werte auf hoher See erreicht: 11,5—16 ° C., während Deutschland im Januar durchschnittlich Frosttemperaturen hat.

Das Charakteristikum des Mittelmeerregens ist seine Kürze und Heftigkeit.

Die Winde des Mittelmeeres interessieren uns nur im Sinne der Seekrankheit. Mistral und Bora, die gefürchteten kalten Lokalwinde, sind nur Küstenwinde, fehlen ganz auf hoher See. Dagegen spielt der Scirocco eine beachtenswerte Rolle. Verfasser glaubt den warmen Regenwind des Mittelmeeres außer Betracht lassen zu sollen, er führt weiter an, daß der saharageborene, glühend heiße, staubführende Scirocco, der den Menschen sehr unangenehm beeinflußt, im Winter sehr selten, häufig dagegen im Sommer vorkommt. (Ref. muß jedoch herorheben, daß schwere Sciroccostürme das Mittelmeer von Aegypten her bis an die adriatischen Küsten heimsuchen können, häufig im Spätherbste, aber auch gar nicht so selten im Januar, Februar und März. Diese Stürme sind durchaus nicht heiß, aber doch so heftig, daß sie bei der größten Mehrzahl der Schiffspassagiere Schiffskrankheit hervorrufen.)

Andererseits erfreut sich das Mittelmeer reichlichster Windstillen.

Konstanz und hoher Grad der relativen Feuchtigkeit geben der Mittelmeerluft schon ozeanisches Gepräge.

Ein Vorzug der Hapagfahrten ist das zeitweilige Anlaufen des Festlandes, wodurch den Reisenden Abwechselung geboten wird.

24 Literaturangaben über Seereisen und einschlägige Meteorologie.

13. Zahlreiche Lungenkranke vertragen den Aufenthalt im Hochgebirge nicht, die von den Staubwolken der Automobile erfüllte Luft der Riviera eignet sich auch nicht für kranke Lungen, und so möge man sich wieder der „glücklichen Inseln", der Madeira-Inselgruppe und der Kanaren erinnern. So der Verfasser.

Madeira und die Kanaren liegen im Bereiche des Nordostpassat.

Madeira ist eine Insel vulkanischen Ursprungs mit steilen Küsten. Der räumlich ausgedehnteste Strand liegt in der Bay von Funchal, der Hauptstadt der Insel, die allein als Aufenthalt für Kranke in Betracht kommt und sich von der Küste bis auf 700 Meter Höhe hinaufzieht. 25 jährige Beobachtungen haben ergeben, daß die aus nördlichen Richtungen wehenden Winde das Uebergewicht haben; sie sind warm, mit Wasserdampf völlig oder annähernd gesättigt. Sobald sie auf die steil aufragende Nordküste der Insel anprallen, werden sie in die Höhe gedrängt, kühlen dabei stark ab und scheiden den Wasserdampf in Wolken und Niederschlägen aus. Nähert sich der Passat der stark besonnten Südküste, wird er von den warmen Luftmengen in die Höhe geschleudert und bildet dann in großer Höhe einen feinen Zirrusfilz, der die Strahlen der Sonne mildert.

Die aus südlicher Richtnug wehenden Winde führen oft zu Regen- und Gewitterbildung.

Der „L'este" ist ein von der Sahara ausgehender trockener Ostwind, der aber Madeira sehr selten erreicht, in seinen untersten Schichten überdies durch das Streichen über den Ozean mit Feuchtigkeit angereichert wird.

Es ist wichtig, zu wissen, daß Madeira mäßig trocken ist, eine relative Feuchtigkeit von 67,8% besitzt, während Teneriffa schon 77% Durchschnittsfeuchtigkeit aufweist.

Geradezu ideal sind die Temperaturverhältnisse Madeiras. Schnee gibt es in Funchal nie. Mittlere Jahrestemperatur: 18,6 ° C. Der kühlste Monat (Februar): 15,4 ° C. Der wärmste Monat (August): 22,6 ° C. Jahresschwankung demnach 7,2 ° C.

(Nicht allzu glänzend gestalten sich die Monats- und Tagesschwankungen der Temperatur mit 9—10 ° C. bezw. 5,7 °, denn Abbazia weist eine Monatsschwankung von 5,6—7,1 ° C. in den Wintermonaten, eine Tagesschwankung von nur 4,4—5,5 ° C. auf. D. Ref.)

Geringe Bewölkung, seltene, kurz dauernde Regen, jährliche Regenmenge nur 689 mm; 79 Regentage im Jahre, davon 58 Regentage im Winter. (Abbazia hat im 20 jährigen Durchschnitt 103 Regentage im Jahre, 53 Regentage vom November bis 1. Mai. D. Ref.)

Die Luft in Madeira ist außerordentlich rein, frei von jeglichem Staub. Straßen und Wege durchwegs gepflastert.

Madeira eignet sich für Lungenkranke, die der Schonung bedürfen, für Bronchitiker, Asthmatiker, chronisch Nierenkranke und Rekonvaleszente. Nach der Statistik von Mittermeyer und Goldschmidt sind zahlreiche, auch schwer Tuberkulöse geheilt worden und dauernd gesund geblieben.

4 Literaturangaben.

14. Der Glaube an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Wetterlage und dem Auftreten von Krankheiten ist erhalten geblieben — trotz Bakteriologie. Man unterscheidet zwei Hauptströmungen der Luft: eine äquatorische und eine polare; erstere fließt nach den Polen zu ab, während die kalte und schwere Polarluft an der Erdoberfläche gegen die Tropen zu streicht. Die Drehung der Erde bringt es mit sich, daß diese Strömungen nicht Nord-Süd-Strömungen, sondern Nordost- (kalt) und Südwest- (warm) Ströme sind. Diese Strömungen — in den Tropen übereinanderlaufend — fließen in unseren Breiten häufig nebeneinander und durchdringen sich oft. Der warme Südweststrom läuft über große Meere, führt daher Feuchtigkeit mit sich, während der kalte Nordoststrom über weite Strecken des Kontinents weht und daher Trockenheit bringt. Diese Hauptströme in Verbindung mit lokalen Berg- und Küstenwinden, die Sonnenstrahlung, physikalische Beschaffenheit des Terrains (trocken oder wasserreich, bebaut oder bewaldet) sind maßgebend für die Luftfeuchtigkeit.

In der Hauptsache unterscheiden wir vier Wärme- und Feuchtigkeitsstadien: 1. warm und trocken, 2. warm und feucht, 3. kalt und trocken, 4. kalt und feucht.

Der menschliche Körper, der in allen Klimaten zu leben vermag, zeigt in seinem Verhalten gewisse Reaktionen den einzelnen vier Witterungstypen gegenüber.

Der Aufenthalt in trockenwarmer Luft hat eine wohltätige, anregende Einwirkung auf den Körper. (Reichliche Abgabe von Wasserdampf durch Haut und Lungen, von Abfallstoffen, des Stoffwechsels [Harnstoff, Salze, Gifte], rasches Verdunsten des Schweißes.)

Anders bei feuchtwarmer Luft. (Zurückbleiben von reichlichen Wasser- und Wärmemengen im Körper, reichliche Bildung lästigen Schweißes, der nicht verdunsten kann; Neigung zu Hitzschlag beim Gehen und angestrengter Arbeit.)

Trockenkalte Luft wirkt auf die Schleimhäute reizend, ätzend, direkt verwundend.

Feuchtkalte Luft stellt die höchste Potenz von Klimaschädlichkeit dar:

Sie wirkt durch Wegfall des Sonnenscheins (der den Stoffwechsel steigert, die Blutbildung befördert, die Gemütsstimmung freundlich beeinflußt, pathogene Keime vernichtet), ferner durch direkten Angriff der Kälte zunächst auf die Peripherie des Körpers (kalte Hände und Füße), in weiterer Folge auf die Gesamtblutverteilung (innere Kongestion) und auf die Darmfunktion. Bei feuchtkalter Luft beobachten wir häufig niedere

Barometerstände, welchen bei plötzlichem Eintritte nach Lahusen und Lahmann ein erheblicher Einfluß auf Magen-Darmtrakt, Lungen und Gefäßsystem zukommt. Man kann also zusammenfassend sagen, daß die feuchtkalte Luft stark abkühlend, die Hautatmung hemmend, gemütsverstimmend, schleimhautreizend und reflektorisch anschoppend wirkt.

15. Die physiologischen Wirkungen des ägyptischen Klimas beruhen in erster Linie auf der Entlastung des Nieren- und Herzkreislaufes durch die erhöhte Tätigkeit des Hautorgans. Es ist der früher beliebten Riviera vorzuziehen, weil die letztere zu große Temperaturschwankungen, mangelhafte Heizeinrichtungen, viel Staub etc. aufweist.

Kairo, das zum Teil noch ähnliche Mängel zeigt, sollte nur als Uebergangsstadium benutzt werden, damit Schwerkranke sich an die trockene Luft und starke Besonnung Aegyptens gewöhnen. Der eigentliche — auf mehrere Monate zu berechnende — Aufenthalt ist in Heluan, Luxor oder Assuan zu nehmen. Ersteres besitzt außerdem noch starke warme Schwefelquellen.

Indiziert ist Aegypten für Nierenleiden, Gelenkrheumatismus mit ausgeglichenen Herzfehlern, jüngere Lungenkranke im Anfangsstadium, ohne Fieber und Kavernen, ferner für Asthma, Neurasthenie, Diabetes.

Die Kur beginnt am besten im November in Kairo, um Weihnachten in Luxor etc.: von da kehrt man im März in Etappen über Heluan, Ramseh, Sizilien, Neapel nach den mittleren Breiten zurück.

Aegyptens Heilanzeigen sollten nicht überschätzt und die Kontraindikationen sorgfältig überlegt werden.

W. Esch, Bendorf a. Rh.

16. Der Mensch zeigt zwar eine auffallend große Akkommodationsfähigkeit an die verschiedenen Arten des Klimas, jedoch geht letzteres nicht wirkungslos an ihm vorüber. Es wirkt weniger aufs Individuum, als auf die Art. Während die artbildenden Kräfte des Klimas sich aus den charakteristischen Verschiedenheiten der Fauna und Flora der einzelnen Gebiete ohne weiteres ergeben, müssen wir nach Verf. hinsichtlich der Wirkungen auf das Individuum zwei Arten von Klimawechsel unterscheiden:

a) den kurzdauernden Klimawechsel.

Er wird vom Organismus nur wie eine Anomalie des Heimatklimas aufgefaßt und bringt lediglich die Akkommodation in Bewegung. Die Veränderungen im Stoffwechsel, im Wärmehaushalt, im Kreislauf, in der Atmungsmechanik, die sich dabei ergeben, bezeichnet Verf. als die primäre oder physikalische Klimawirkung. Sie stellt die gewöhnliche Art der Klimatotherapie dar. Neben ihm möchte er aber noch auf die Wichtigkeit der Wirkungen

b) des langdauernden Klimawechsels

hinweisen, die er sekundäre, biologische nennt. „Wo die durch den Klimawechsel bedingten Veränderungen die Anomalien des heimatlichen Klimas an Dauer oder zeitlicher Verteilung übertreffen und dadurch mit den, von Simon als „mnemische“ Eigenschaften des Organismus bezeichneten Erscheinungen und Vorgängen in Konflikt geraten, da entfaltet der Klimawechsel eine tiefgreifende Wirkung, die als die inneren Krankheitsursachen verändernd (und artumstimmend) betrachtet werden muß.

Er illustriert das an dem Umstande, daß im zweiten Jahre des Klimawechsels statt der Eingewöhnung, die man nach der herrschenden Meinung erwarten müßte, vielmehr eine Ueberempfindlichkeit eintritt. Europäer z. B., die das erste Jahr selbst in den heißesten Tropen mit erstaunlicher Frische durchleben, bemerken im zweiten oder dritten Jahre die schädlichen Wirkungen des Klimas (Huggard), um diese Zeit erst tritt auch die Tropenneurasthenie, der „Tropenkoller“, auf.

Umgekehrt müsse sich aber auch in gewissen Fällen eine günstige Wirkung des Klimawechsels auf ererbte Anlagen zeigen. Diesem Gegenstande sollten die Aerzte in Zukunft eine größere Aufmerksamkeit als bisher schenken.

(Wenn auch die Ausführungen des Verfassers eines gewissen Interesses nicht entbehren, so erscheint ihre praktische Verwertbarkeit doch einigermaßen problematisch.)

W. Esch, Bendorf a. Rh.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Das Eulatin, ein neues Keuchhustenmittel.** Von Dr. L. Friedmann. Med. Klinik, 1908, Nr. 43.

2. **Bemerkungen zur pharmakodynamischen Wirkung des Aristolöls.** Von Dr. Daxenberger. Die Heilkunde, 1908, S. 369.

1. Ueber ein neues Keuchhustenmittel wird von Friedmann berichtet. Es handelt sich um das von dem Chemischen Institut Dr. L. Oestreicher, Berlin W. 30, hergestellte Eulatin, das ein weißes, fast geruchloses, leicht säuerlich schmeckendes Pulver darstellt, und das als ein amidobrombenzoesaures Dimethylphenylpyrazolon anzusehen ist. F. gab es in Einzelgaben von 0,1—0,5 g 3—4 mal täglich als Pulver oder unter Zusatz von wenig Himbeersaft als Schüttelmixtur. Nur in exzessiv schweren Fällen, im Stadium spasmodicum, wurden zeitweise Narkotika hinzugesetzt. Die Kinder, auch ganz junge Säuglinge, vertrugen es ohne jede Nebenwirkung. F. glaubt, daß durch das Mittel das Sekret verflüssigt und die Hustenanfälle günstig beeinflußt werden. Ferner übt es eine krampfwidrige Wirkung aus. Bei heruntergekommenen Kindern scheint durch den Gehalt an Benzoesäure die Herzkraft gehoben zu werden. Am günstigsten gestaltet sich die Behandlung, wenn das Mittel im Beginne der Krankheit gegeben wird; diese wird dadurch wesentlich abgekürzt. Auf der Höhe der Erkrankung machte sich eine sedative Beeinflussung entschieden bemerkbar. Die zu Vergleichszwecken mit den üblichen Keuchhustenmitteln behandelten Kinder zeigten nur geringe oder keine Besserung.

2. Zur Prüfung, ob Aristolöl selbst steril ist, hat Daxenberger eine frisch bereitete 10 proz. Lösung auf Agarplatten ausgegossen und völlige Keimfreiheit des Oeles festgestellt. Unverschlossen aufbewahrtes Oel bleibt aber nicht steril; jedoch kommen die hineingeratenen Keime nicht zur Vermehrung und scheinen sogar allmählich abzusterben. Fernere Versuche ergaben, daß in dem 10 proz. Aristolöl die Mikroorganismen länger am Leben bleiben, als an der Luft, da in letzterer die völlige Austrocknung schneller vor sich geht als in der Oelschicht. Nun wirken die meisten pulverförmigen Antiseptika erst beim oder durch das Hinzutreten der Wundsekrete. Welche Vorgänge sich dabei abspielen, wissen wir nicht. Jedoch ist bekannt, daß selbst die starken Antiseptika, wie Sublimat und Karbolsäure, ihre antiseptische Wirkung einbüßen, wenn man sie in öliger Verbindung anwendet. Nur das Jod macht darin eine Ausnahme (Jodoformemulsionen!). Die Jodwirkung geht nicht verloren, kommt vielmehr in milderer Form zum Ausdruck. Daher kommt es, daß auch das Aristol seine Vernarbungstendenz und schmerzstillende Wirkung in öliger Verbindung nicht verliert, ja sogar sie noch eklatanter hervortreten läßt. Allerdings kann das Aristolöl nicht den Anspruch eines Antiseptikums im strengen Sinne machen, sondern nur eines absolut sterilen, jederzeit bereiten Jodöllösung. Denn es unterliegt keinem Zweifel, daß das Aristol durch Abspaltung von Jod in statu nascendi wirkt. Die Versuche auch anderer Autoren haben aber ergeben, daß die Resorption von Jod nur eine äußerst langsame ist. Daher fehlen, auch bei endermaler Anwendung des Aristolöls (10 g), jegliche Jodvergiftungserscheinungen. Verfasser hält es für ausgeschlossen, daß bei einigermaßen vernünftiger Anwendung Schaden gestiftet werden kann.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Von Dr. Bandelier und Dr. Roepke. II. Auflage, Würzburg 1909, Verlag von Curt Kabitzsch. Preis brosch. 6 M.

Im vorliegende Buche besprechen die Verfasser in klarer und ausführlicher Weise die verschiedenen Arten der Tuberkulosediagnose mittels Tuberkulin, wobei sie die subkutane Injektion, die Methoden von Pirquet, Calmette etc. etc. nacheinander würdigen. Auch bezüglich der Tuberkulinbehandlung ist in dem Buche alles Wissenswerte enthalten. Die Autoren besprechen

Pub

die Behandlung mit Alt- und Neutuberkulin, Marmorekserum und den übrigen bekannten Tuberkulinen, sowie dem Behringschen Heilmittel. Einige vorzügliche Bilder und Kurven vervollständigen das Werk. Das vorliegende Buch ist für den praktischen Arzt, der sich mit der Diagnose und Therapie der Tuberkulose beschäftigt, ein sehr zu empfehlendes Nachschlagewerk.

Dr. Ernst Meyer, Charlottenburg.

Die Willensfreiheit in moderner, theologischer, psychiatrischer und juristischer Beleuchtung, nebst eine Abwehr gegen den Oberstaatsanwalt P. Von Joh. Breßler. Halle a. S., Carl Marhold.

Der Begriff der freien Willensbestimmung ist kein juristischer allein und soll der Arzt die Grundlagen beurteilen, so darf er vor der Bestimmung des Begriffes nicht Halt machen. Es werden die Definitionen von theologischer, medizinisch-psychiatrischer und juristischer Seite vorgeführt. Es wird gezeigt, wie schließlich in allen dreien der deterministische Standpunkt zu seinem Rechte kommt. Aus dem Determinismus folgt nicht ohne weiteres der Zwang, die Begriffe der Schuld und Strafe aufzuheben, sondern es ist wohl möglich, den Determinismus mit den Grundanschauungen der Strafrechtspflege zu vereinigen.

Die interessante Studie wird zur Lektüre vom Referenten lebhaft empfohlen. G. Flatau, Berlin.

Allgemeines.

Quamvis sint sub aqua . . . . Im Novemberheft des „Gesundheitslehrers“ wird schon wieder Puro attackiert, und zwar von Dr. Neustätter, München; er benutzt die Gelegenheit, um auch mich einmal anzurempeln, da ich in Nr. 35 d. W. die Puro-Affäre kritisch beleuchtet habe und zu einem für die Zukunft des Puro günstigen Ergebnis gekommen bin. Für diejenigen unserer Leser und Mitarbeiter, die das Heft zufällig etwa in die Hände bekommen haben, möchte ich bemerken, daß es erstens **nicht wahr** ist, daß Sonderdrucke meines Puro-Artikels in Kouverts der „Therapeutischen Rundschau“ versandt worden sind (bis auf die wenigen, die ich persönlich an Kollegen verschickt habe). Es ist ferner **nicht wahr,** daß ich, um die Redaktion der „Th. R.“ zu erhalten, meine Erklärung im „Aerztl. Vereinsbl.“ betr. einige vor Jahren erfolgte Publikationen in populären Zeitschriften, die ohne mein Wissen z. T. nachgedruckt worden zu sein scheinen, veröffentlicht hätte. Mein Redaktionsvertrag ist am 30. November 1907 unterzeichnet worden. Die Erklärung im „Aerztl. Vereinsbl.“ datiert vom 28. Januar 1908 und wurde veranlaßt durch eine Besprechung mit Dr. Siefart im Januar.

Was die Purofrage angeht, so bestätigen mir die zahlreichen beifälligen Aeußerungen aus Aerztekreisen (letzthin wieder von einer sehr hochstehenden amtlichen Persönlichkeit) die Richtigkeit meiner Auffassung und der Prognose, die ich gestellt habe. Ob wohl Herr Dr. Neustätter sich endlich mal über Puro beruhigen wird? Lungwitz.

Die **„Zeitschrift für neuere physikalische Medizin“** stach uns wegen ihres höchst sonderbaren, ja direkt auffälligen Redaktionsbetriebes schon seit langem in die Augen. Ueber kurz oder lang mußte der Zeitschrift der Prozeß gemacht werden. Daß dies freilich in einer so wuchtigen, zerschmetternden Form geschehen würde, wie in der Broschüre Surmanns, des Direktors der Bremer Kaffee-Handels-Aktien-Gesellschaft, war nicht vorauszusehen. Die Broschüre dürfte so allgemein verbreitet sein, daß wir es uns sparen können, die schweren Anschuldigungen gegen Dr. Zickel, den Verleger Kaufmann und Kommerzienrat Aust, Direktor der Kathreinerfabriken, anzuführen. Sie ist ein lehrreiches Beispiel dafür, mit welchen Mitteln heutzutage der Konkurrenzkampf geführt wird. Uns interessiert natürlich am meisten der schwere Angriff auf die Ehre Dr. Zickels. Sollte sich auch nur ein kleiner Teil der Beschuldigungen als wahr herausstellen, so wird Dr. Zickel gut tun, auf den „Flügeln der Morgenröte“ sich mit seiner Zeitschrift an das Ende der Welt zu begeben.

Die Krankenpflege-Sammlung im Kaiserin-Friedrich-Hause, die einzige bisher vorhandene Sammlung dieser Art, soll nunmehr auch der Oeffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Unter Leitung Sr. Exzellenz des Wirklichen Geheimen Rats Prof. Dr. v. Leyden und des Kustos der Sammlung, Dr. P. Jacobsohn, werden im Laufe des Winters mehrere Demonstrationen derselben stattfinden, zu denen der Eintritt für jedermann unentgeltlich ist. Die erste Demonstration ist auf Sonntag, den 15. November, 12—1 Uhr mittags, festgesetzt.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Jeder deutsche Arzt wird es bestätigen, daß nicht die Empfehlungen in Tagesblättern, sondern nur selbst gesammelte Erfahrungen die zuverlässigste Basis für ein neu einzuführendes Mittel sind. Das aus Algen hergestellte Nährfett Fucol will nur auf letzterem Wege sich eine Stellung im Arzneischatze erringen. Original-Flasche à $^1/_2$ Liter Mk. 2,—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Vornehme Reklame!
N P G
Postkarten nach vorhandenen oder einzusendenden Sujets
Plakate, Kalender, Kärtchen etc.
Ausführung in
N P G Bromsilber-Photographie
Muster, Offerten sowie alle
:: Auskünfte kostenfrei. ::
Neue Photographische Gesellschaft A.-G., Steglitz A. 8.

Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch ist
Colloider Knochenstoff
und enthält sämtliche Knochensalze in aufgeschlossener Form. Empfohlen zur prophylaktischen und curativen Behandlung rhachitischer Erkrankungsformen.
Aerztl. Rundschau No. 48.
Therapie der Gegenwart, März 1908.
Abhandlung, Prospekte, sowie Bemusterung des Fabrikates durch Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau,** Berlin, Prof Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann,** Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **A. Fränkel,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax,** Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer,** Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek,** Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks,** Bonn, Prof. Dr. **G. Köster,** Leipzig, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz,** Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **G. Meyer,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel,** Kiel, Geh. Reg.-Rat Prof Dr. **B. Proskauer,** Berlin, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter,** Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz,** Königsberg i. Pr., Hofrat Prof. Dr. **M. Schottelius,** Freiburg i. B., Prof. Dr. **E. Schultze,** Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer,** Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 29. November 1908. **Nr. 48.**

Die „Therapeutische Rundschau" erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Be größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:

G. Anton, Halle a. S.: Ueber eine eigenartige Gehirnerkrankung mit Chorea, Myasthenie, cerebellärer Ataxie und langsam fortschreitender Demenz . . . 709
L. und A. Apostolides, Smyrna: Ueber Aetiologie und Behandlung des Asthma bronchiale . . . 711

Referate:

E. Solms, Charlottenburg: Frauenkrankheiten und Geburtshilfe 717
G. Flatau, Berlin: Neurologie und Psychiatrie . . . 718
M Peltzer, Steglitz: Militärmedizin . . . 719
W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie . . . 719
W. Esch, Bendorf a. Rh.: Varia . . . 720

Mitteilungen über Arzneimittel:

A. Scharff, Magdeburg: Ein Beitrag zur Therapie der Rachitis 721
W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 722
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 723

Technische Neuerscheinungen:

Solaro, Mailand: Ein neuer elastischer Darmschließer (Ref.: M. Plien, Berlin) . . . 723

Bücherbesprechungen:

Clouston: Gesundheitspflege des Geistes (Ref.: v. Rutkowski, Berlin) . . . 723
Allgemeines . . . 723

ORIGINALIEN.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle a. S.

Ueber eine eigenartige Gehirnerkrankung mit Chorea, Myasthenie, cerebellärer Ataxie und langsam fortschreitender Demenz.[1])

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton.**

Die Erkrankung betraf ein 14jähriges Mädchen, über welches aus der Vorgeschichte folgendes zu erwähnen ist:

Bei der Geburt bestand ein Ausschlag mit verschieden großen Bläschen, welche mit strahliger Narbenbildung verheilten. Das Kind lernte etwa mit dem zweiten Jahre sprechen und laufen. Auffällig war ein müdes, mattes Wesen, besonders bei Bewegungen.

In der Schule lernte sie wie die anderen Kinder, doch schlief sie nach kurzer Anstrengung müde ein. Im zweiten Schuljahre fiel sie auf durch Grimassen, durch Unarten, besonders beim Essen durch unmanierliches Gebaren. Oberdrein wurde sie „successive fauler". Im Verlaufe der weiteren Jahre fiel auf ein breitspuriger, unbeholfener, trippelnder Gang. Auch die Hände wurden, besonders bei der zweiten Dentition, eigenartig ungeschickt; sie ließ die Gegenstände häufig fallen; die vorliegenden Schriftproben zeigen eine allmähliche Verschlechterung der Schrift.

Von den mehrfachen klinischen Befunden seien folgende hervorgehoben (vom März 1906 angefangen):

Die Körperlänge 121 cm entsprach der Länge eines achtjährigen Kindes; der Knochenbau sehr grazil, sehr wohlgeformt, aber nicht nach Kindertypus, sondern langbeinig. Die Schädelmaße entsprachen der Körpergröße; der Schädel war wohlgeformt. Das Auge leicht geschlitzt (mongoloid).

Von körperlichen Befunden ist zu erwähnen, daß sich im Harn durchschnittlich 5 Prozent Zucker fanden.

Lähmungen und Paresen waren im Anfange nicht vorhanden, wohl aber große Ermüdbarkeit; beim Sprechen war auffällig Wiederholung der ersten Silben — also Stottern — und choreatische Bewegungen. Die willkürlichen Bewegungen erfolgten verlangsamt, von vielfachen Mitbewegungen begleitet.

Die Körperbalance war etwas gestört; beim Vorwärtsschreiten und beim Umdrehen erfolgten trippelnde Bewegungen (Gangstottern). Dies war besonders auffällig beim Herabsteigen von der Treppe. Auch beim Aufsitzen und Aufstehen erfolgten zunächst mehrere ruckartige Bewegungen. Die Arme schlugen zunächst mehrmals gegen das Bett, dann erfolgte das Aufsitzen mit Stütze der Arme. Beim Umdrehen im Bett erfolgten ausfahrende Bewegungen an Armen und Beinen. Das Seitwärtsschreiten war sehr unvollkommen; nach rechts erfolgloser als nach links.

Der Tonus des Muskeln wechselte häufig, die Sehnenreflexe waren deutlich gesteigert.

Vom psychischen Befunde: Die kleine Kranke ist geordnet, orientiert, beurteilt ihren Zustand zutreffend, trifft im Verkehr mit Menschen die richtige Auslese; sie bevorzugt den Verkehr mit Kindern von 7—8 Jahren. Während der Unterredung sind auffällig choreatische Bewegungen; beim Sprechen bewegen sich die Kiefer übermäßig, und es kommt oft zum Aufreißen des Mundes. Die gestellten Fragen erfaßt sie rasch und antwortet zutreffend. Die Erinnerung an das Erlernte ist relativ gut erhalten. Sie schildert und kritisiert auch zutreffend ihren früheren Aufenthalt. In die neue Umgebung hat sie sich relativ rasch eingelebt und zeigt richtigen, abgestuften Verkehr. Besonders auffällig ist die rasche Ermüdung beim Gespräche und beim Spiele; der psychische Zustand ist dementsprechend stark wechselnd, meist freundlich zugänglich, aufmerksam, voll treffender Bemerkungen, nach längerer Anstrengung aber matt, träge, mit deutlich retardiertem Gedankengang.

---

[1]) Nach einem auf dem Kongresse mitteldeutscher Psychiater und Nervenärzte in Halle a. S. (25. Oktober 1908) gehaltenen Vortrage.

Nach temporärem Aufenthalt zu Hause klagte der Vater besonders über das Zappeln beim Laufen, über das Zittern der Hände, über das lebhafte Mundaufreißen. Beim Niedersetzen auf den Nachttopf vollzieht sie eine „furchtbare Zappelei“. Besonders wird geklagt über ihre „Willenslosigkeit und Trägheit, während der Verstand viel besser sei“.

Ab und zu zeigt sich eine eigenartige, kindliche Erotik: Sie klammert sich an männliche Individuen, entblößt sich mit Vorliebe auch vor kleinen Knaben, beschmiert ihr Hemd mit dem Menstruationsblute anderer Kranker; belästigt erotisch die Mitkranken. Bei Diät ohne Brotzufuhr wurde das Kind matt, schläfrig, und es trat starke Eisenchlorid-Reaktion auf, letztere verschwand bei Zufuhr von Kohlenhydraten. Die diversen Proben auf die vermutete Pankreaserkrankung fielen negativ aus. An den Kiefern hat sich allmählich dauernde Luxation des Kiefergelenkes herausgebildet.

Obduktionsbefunde: Das Gehirn wog 1017 Gramm, es fanden sich keine Verwachsungen der Meningen vor. An der Basis bestehen vielfache knotige Verdickungen der Arterienrohre. Am auffälligsten war eine Erweichung der linken oberen Stirnwindung bei Fortbestand der Rindensubstanz. Diese Erweichung ergriff stellenweise auch die mittlere Stirnwindung, sie reichte vorn bis nahe zum Stirnpole, rückwärts bis zu 2 cm vor der oberen Zentralwindung. Weiterhin fiel auf eine Verschmälerung der Brückenarme und eine Verflachung und Atrophie des Pons. Die Aorta zeigte an der Innenwand stellenweise strahlige Verdickungen. An der Leber war ein ganz auffälliger Befund, der hier nur in Schlagworten referiert wird. Auffällige knotige Lappenbildung im ganzen Leberbereiche, Höcker von Stecknadel- bis Bohnengröße, also der Befund, wie er entspricht der sogenannten juvenilen knotigen hypertrophischen Lebercirrhose. Die Bindegewebsentwicklung war aber keineswegs stark hervortretend, vielmehr trat die knotige Hypertrophie des Parenchyms mehr in den Vordergrund. Die irreguläre Anordnung der Leberläppchen und ihre Beziehung zu den Gefäßen, aber auch die atypische Anordnung der Leberzellen selbst gestatten den Schluß, daß hier schon vielfache Regeneration und Neubildung des Parenchyms vor sich ging, wie er bei juvenilen Lebererkrankungen und Entwicklungsstörungen der Leber erwiesen ist.

Mikroskopische Durchschnitte durch das Gehirn zeigten folgendes: Der Linsenkern ist im mittleren Anteile des Putamen erweicht, teilweise auch die Capsula externa. Letztere ist im linken Gehirn (wohl durch die Erweichung der I. Stirnwindung) stärker degeneriert. Die partielle Linsenkernerweichung ist fast symmetrisch auf beiden Seiten. Am Kleinhirn ist auffällig, daß die Substanz des Hemisphärenmarkes auf Hämatoxylinschnitten beiderseits symmetrisch leichte Flecken zeigt (ähnlich den Flecken, wie sie Forster-Fischer bei senilen Gehirnen nachweisen). Diese Stellen zeigen wenig Fasern und kleinzellige Infiltration, außerdem aber kleine nekrotische Stellen, die sich bis in die Marksubstanz des Kleinhirnlamellen fortsetzen. Die Gefäßchen in der Kleinhirnsubstanz sowie im Großhirn sind stark verdickt. Die Bindearme waren nicht nachweisbar reduziert.

Dem geschilderten Falle wurde kurz ein interessanter, wesentlich ähnlicher Fall hinzugefügt, welcher auf der Klinik des Herrn Prof. Sommer in Gießen studiert wurde.

Die klinischen Symptome waren selbst bis auf die eigenartigen Charakterzüge und die kindliche Erotik dieselben. Auch in diesem Falle fand sich die eigenartige Leberveränderung, welche vom Obduzierenden (Geh. Rat Bostroem) angesprochen wurde als „stationär gewordene großknotige Cirrhose im anatomischen Sinne ohne die Symptome der Lebercirrhose“.

Noch mehr Gemeinschaftliches fand sich bei drei Geschwistern, welche Prof. Homen (Archiv f. Psychiatrie u. Neurologie) untersuchte. In allen drei Fällen bestand progressive Demenz, doch nicht Paralyse. Weiterhin schwere Bewegungsstörungen, besonders in Rumpf- und Körperbalance, Aufreißen des Mundes, zittrige, ausfahrende Bewegungen, außerdem aber auch rasche Ermüdung. Die Befunde wurden kurz resümiert:

Nach den obigen Mitteilungen läßt sich zunächst nicht leugnen, daß der geschilderte Krankheitskomplex öfter vorkommt und vielleicht eine typische Gehirnerkrankung darstellt, welche gleichzeitig die eigenartige Leberveränderung der sogenannten juvenilen Cirrhose mit knotiger Hyperplasie aufweist. Es liegt hier eine eigenartige Beziehung vor zwischen Erkrankung innerer Organe einerseits und des Gehirnes oder einzelner Gehirnanteile andererseits.

Von vornherein muß allerdings gegenwärtig sein, daß die gleiche Ursache, nämlich die Syphilis, im Gehirn mit Vorliebe ergreift die Stirnhirnteile, das Kleinhirn und den Gefäßbaum, durch dessen Erkrankung offenbar die Endarterien im Linsenkerne zum Verschlusse kamen. Doch ist dabei nicht zu leugnen, daß Art und Ort der Gehirnerkrankung von inneren Organen aus beeinflußt werden kann.

Gerade die Leberfunktion mit ihrem mächtigen Einfluß auf den Gesamtstoffwechsel dürfte modifizierend auf die Gehirnerkrankung selbst wirken. Als Beispiel für toxische Wirkung möge dienen die von Eduard Hoffmann und Koliko nachgewiesene, symmetrische Erweichung des Linsenkernes bei Kohlenoxydgasvergiftung.

Im vorliegenden Falle ist außerdem nicht von der Hand zu weisen, daß die Lebererkrankung mit der vorhandenen Diabetes und mit der schweren Myasthenie in Zusammenhang steht.

Am Schluß soll nicht unbemerkt bleiben, daß die Markfasersubstanz des Gehirnes relativ schwerer gelitten hat als die Rinde, was von mir mittels meiner Gehirnmessungsmethode mit Planimeter kontrolliert wurde, und daß auch die lokalen Erweichungen fast ausschließlich das Gebiet der Marksubstanzen, nicht die Rindensubstanz betrafen. Es wird dadurch der Gesamtzustand des Gehirnes ähnlicher den Greisenveränderungen als denen der Paralyse.

Wenn für das geschilderte Symptomenbild ein Name bestehen muß, so würde ich vorschlagen:

Dementia choreo-asthenica.

Aus dem Hôpital Civil Ottoman, Smyrna.

Ueber Aetiologie und Behandlung des Asthma bronchiale.

Von DDr. **L. und A. Apostolides.**

Wir wollen uns hier mit derjenigen Gesundheitsstörung beschäftigen, die man „idiopathisches Asthma bronchiale" nennt und bei der, wie Grober[1]) sagt, in Anfällen Atemnot eintritt, welche die Organe des Körpers außerhalb der Anfälle vollkommen intakt läßt. Diese Bemerkung reicht aus, das echte Asthma bronchiale von dem kardialen Asthma, dem Asthma dyspepticum (von dem Heuasthma ganz zu schweigen) und von der großen Menge der hier in Betracht kommenden Affektionen, in denen durch die Untersuchung jede andere organische Erkrankung (Herz-, Lungen-, Nierenaffektionen) nicht auszuschließen ist, zu scheiden. Auch wollen wir hier von jenen primären neurasthenischen Beschwerden, welche Asthma vortäuschen können, absehen und die Behandlung aller Arten von Reflexasthma, welche sich nach der anderen Seite hin eng an das heute von uns zu erörternde Thema anschließt, soll hier ganz unberücksichtigt bleiben.

Wir müssen dabei ausdrücklich bemerken, daß wir uns auf die praktischen, speziell der Therapie dienenden Maßnahmen beschränken und nur wenige Worte der Ursache des Asthma und den Mitteln zu seiner Verhütung schenken möchten.

Diesen Betrachtungen legen wir die Erfahrung, welche wir an uns selbst — da der eine von uns das Unglück hat, an diesem qualvollen Uebel zu leiden — und an einer Anzahl klinischer Fälle gewinnen konnten, zugrunde; wir können wohl behaupten, daß wir im Laufe der Jahre fast alle in der neueren Zeit gegen diese Erkrankung empfohlenen Behandlungsweisen und Heilmittel mehr oder weniger genau kennen gelernt haben. Die Resultate seien im folgenden ausführlicherweise zusammengestellt. Bevor wir aber auf die Behandlung des Asthma bronchiale übergehen, möchten wir im voraus leicht die Aetiologie dieser Erkrankung berühren.

Es sei gleich hier betont, daß, trotz der Arbeiten vieler Autoren (Störk, Weber, Curschmann, Fränzel, Strümpell, Brügelmann) über dieses Thema, unsere ätiologischen Kenntnisse noch nicht aufgeklärt sind und in der Literatur eine auch einigermaßen befriedigende Uebereinstimmung nicht existiert.

Welche Stellung in der Pathologie nimmt die Erkrankung ein?

Die meisten Autoren beschreiben sie unter den Lungenkrankheiten, obwohl sie heutzutage hierin übereinstimmen, daß Asthma bronchiale eine „Neurose" (Bulbärasthma) sui generis ist. Comby[2]) rechnet es den Stoffwechselkrankheiten zu, obschon er seinen nervösen Ursprung nicht leugnet. Endlich spricht Strümpell von einer idiopathischen Bronchiolitis nervösen Ursprunges; andere — zu denen vorzüglich die Rhinologen gehören — wollen von einer derartigen „Neurose" nichts wissen und nehmen nur ein von einer Nasenaffektion ausgehendes Reflexasthma an. Wir sind weit davon entfernt, die Meinung, daß die Nasenaffektionen die bedeutendste, ja die wichtigste Rolle bei dem Asthma spielen, zu teilen, und möchten uns gern den Autoren anschließen, welche das Asthma bronchiale als eine „Vagusneurose" ansprechen (Grober, Fürbringer, P. Bonnier, Comby, Brissaud). Worin aber die eigentliche Ursache besteht, ist wenigstens nach unseren jetzigen Kenntnissen uns vollständig unbekannt.

Noch weniger begründet ist Landouzys Anschauung, nach welcher immer hinter dem echten Bronchialasthma eine Tuberkulose existiert. Nicht nur die ätiologischen Faktoren dieser Erkrankung sind des näheren noch unbekannt, sondern auch über den Mechanismus der Entstehung des Asthmaanfalles sind die Meinungen noch immer divergent. Es müssen hier diesem Punkt, der seit einigen Jahren die Pathologen beschäftigt hat, über den aber heute noch kein völlig abschließendes Urteil besteht, einige Worte gewidmet werden.

Biermer faßte den Asthmaanfall als eine diffuse Bronchiolarstenose (Bronchiolarkrampf) auf, Curschmann nimmt eine spezifische Störung der Bronchiolen an und bezeichnet es als „Bronchiolitis exsudativa" mit charakteristischem Auswurf: Curschmannsche Spiralen, Leydensche Asthma-Kristalle, Flimmerepithelien im Sputum; ein nervöses Moment könne wohl nicht ganz ausgeschaltet werden; Gerüche, Medikamente können auslösend wirken. Strümpell bemerkt dabei, daß man die bei dem Asthmaanfall auftretenden plötzlichen Sekretionsstörungen in Analogie zur Colica mucosa des Darmes setzen könne, die auch durch Krampf und Sekretionsveränderungen gekennzeichnet sei. Wir können die Anschauung Strümpells als die richtigste anerkennen, doch glauben wir, daß der Zwerchfellkrampf eine wichtige Rolle spielt, obgleich diese Theorie nicht mehr als haltbar gilt. Beziehungen zur Sache sind häufig vorhanden.

Da man also über die unmittelbare Ursache und das eigentliche Wesen des idiopathischen Asthma noch so gut wie gar nichts kennt, so stellt es keine ätiologische Einheit dar. Betrachten wir die verschiedenartigen Verhältnisse, unter welchen das Asthma beobachtet wird (von dem symptomatischen Asthma, welches nur als Folgeerscheinung von bereits bestehenden anderweitigen Krankheitszuständen anzusehen ist, ganz zu schweigen), so ist zu bemerken, daß es zwei Gruppen ursächlicher Momente gibt: 1. prädisponierende und 2. veranlassende, akzessorische. Die ersteren fallen viel schwerer ins Gewicht als die gelegentlichen, ja sie genügen vielfach für sich allein, um einen Asthmazustand hervorzurufen. Zuerst ist es hervorzuheben, daß Asthma in solchen Familien vorkommt, bei welchen eine erhebliche Disposition zu Nervenkrankheiten, Arteriosklerose, Diabetes, Gicht, echter Migräne, Nierensteinen vorhanden ist. Diese Tatsache hatte erst Trousseau bemerkt. Man weiß, daß alle diese Erkrankungen zu der Familie der Stoffwechselanomalien gehören, die Bouchard als maladies par ralentissement de la nutrition bezeichnet hat. Brissaud sagt[3]), daß jeder Asthmatiker ein großer Neuropathiker ist. In der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um erblich belastete Individuen, für welche der Begriff einer angeborenen konstitutionellen Disposition zum Asthma nicht ganz zu entbehren ist. Doch hat die klinische Erfahrung uns gewisse äußere Lebensverhältnisse kennen gelehrt, die man nach unseren jetzigen Kenntnissen als Gelegenheitsursachen ansehen darf. Solche sind: unpassende Nahrung, insbesondere überreichlicher Genuß von Eiweißstoffen, starker Fleischverbrauch, alkoholische Getränke; welche alle auch zu den obengenannten Krankheiten führen. Die Fettleibigen sind also besonders disponiert. Deshalb findet man Asthma vielfach bei reichen Leuten; freilich kommt es auch bei Patienten der letzten Klassen nicht selten vor.

Psychische Affekte, geistige Ueberanstrengungen, Erkältungen, Durchnässungen werden dann mit als Gelegenheitsursache angegeben und können bei Prädisponierten den Ausbruch eines echten Asthmas hervorrufen.

Von besonderem Interesse sind namentlich die Lungenerkrankungen: wiederholte Bronchitiden, Emphysem, Bron-

---

[1]) Artikel Asthma in dem Diagnostisch-Therapeutischen Lexikon von Bruhns, Bum u. a., 1. Band, 1906.

[2]) Comby: Traité des Maladies de l'enfance. Comby-Grancher, 2. Ed., 1904., Vol. 1.

[3]) Brissaud: Asthma. In Traité de Médecine. Charcot, Bouchard, Brissaud, 2. Ed., Paris.

Public

chopneumonien, echte Pneumonia crouposa können Asthmaanfälle herbeiführen. Von großer praktischer Wichtigkeit sind die bei Nasenaffektionen häufig auftretenden Asthmaanfälle, die ein echtes Asthma bronchiale vortäuschen können. Hierher gehören auch die verschiedenen Arten des Reflexasthmas, die durch Magen-, Darmbeschwerden veranlaßt werden. In der Praxis ist die Beurteilung oft ziemlich schwer, ob ein vorliegender Fall als Asthma bronchiale oder Reflexasthma aufzufassen sei, weil es mehr Fälle von echtem Asthma bronchiale gibt, bei welchen die eigentliche primäre Ursache nicht klar ist. Schon lange ist das Asthma stomachicum bekannt, und wir kennen eine Reihe von Fällen von Magen-Asthmafällen, die den Charakter des richtigen Bronchialasthmas an sich tragen. Die Pathogenese dieses Asthma ist nicht ganz klar. Viele Autoren weisen auf die direkte neurotische Beziehung hin, in welcher die Medulla oblongata (N. vagus) zu den abdominalen Viscera (Plexus solaris) steht. Auch ist an die Möglichkeit zu denken, daß das Blut durch gebildete Toxine (Ptomaïne), welche vom Darm aus resorbiert würden, toxisch verändert wird. Diese Produkte der Fäulnis, (Ptomaïne) aus den Exkrementen sich entwickelnd, können, wenn sie massenhaft produziert und nicht rechtzeitig durch die Fäces eliminiert sind, auf nervösem Wege asthmatische Dyspnoe verursachen[4]). (Bouchard.)

Gegenüber den bis jetzt besprochenen Fällen bleiben noch ziemlich zahlreiche Fälle übrig, bei welchen wir gar keine von den obengenannten Ursachen auffinden und welche unter der allgemeinen Bezeichnung des idiopathischen Bronchialasthmas zusammengefaßt werden können; doch ist es wohl berechtigt, auch hierbei an analoge Entstehungsursachen wie in den bisher besprochenen Fällen zu denken, welche sich nur dem direkten Nachweise bis jetzt entziehen.

Wir können das Gebiet der Ursachen des Bronchialasthmas nicht verlassen, ohne einer sehr merkwürdigen, in ihrem Wesen noch nicht aufgeklärten und von den Lehrbüchern noch nicht berührten Tatsache zu gedenken. Ich meine, die Beziehung zwischen Asthmaanfällen und Morphium. Es ist von Filehne schon bemerkt und von uns vollkommen festgestellt, daß eine Morphiuminjektion bei einigen Personen auch Asthmaanfall herbeiführen könne. Diese Tatsache verdient, der großen praktischen Wichtigkeit wegen, um so mehr bekannt zu werden, als die Behandlung der Asthmaanfälle in Morphiuminjektionen besteht. Wir beschränken uns hier auf die einfache Erwähnung dieses Faktums, da wir weiter darauf zurückkommen werden.

Was nun das Alter anlangt, so dürfen wir erwähnen, daß das gemeine Bronchialasthma nur in seltenen Fällen bei Kindern auftritt.

Wir gehen nun zur Besprechung der eigentlichen Therapie des Asthmas bronchiale über. Aus allen bisherigen Auseinandersetzungen geht als wichtiges Resultat hervor, daß in der Therapie des sogenannten Bronchialasthmas die Prophylaxe eine große Beachtung verdient und sehr wirksam sein muß. Zunächst dürfen wir darauf hinweisen, daß zur zweckmäßigen Einleitung einer erfolgreichen Therapie die Erfüllung der Indicatio causalis durch möglichst eingehende Untersuchung der übrigen Organe des Körpers notwendig ist. Ergibt die Untersuchung, daß irgend ein organisches Leiden vorliegt, so muß dieses selbstverständlich behandelt werden. Auch darf man niemals außer acht lassen, daß Nasenaffektionen einen Asthmaanfall herbeiführen können, und muß die betreffenden Schädigungen rechtzeitig entfernen. Doch schränkt Kayser (Breslau) die Erfolge der Nasenbehandlung etwas ein und glaubt, daß ein psychischer Effekt bei der Behandlung auch eine Rolle spiele; fast derselben Meinung ist auch Fürbringer.

Für Kinder wie für Erwachsene ist in den letzten Jahren vieles über die Behandlung der Tonsillarhypertrophie geschrieben worden, wir glauben, obschon Fanatiker auch dafür eingetreten sind, die Abtragung der Tonsillen anraten zu müssen, und empfehlen in bezug darauf die neuerdings in der „Deutschen Med. Woch.“ erschienene Arbeit E. Barths[5]).

Was die eigentliche Therapie des Asthmas anlangt, so kann man die des Zustandes in der Zwischenzeit der Anfälle von der des Anfalles selbst trennen. Bezüglich der ersteren wollen wir hier noch einmal betonen, daß — da die eigentliche Ursache dieser Erkrankung noch nicht bekannt ist, — auch noch keine auf die Beseitigung der Erkrankungsursache gerichtete rationelle Therapie existiert. In erster Linie sind die Diätkuren anzuordnen. Da das idiopathische Bronchialasthma sehr oft bei neuropathischen und gichtischen Individuen vorkommt, und namentlich letztere Erkrankung als Stoffwechselanomalie angesehen wird, so dürfen die gegen diese Krankheiten empfohlene Diätkuren auch für das komplizierende Bronchialasthma gelten. Die Durchführung also einer laktovegetabilen Diät ist vielfach empfohlen werden. Ihre günstige Wirkung läßt sich nicht leugnen. Die wissenschaftlichen Nachprüfungen Huchards haben ergeben, daß die nukleïnarme und alkalische Pflanzennahrung die Toxinbildung im Körper am wenigsten begünstigt[6]). Durch reine Pflanzennahrung und Milchdiät sind in einzelnen Fällen von uns bedeutende Besserungen erzielt worden.

Derselbe Autor hat schon bemerkt, daß der übermäßige Fleischgenuß nicht nur eine Dyspnoe (die sogenannte toxialimentäre Dyspnoe) herbeiführen, sondern den Ausbruch eines Asthmaanfalles veranlassen könne. Derartige Fälle hat Huchard[7]) mitgeteilt.

In gleichem Sinne spricht sich Gautier[8]) in seinem bekannten Werke aus. Dementsprechend rät Huchard die laktovegetabile Diät dringend an, welche eine Schonung der eiweißverarbeitenden Organe und die Beseitigung der etwa aufgehäuften Eiweißderivate, welche zur Bildung der Ptomaïne führen, bewirkt. Huchard beruft sich auf Seneca, welcher wie bekannt ein Jahr lang absolut kein Fleisch genossen und sich dabei wohlbefunden hatte, „Agiliorem mihi animum esse credebam.“

Die laktovegetarische Diät alkalisiert das Blut (nach Gautier), beschleunigt die Verbrennung (Oxydation) und vermindert die Toxinbildung, eignet sich also besonders für die gichtischen Diathesen.

Indes ist diese Anschauung von anderen Autoren nicht anerkannt[9]). Ohne auf zu viele Einzelheiten hier einzugehen, möchten wir nur hierbei mit Ebstein[10]) bemerken, daß der Vegetarismus u. a. besondere Organisationsverhältnisse des Darmes voraussetzt und daß man dem Vegetarismus unrecht tut, wenn man ihn generell als eine für die Menschen unzureichende Ernährungsweise bezeichnet; daß andererseits Uebermaß von rohem Fleisch nicht zuträglich ist, ist durch die ärztliche Erfahrung so und so oft beobachtet, daß daran nicht gezweifelt werden kann. Wir dürfen aber keine fanatischen Vegetarier sein, und die Vorsicht in dieser Beziehung darf man nach unserer, auf besondere Erfahrungen gestützten Ansicht gar nicht übertreiben, selbst auf die Gefahr hin, daß etwa die üble Kehrseite sich früher oder später einstelle. Die Ernährung kann also eine gemischte bleiben und aus magerem weißen Fleische, Fisch, Fleischbrühe, grünem Gemüse, Ei, Brot etc. bestehen. Mindestens ebenso wichtig wie die Regelung der Ernährung ist die Ueberwachung der Getränke. Starker Kaffee, Tee, Kakao sind stark einzuschränken, Alkoholika streng zu vermeiden, höchstens leichtes Bier und leichte Weine sind in geringer Menge gestattet. Die Kranken dürfen nicht zu viel rauchen. Den innerlichen Gebrauch der alkalischen Mineralwässer raten wir dringend an. Selbstverständlich eignet sich diese Diät besonders für kräftige, gichtische Individuen und namentlich für Arteriosklerotiker; es ist fast überflüssig zu betonen, daß man die verschiedenen Idiosynkrasien (Diathesen) berücksichtigen und demgemäß die Diätkur regeln muß.

---

[4]) In manchen Fällen ist aber gar kein Katarrh im Spiel, sondern eine „Neurasthenia gastrica“, die Teilerscheinung einer universellen Neurasthenie ist und offenbar auf direkt neurotischem Wege neuropathisches Asthma vermittelt. (Apostolides jun.).

[5]) E. Barth: Ueber die Physiologie der Tonsillen und die Indikation zu ihrer Abtragung. Deutsche Med. Woch., 1907, Nr. 49.

[6]) Huchard Consultations médicales, 2. Ed., 1906, Paris.

[7]) Huchard: Traitement de la dyspnée ptomainique nocturne et de l'asthme, Soc. de therapeut., 1895; auch: Maladies du Coeur et des raisseaux, 2. Ed., 1904, Paris, Vol. 1—3, 1899—1904.

[8]) Ar. Gautier: L'aliment et les régimes, 2. Ed., 1904, Paris.

[9]) Rud. Stähelin: Ueber vegetarische Diät. Schweizer Corresp. Blatt, 1906, Nr. 13.

[10]) W. Ebstein: Die vegetarische Diät als Volksernährung und als Heilmittel. D. Medizin. Wochenschr., 1907, Nr. 4.

In besonders hohem Ansehen steht die Verhütung vor Erkältungen und Durchnässungen, deren Bedeutung in der Aetiologie hervorgehoben ist; die Kranken müssen sich warm halten. Brüsker Wetterwechsel, rauhe und trübe Tage, staubbeladene Winde sind sehr schädlich und müssen vermieden werden. Zu erwähnen ist noch, daß Klimaänderung, besonders Aufenthalt an der See von Nutzen ist, obschon hier die individuelle Qualifikation berücksichtigt werden muß. Vermeidung übermäßiger Bewegungen, des Bergsteigens, aller Aufregungen (sexueller Exzesse) ist zu empfehlen. Gebirgsgegenden sind streng verboten. Fürbringer empfiehlt, die Ebene und das Mittelgebirge zu wählen.

Die Durchführung aller dieser hygienischen Maßregeln stößt oft aus äußeren Gründen auf die größten Schwierigkeiten.

Durch monatelange Fortsetzung dieser Maßregeln haben wir jahrealte Fälle, die alle mögliche Kuren ohne Erfolg durchgemacht hatten, noch zur Heilung gebracht.

Aus dem, was über die Aetiologie gesagt ist, ergibt sich, daß Magenaffektionen auch Asthmaattacken bedingen können. Die Behandlung also der bestehenden Magenbeschwerden soll eine wichtige Rolle bei der Therapie des Bronchialasthmas spielen. In bezug darauf ist die Berücksichtigung allgemeiner und spezieller hygienischer Maßregeln von großer Wichtigkeit. „Morborum fere omnium causa est stomachi infirmitas.“

Wir kommen nun auf den wichtigsten Punkt der Behandlung, nämlich auf die medikamentöse Therapie des Bronchialasthmas außer den Anfällen. Bedauerlicherweise ist uns, trotz der Erweiterung unserer therapeutischen Maßnahmen in der neueren Zeit, für dieses Leiden gar kein sicheres Mittel bekannt, welches eine sichere Heilung der Erkrankung herbeizuführen imstande sei. Doch gibt es einige Mittel, die auf das Leiden in verschiedener Weise günstig einwirken, die Häufigkeit der Anfälle vermindern und deshalb den Ruf der „Specifica“ gewonnen haben. Bei einer Durchsicht der zahlreichen gegen diese Erkrankung empfohlenen Heilmittel, auf welche im einzelnen einzugehen keinen Zweck hatte, haben wir nur die drei Medikamente Jod, Arsen und Belladonna zu erwähnen, da sie uns wirkliche günstige Erfolge gegeben haben, obzwar sie uns auch oft im Stich gelassen haben. Unter diesen Medikamenten nimmt das von Alters her empfohlene Jodkalium und seine Präparate den ersten Rang ein und erfreut sich einer besonderen Beliebtheit und ausgedehnteren Anwendung als „Specificum“ wegen seiner antibronchitischen Wirkung und Erleichterung der Expektoration und der Atembeschwerden; deshalb gewinnt es heutzutage mehr und mehr an Boden. Es handelt sich hier nicht um die Fälle, wo irgend ein Verdacht auf Syphilis vorliegt und wo mit Jodkalium ein Versuch gemacht werden muß, sondern um diejenigen Fälle von genuinem echten Asthma bronchiale. Hier gilt, was auch bei anderen chronischen Krankheiten zu beachten ist, daß je eher mit der Jodtherapie eingegriffen wird, um so mehr die Behandlung Erfolg verspricht.

In den meisten Fällen kommt man mit Jodkalium resp. Jodnatrium aus. Wir geben es in einfacher Lösung von $^1/_2$ gr bis, wenn es gut vertragen ist, 2—$2^1/_2$ gr pro die. Niemals waren wir gezwungen, die übliche Dose von $2^1/_2$ gr zu überschreiten. Man muß mit dem Jodgebrauch wenigstens monatelang (mit einzelnen Unterbrechungen), ja jahrelang fortfahren, wenn ein Nutzen erzielt werden soll. Mit ein paar Wochen ist hier nichts getan. Viele Autoren empfehlen das Jodkalium resp. -Natrium in Verbindung mit Opiumpräparaten zu geben.

Rp.	Kalii jodati	10,0
	Tinct. Lobeliae	20,0
	Tinct. Althaeae	10,0
	Extr. Thebaïci	0,25
	Syr. Cort. aur.	100,0
	Aq dest.	ad 300,0

Ds. Anfangs 1 Eßlöffel voll, dann 2 Eßlöffel, nach der Mahlzeit zu nehmen, 2—3 Eßlöffel pro die.

Die Darreichung der Jodpräparate nach der Mahlzeit wird sehr gut vertragen.

Eine gute Darreichungsweise ist folgende:

Rp.	Kalii jodati (resp. Natrii) . .	12,0
	Tinct. Lobel. infl.	20,0
	Tinct. Opii benzoic.	10,0

Ds.: 5 Tropfen morgens und abends zu nehmen.

Die Beifügung des Lobelia infl. ist hier sehr zweckmäßig.

Natrii jodati . . .	0,15
Terebenth.	0,05
Opii bruti	0,01

Mf. Pilul. D. Tal. No. XXX. S. 1—3 Pillen pro die.

Diese Dosis soll, wenn sie nicht gut vertragen wird, vermindert oder das Mittel eine Zeitlang ganz ausgesetzt werden.

Nach anderen Autoren scheint das Jodrubidium vor dem Jodkalium den Vorzug besserer Wirkung, besonders bei Arteriosklerotikern zu besitzen. Wir haben keine Erfahrung darüber. Dagegen haben wir Jodlithium bei gichtischen Asthmatikern vielfach angewandt und gute Resultate gesehen. Wir verschreiben:

Lithii jodati	6,0
Tinct. Lobeliae	15,0
Extr. Thebaïci	0,20
Natr. arsenicos.	0,05
Aq. dest, Syr. Cort. aur. ana .	100,0

Ds. 2 Eßlöffel pro die.

Da es bekannt ist, daß einzelne Patienten eine Idiosynkrasie gegen Jod haben, bei anderen der Magen oder die Nieren versagen, so müssen wir noch eine Reihe anderer Jodpräparate versuchen, deren Wirksamkeit aber in mehreren Fällen zweifelhaft ist. Solche Präparate sind: Jodone Robin (10—20 Tropfen 2 mal täglich), Protiode Cremy (15—20 Tropfen 2 mal tägl.) in Frankreich, Jothion, Jodglidine, Jodipin und Sajodin in Deutschland. Mit großem Nutzen haben wir die ersteren (Jodone und Protiode) angewandt und empfehlen sie zu weiteren Versuchen. Indessen nach reichlicher Erfahrung sind wir zu der Ueberzeugung gelangt, daß nur das Sajodin das wirkliche Ersatzmittel des Jodkalium sein kann, welches in Form von Tabletten à 0,5 g (3—6 pro die) genommen, sehr gut vertragen und anstandslos genommen wird.

Wir haben auf das $25^0/_0$ige Jodipin (Jod mit Sesamöl) zuerst große Hoffnungen gesetzt, da es das einzige Jodpräparat wäre, welches wir subkutan verwenden könnten, bald aber haben wir es wegen der Schmerzhaftigkeit und der geringen Wirksamkeit wieder verlassen.

Neuerdings hat uns die Firma A. Cognet (Paris) ein organisches Jodpräparat, „Tiodine“ Cognet

(Thiosinaminäthyljodid $C_6SN_2H_{13}$) in Form von Ampullen zur subkutanen Injektion zugesandt. Alle diese Jodpräparate, das Jodkalium inbegriffen, haben uns bei einem nicht geringen Prozentsatz von Bronchialasthmatikern glänzende, auf anderem Wege nicht erreichbare Erfolge und bei Kindern definitive Heilungen gegeben, doch müssen wir gestehen, daß sie auch in vielen Fällen versagt haben.

Ungeteilte Anerkennung genießt heutzutage auch das Arsen allein oder besser in Verbindung mit Jod. Gewöhnlich geben wir Liqu. Fowleri (2—6 Tropfen zu jeder Mahlzeit) und steigen bis 25 Tropfen pro die und zurück. Da nun erfahrungsgemäß größere Dosen Arsen von Nutzen sein können, diese aber vom Magen oft schlecht vertragen werden, so hat man in den letzten Jahren die subkutane Einverleibung vorgenommen, welche die Darreichung per os verdrängt, da ihre Resultate schnellere und sichere sind; gewöhnlich machen wir Gebrauch von Natrium kakodylicum in 5—10 %iger Lösung, welches in zugeschmolzenen Glasampullen steril à 1 ccm erhältlich ist. Wir beginnen immer mit 5 %iger Lösung (d. h. 0,05 Natr. kakodyl. pro dosi) und machen eine Einspritzung jeden Tag, sechs Tage lang, dann machen wir von der 10 %igen Lösung (0,10 Natr. kakodyl.) wieder 6 Injektionen sechs Tage lang und setzen darauf das Mittel 12 Tage aus. Mit Arsengebrauch fahren wir drei Monate lang fort und machen immer auf je 12 Arsentage Unterbrechungen von 12 Tagen. Wir haben unter strenger Beachtung aller antiseptischen Kautelen unangenehme Begleiterscheinungen nie beobachtet. Wir können auch das Arrhenal (0,05 Arrhenal pro Injektion und pro die) statt des Natr. kakodyl. empfehlen, z. B.

Rp. Ampullae Arrhenal. à 0,05 Nr. XII. Eine Injektion pro die.

Besser ist das Arrhenal per os zu geben, z. B.

Rp. Solution. Arrhenali Clin (Paris). 12 Tropfen 2 mal täglich zu nehmen.

Mit dem neuerdings vielfach empfohlenen Atoxyl, welches in der Therapie menschlicher und tierischer Trypanosomenkrankheiten und Syphilis eine große Bedeutung gewonnen hat, haben wir bei Asthma zu geringe Versuche angestellt, um darüber berichten zu können.

Zum Schluß sei es uns gestattet, noch ein Arzneimittel zu erwähnen, da es früher des Rufes eines Asthmamittels sich erfreut hatte und noch heutzutage von autoritativen Seiten (von Noorden) empfohlen wird; ich meine das Atropin. Daß die Belladonna gegen die Asthmaattacken sehr nützlich ist, können wir nicht leugnen, daß sie aber mit Jodpräparaten in der Therapie des Asthmazustandes außerhalb der Attacken konkurrieren könnte, wollen wir nicht glauben. Wiederholt haben wir sie nach von Noordens Vorschrift in Anwendung gezogen, ohne imstande zu sein, ihr eine ausgesprochene antiasthmatische Wirkung zuzuschreiben. Doch weitere Versuche sind sehr berechtigt. Dies gilt auch von der ganzen Reihe der früher als „Specifica" angesprochenen (Brom, Baldrian, Natrium nitrosum, Nitroglyzerin, Grind. robusta etc.) und der neuerdings empfohlenen Mittel wie Pyrenol, Benzosalin etc. Wenn sie einen Nutzen stiften, so bedeutet dies die Ausnahme.

Dieulafoy empfiehlt die Darreichung von Jodpräparaten in Verbindung mit Arsen- und Belladonnapräparaten. Er verordnet z. B. Jodkalium 15 Tage lang, und Belladonna (Extr. Bellad., Folia Bellad. pulv. āā 0,20 Mf. pil. No. XX. D. 1 täglich) mit Arsen die übrigen Tage des Monates. Aehnlich ist unsere Behandlungsweise; wir geben subkutan 12 Tage lang Natr. kakod. und in den Unterbrechungszeiten resp. zu gleicher Zeit Jodpräparate resp. Belladona.

A. Strümpell (Breslau) empfiehlt neben der Jodbehandlung eine von ihm in den letzten Jahren mit bestem Erfolge durchgeführte methodisch-diaphoretische Behandlung mit elektrischen Glühlichtbädern.

Bei besser situierten Kranken wird man zuweilen die Frage, ob der Besuch eines Kurortes angebracht sei, zu erörtern haben. Wir müssen hier bei den ungeklärten Widersprüchen in den Berichten unserer Klienten, die diese Kurorte besucht haben, und der unbestimmten Meinung der Autoren sehr vorsichtig sein. Nichtsdestoweniger ist man berechtigt, wenn es sich um wohlhabende Asthmatiker handelt, die Kurorte zu empfehlen, da sie bei geeigneter diätetischer Verpflegungsmöglichkeit nur Gutes leisten können. Auch wird bekanntlich die Anordnung der zweckmäßigen Diät und Lebensweise von vielen Kranken an den Kurorten viel besser befolgt als zu Hause. Unter den Kurorten hat sich Mont-Dore (in Frankreich) den größten Ruf bei der Behandlung des Asthma bronchiale erworben. Landouzy[11]) empfiehlt Eau arsenicale de Mont-Dore, Bourboule, Eaux-Bonnes und sagt, daß sie die besten Kurorte sind. Ueber die deutschen Kurorte haben wir bisher keine große Erfahrung.

Von der Hydrotherapie hat man nicht vieles zu erwarten, doch muß man sie nicht vernachlässigen. Gaston Lyon sagt, daß die Kaltwasserbehandlung gute Dienste leisten kann, und rät sie bei den jungen Asthmatikern dringend an. Fürbringer [Berlin][12]) ist der Meinung, daß die milderen Prozeduren zu den erfreulichsten Besserungen führen und besonders den neuropathischen Asthmatikern zuträglich sind.

Wir wollen dieses Kapitel nicht schließen, ohne darauf aufmerksam zu machen, daß selbstverständlich eine Kräftigung der Widerstandskraft und des Allgemeinbefindens angestrebt werden muß. Dazu eignen sich neben Chinin, Eisen, Glyzerophosphaten etc. zwei Präparate, welche wir mit glänzenden Erfolgen immer angewandt haben. Diese sind Jodferratose, und Arsenferratose von der Firma C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof.

Wir verschreiben z. B.:

Rp. Jod-Ferratose (Syr. ferratin. jodati)
lag. unam origin.
Ds.: 3—4 mal täglich. 1 Eßlöffel.

Es ist bei der großen Hartnäckigkeit der Erkrankung kein Wunder, daß die verschiedensten Mittel probiert und angepriesen werden und daß selbst geradezu lächerliche Vorschläge auftauchen. Trotzdem wird man in der Not immer wieder einen Versuch mit Jodkalium resp. Arsen, oder besser mit beiden, bisweilen auch mit Belladonna machen müssen. —

Gehen wir nun zur Therapie des Asthmaanfalles über. Zunächst ist eine Reihe von hygienischen und diätetischen Maßregeln, — welche auch bei den Krankheiten der oberen Luftwege empfohlen sind — sowohl für das Kind als für den Erwachsenen zu geben. Unter diesen ist zunächst die Bettruhe hervorzuheben; schon bei leichteren Attacken soll man wenigstens das Zimmer hüten. Insbesondere Kinder sollen in gleichmäßiger, nicht über 16° R. hinausgehender Zimmertemperatur gehalten werden, wobei darauf zu sehen ist, daß die Luft oft erneuert wird. Aufenthalt in überhitzten Räumen, brüske Bewegungen, Aufregung durch Besuche, langes Sprechen und Zuhören, Genuß von Tabak ist strengstens zu vermeiden. Sehr wichtig ist die Regelung der Diät. Streng zu vermeiden sind alle solche Nahrungsmittel, welche reizend einwirken und große Anforderungen an die Verdauungstätigkeit stellen können. Starke Weine und Spirituosen, sowie Biere sind im allgemeinen zu untersagen. Zum Getränke eignet sich am besten Wasser mit etwas Alkalizusatz. Dann haben wir immer mit aller Sorgfalt nach irgend einem ursächlichen Moment zu forschen, welches vielleicht der Therapie zugänglich ist (Asthma dyspepticum, Obstipation etc.). — In allen Fällen, wo die Indicatio causalis nicht ausführbar oder ihre Beobachtung allein nicht genügend ist, kommen diejenigen Mittel in Betracht, welche der Indicatio symptomatica entsprechen. Im Anfangsstadium kann man guten Erfolg von der äußeren Antiphlogose und den ableitenden Mitteln z. B. lokaler Applikation von trockenen Schröpfköpfen, Sinapismen, warmen Fußbäder u. dgl. erzielen. Bei kräftigen, vollblütigen Individuen dürfte ein Versuch mit Blutentziehung (Applikation von blutigen Schröpfköpfen) gerechtfertigt sein. Bei Kindern eignen sich warme ev. kalte Umschläge auf die Brust. Die Verordnung von drastischen Abführmitteln ist in geeigneten Fällen von entschiedenem Nutzen: Vorzugsweise Tinct. Jalapae comp., 20—30 gr Infus. Sennae, Glaubersalz usw.

---

[11]) Laudouzy: Cours therapeutique de la faculté, 1899—1901.

[12]) Fürbringer: Ueber Aetiologie und Behandlung des Asth. bronch. Therapie der Gegenwart, 1907, Nr. 3.

Außer diesen äußeren Mitteln kommt bei der Behandlung des Asthmaanfalles eine Anzahl innerer Mittel in Betracht, welche teils symptomatisch wirken, teils sich den Ruf einer spezifischen Wirksamkeit erworben haben. Alle diese Mittel verdanken ihre Empfehlung nur der Empirie oder Spekulation, von den kritiklosen Reklamen ganz abgesehen, und greifen die Krankheit nicht kausal an. Weit entfernt davon, die Unsumme all dieser Mittel auch nur dem Namen nach aufzuführen, wollen wir nur Belladonna-, Stramonium-, Hyoszyamus-, Opiumpräparate herausgreifen, weil sie mit Kokain oder Kaliumnitrat gemischt die wichtigsten Bestandteile der berühmten Geheimmittel, Räucherungen oder Zigaretten, „Antiasthmatica" zusammensetzen. Die meisten dieser Asthmamittel haben wir an uns selbst wie an einer Anzahl von Fällen geprüft; unser summarisches Urteil darüber ist, daß ihre Wirkung von geringerer Wichtigkeit im Vergleiche zu den anderen (Opiumpräparaten) ist, wir möchten aber nicht sagen, daß sie bei der Behandlung des Anfalles ganz wirkungslos bleiben, wie es Fürbringer[13]) behauptet. Von einigen dieser Asthmazigaretten und Räucherpulvern haben wir bei qualvollen Paroxysmen vielfach Linderung der Atemnot und eine Erleichterung des allgemeinen Befindens beobachten können. Diese Resultate aber waren nicht so eklatant, wie sie in den Prospekten und der Reklame-Literatur angegeben werden, obgleich die Patienten damit zufrieden waren. Hier stehen Dr. Wasserzugs (Frankfurt) Zematone-Zigaretten gegen Asthma (welche aus Grindelia 30 gr, Stechapfel 12 gr, Lerchenschwamm 8 gr, Mohn 5 gr, Salpeter 22 gr zusammengesetzt sind) obenan; diese brachten, wie es Apostolides senior an sich selbst bemerkt hatte, immer eine Linderung des Anfalles. Dies kann nicht suggestive Wirkung sein, da wir auch bei Kindern dasselbe Resultat beobachtet haben. Die Wirkung das Zigarettenrauches kann man durch die Annahme eines örtlichen narkotischen Einflusses auf die respiratorische Schleimhaut leicht erklären. Mit einer allgemeinen pharmakodynamischen Wirkung können wir uns nicht einverstanden erklären. Der Erwähnung bedürfen auch die Neumeiersche Poudre anti-asthmatique, welche aus folgendem zusammengesetzt ist: Datura Stramonium, Herba et Radix Brachycladi, Kali nitric., Natr. nitros., Kali jodat., Sacch. album, Lobelia inflata, und seine Asthma-Zigarillos, welche statt der Papier-Umhüllung eine Pflanzenblattumhüllung (Nicotiana tabacum) tragen; ferner das antiasthmatische Pulver und die Zigaretten Clerys, die D'Espics Zigaretten etc. etc. Wir wollen einige Formulae von den berühmtesten Zigaretten geben.

Trousseaus Zigaretten:

Rp.	Fol. Strammonii . . .	30,0
	Extr. opii aq.	2,0
	Aq. destillat.	25,0

M. f. Zigaretten No. XXX.

D'Espics Zigaretten:

Rp.	Fol. Belladonnae . . .	0,30
	„ Hyoszyam.	
	„ Strammon. . . .	āā 0,15
	„ Phellandri aq. . .	0,05
	Extr. opii gummos. . . .	0,13
	Aq. lauroceras.	q. s.

Apostolides jun. hat von folgendem Rezept guten Erfolg gesehen:

Kalii nitric.	3,0
Pulv. Fol. Datura	
Pulv. Fol. Belladonn.	
Pulv. Fol. Hyoscyuam . .	āā 5,0

(Zu Fomentationen.)

Warnen müssen wir aber von einem allzu fortgesetzten Gebrauch dieser Mittel, da wir wiederholt heftige Kopfschmerzen und Uebelkeit bemerkt haben.

Was die Inhalationstherapie anlangt, so kommt eine Anzahl von Medikamenten in Betracht, unter denen die Alkalien in erster Linie stehen werden. Man glaubte, damit die Asthmakrystallen geradezu lösen und den Asthmaanfall koupieren zu können. Leider hat die tägliche Erfahrung bewiesen, daß man nicht darauf warten kann. Dagegen scheint uns die innerliche Darreichung von reichlichen Mengen alkalischer Wässer von Vorteil zu sein, weil sie durch Anregung der Diuese nicht nur die auch bei den einfachen Katarrhen zur Aufnahme gelangenden Toxine möglichst rasch entfernen, sondern auch auf die Sekretion einen entschieden günstigen Einfluß ausüben. Darauf beruht die Anwendung der Diuretika; in vielen Fällen erweisen sich als zweckmäßig das Theobromin oder seine löslichen Salze Diuretin und Agurin. Zuweilen haben wir das von Prof. Huchard empfohlene „Santheose" resp. Santheos-Koffein (viermal täglich 0,5), welches reines Theobromin ist, wirksam gefunden. Die mangelhafte Ausscheidung der Stoffwechselprodukte beeinflußt das Zentralnervensystem und damit auch das Respirationszentrum und vergrößert die Dyspnoë. Milde alkalische Mineralwässer sind immer nützlich, und den Patienten sollte empfohlen werden, während des Asthmaanfalles ad libidum eine der zahlreichen Alkali-Quellen (Vichy etc.) oder künstliche Mineralwasser zu benutzen.

Den verhältnismäßig geringsten Nutzen haben wir von den anderen Inhalationsmedikamenten (Aether, Chloroform etc.) erhalten. Doch scheint uns Pyridin den Anfall zu lindern. Bei manchen Fällen hat es versagt und nur Kopfweh und Ekel hervorgerufen. Wir lassen 3—5 g Pyridinum puriss. auf einem Teller bei einer Zimmertemperatur von 20^0—25^0 verdunsten. In einer Stunde ist es verdampft. Der Pat. bleibt neben dem Pyridin-Teller 20—30 Minuten im Zimmer. Die Prozedur wird 2—3mal im Tage wiederholt werden. Das Amylnitrit scheint bei sehr vollblütigen Individuen als gefährlich kontraindiziert. Ein milderer und weniger gefährliches Mittel ist Amylium valerianicum intern 0,15 p. dos. in Gelatinekapseln mehrmal täglich Das Aethylium bromatum 4—5 Tropfen (in Ampullen) zur Inhalation alle 3—4 Stunden ist sehr ratsam. Apostolides jun. hat das Aethylium jodatum zu Inhalationen bei Asthmaanfällen sehr wirksam gefunden. Die Pat. verspürten immer eine bedeutende, nur durch das Morphium zu ersetzende Erleichterung. Die Expektoration nimmt zu und wird leichter. Es darf also nicht im Anfang des Anfalles gegeben werden. Sehr ermutigende Resultate haben wir an uns selbst erzielt, wenn wir die von Prof. Huchard empfohlene Kombination in Gebrauch gezogen haben:

Aethylii jodati . . .	25 g
Chloroformii	5 g

S. Inhalationen in Zwischenräumen von 20 Minuten bis 2 Stunden je nach Wirkung und Bedarf wiederholt werden.

---

[16]) Fürbringer: Ueber Aetiologie des Asthma bronciale, 1907.

Fürbringer hat die besten Erfolge mit folgender Lösung erzielt:

Rp. Solut. Cocaïn. mur.	0,30
Aq. destillatae	90,0
Morph. mur.	0,10—0,20
Aq. amygd. amar.	10,0

S. Ein Kinderlöffel mit 2 Eßlöffeln Wassers zum Inhalieren.

Wir haben auch darin ein sehr schätzbares Palliativum gefunden. Statt Kokain kann man Alypin anwenden. In manchen Fällen hat auch diese Lösung keine merkliche Wirkung. In einigen Fällen jedoch, in denen andere Mittel (mit Ausnahme des Morphiums) vollkommen versagen, beeinflußt die lokale Applikation von Alypin in Form von Nasen-Tampons nach der Vorschrift von Fr. Tauszk die Symptome. Die von uns benutzten Nasen-Tamponade ist eine 10proz. Alypin-Lösung. Apostolides jun. hat diese zweimal mit guten Erfolgen angewandt. Die Pat. waren für einen großen Teil des Tages von den wesentlichen Beschwerden befreit und waren damit so zufrieden, daß sie kein anderes Mittel wollten. Niemals aber gelang es, den Anfall zu kupieren. Die Alypin-Tamponade wurde zweimal bis dreimal täglich angewandt. Bei Einführung des Tampons in beide Nasenöffnungen setzte eine bedeutende Erleichterung ein; vielleicht handelte es sich um Reflexasthma. Im allgemeinen wirkt Alypin nur so kurze Zeit, daß bei der dadurch allzuhäufig nötig werdenden Applikation Intoxikationerscheinungen eintreten können. Natürlich muß man mit diesem Mittel bei Kindern vorsichtig sein (Franz Tauszk).

Wenn eine oder mehrere der schon beschriebenen Maßnahmen sich nur teilweise wirksam erweisen, den Anfall zu beeinflussen, kann die lindernde Wirkung unterstützt werden durch innerliche Verabreichung von einigen Medikamenten, welche den Ruf der Asthmamittel von altersher haben. Diese sind: Belladonna, Grindelia robusta, Euphorbia pilulifera, Quebracho blanco, Lobelia inflata. Dazu gehört auch das ganze Heer der neueren „Nervina“, als Asthmamittel gepriesen (Pyrenol, Benzosalin, Oxaphor etc.), welche uns keine durchschlagende Wirkung gegeben haben. Doch scheint die Anwendung bei den lange dauernden Anfällen wenigstens lindernd zu wirken.

Wir gebrauchen mit Erfolg Extr. fluid. Quebracho blanco 10 Tropfen 3—5 mal täglich), dessen günstige Wirkung auf die Dyspnoe Prof. Huchard seit 1886 erwiesen hat. Besser und schneller beeinflußt es die Atemnot, wenn es mit Euphorbia pilulif. gegeben wird.

Extr. fluid. Quebracho blanco	10,0
Extr. fluid. Euphorbiae pilulif.	6,0

Ds. 15 Tropfen mehrmal täglich.

Wir haben diese zwei antidyspnoischen Mittel in Verbindung mit den übrigen Expektorantien (Grindelia robusta, Lobelia inflata etc.) vielfach mit Erfolg verwendet.

Decoct. Seneg. (3,0 : 100,0)	100,0
Tinct. Lobeliae	
Tinct. Grindel. rob.	ãā 20,0
Spirit vin.	50,0
Extr. fluid. Quebracho	
Extr. fluid. Euphorb. pilulif.	
Tinct. Belladonnae	ãā 4,0

Ds. 1 Eßlöffel 3 stündlich.

Bei Kindern eignet sich:

Aq. tillae	100,0
Aq. aurant.	30,0
Aether sulf.	1,0
Tinct. Lobeliae	
Tinct. Grindel. rob.	
Tinct. Belladonnae	XX gtt.
Extr. fluid. Quebracho blanco	ãā X gtt.

Ds. Kinderlöffelweise.

Weniger bestimmt möchten wir uns für die Verwendung anderer Medikamente aussprechen; weder vom Pyrenol, noch vom Methylatropinum bromatum haben wir unzweideutige Erfolge erzielt.

Wir bedauern sehr, uns dem Urteil aller jener nicht anschließen zu können, welche dem Pyrenol eine kräftige, fast spezifische Wirkung bei Asthma bronchiale zuschreiben. Eine kupierende Wirkung wurde in keinem Falle beobachtet. Doch verdient das Mittel weitere Versuche.

Von besonderer Bedeutung ist die antiasthmatische Wirkung des Oxaphor, welches eine 50 prozentige alkalische Lösung des Oxykampfers ist. Man gebe es allein oder besser in Verbindung mit den anderen Asthmamitteln. Zu den obigen Rezeptformeln kann man 1—$1^1/_2$ g Oxaphor hinzufügen. Im allgemeinen wird man den Anforderungen des Stadiums der Expektoration durch diejenigen Mittel gerecht, welche den zähen, klebrigen Schleim lösen und seine Herausbeförderung erleichtern. Zweckdienlich ist in diesem Betracht die innerliche Darreichung von Grindel. rob. (Tinct. Grind. rob. 20—30 Tropfen), Tinct. Lobelia infl. (20—35, 40 Tropfen), Aether sulfur. mit Belladonna: Aether sulf. 1 g, Extr. bellad. 0,05 ccm, Aq. laurocer. 10 g, Aq. dest., Syr. cort. aur. aa 60 g), obgleich ihre Wirkung sehr verschieden und problematisch ist. Doch ist eine Erleichterung der Expektoration und ein Nachlassen der Atemnot nicht zu verkennen.

Unter allen den gegen den Asthmaanfall empfohlenen Mitteln erobern und erhalten sich unstreitig den ersten Platz Opiumderivate, welche die wirklichen antiasthmatischen Mittel sind. Obgleich die oben besagten Mittel nach unserer und anderer Erfahrung gerade bei den milderen Formen immer erstaunlich bedeutende Erleichterung und bisweilen eine Kupierung des Anfalles gewähren, ist doch bei schweren Anfällen die Anwendung von Opiumderivaten erforderlich. Hier steht das Morphium obenan. Nach 10—15 Minuten nach einer subkutanen Injektion von Morphium mur. 0,005—0,01 läßt der Asthmaanfall nach und verschwindet. Leider tritt der Anfall wieder auf, und man ist gezwungen, die Injektionen 2—3 mal pro die zu wiederholen.

Bei längerem Gebrauch des Mittels müssen die Dosen gesteigert werden. Einer von unseren Patienten brauchte 0,13 g pro die, um eine eupnoische Wirkung zu erzielen. Eine vorsichtige Zurückhaltung beim längeren Gebrauch des Morphiums ist natürlich stets notwendig. Mit Recht bemerkt Strümpell dabei, daß man nicht zu leicht zu Morphiumeinspritzungen greifen und sich entschließen soll, den Kranken die Morphiumspritze selbst in die Hand zu geben. Anstatt Morphium hat man neuerdings andere Opiumderivate versucht und angewandt, nämlich: Codeinum phosphoricum, Dionin, Heroin. Das erste eignet sich für den Asthmaanfall gar nicht, dagegen haben einige Autoren Dionin als Ersatz des Morphiums angewandt. Dionin ist bekanntlich eine Aethylverbindung des Morphiums, welche dem letzteren gegenüber den Vorzug der relativen Ungiftigkeit besitzen soll. Wir haben Dionin in subkutaner Einverleibung (von 0,01, resp. 0,02 viermal täglich) vielfach angewendet und bemerkt, daß es der Morphiuminjektion an Sicherheit und Raschheit der Wirkung entschieden nachsteht. Niemals aber haben wir unangenehme Nebenwirkungen bei der Anwendung größerer Dosen (0,15!) beobachtet.

Unter den Ersatzmitteln des Morphiums ist Heroin. resp. Heroin hydrochlor., in entsprechenden Dosen (0,005 bis 0,01 pro die) angewandt, das beste. Heroin ist ein Morphindiessigsäureester, sein lösliches Salz Heroin hydrochlor. bewährt sich vortrefflich, subkutan angewandt, zur Beseitigung der asthmatischen Anfälle als Ersatz für Morphium, dem gegenüber es viele Vorteile besitzt. Solche sind nach Combemale[14] (Lille) und Moir[15] u. a. an-

---

[14] Combemale & Huriez: Quelques observations clin. sur la valeur therapeutique de l'Heroine. Echo Médical du Nord, 1902, Nr. 17.

[15] Moir: Therapeutics of Heroin. hydrochl. its advantages over morphine. Therapist, 1902, Nr. 3.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

haltende intensive Wirkung auf die Respirationsorgane, geringe Dosen bei überlegenem Effekt, keine psychische Erregung nach der Injektion, sehr viel geringere Gefahr der Angewöhnung. Uebereinstimmend mit den meisten Autoren haben wir die ausgezeichnete Wirkung des Heroin. hydrochlor. auf Beseitigung der Atemnot hervor. Immer gelang es uns, bei Anwendung einer subkutanen Injektion von Heroin. hydrochloricum (0,005, bisweilen 0,01) ausgezeichnete Erfolge zu erzielen. Nachdem der eine von uns sich von der Wirksamkeit des Mittels überzeugt hatte, wendet er immer zur Linderung seines Asthma Heroin. hydrochlor. 0,01 subkutan an und ist sehr zufrieden damit. Die durch Heroin erzielten Erfolge übertreffen die durch Morphium bei weitem. Nur muß man erwähnen, daß Heroin viel mehr toxisch als Morphium ist. Alle diese Momente lassen es als Ersatz des Morphiums bei der Behandlung der Attacken hervorragend geeignet erscheinen. Was die innerliche Anwendung von Opiumpräparaten anbetrifft, so stehen sie der subkutanen Anwendung an Sicherheit viel nach und sind nur in leichteren Anfällen mit sichtlichem Nutzen zu verwenden. Hierzu eignet sich Dionin am besten. Rp. Dionin-Tabletten à 0,03. S. 3—4mal täglich; auch Dionin 0,3, Aq. amygd. am. 15,0 g. S. 3mal bis 4mal täglich 10 Tropfen. Für Kinder: Dionin 0,01—0,05, Aq. dest. 75,0, Sir. Rubi Idaei 25,0. S. 3 stündlich 1 Kinderlöffel voll. Heroin. hydrochlor. kann in Verbindung mit Alypin auch per os gegeben werden. Tauszk hatte diese Verbindung verwandt. Besonders wertvoll wäre ja für den Praktiker die Beobachtung, daß Morphiuminjektion bei prädisponierten Individuen asthmatische Anfälle verursachen könne. Diese Tatsache ist zuerst von Filehne wahrgenommen worden, aber später wieder der Vergessenheit anheimgefallen. Neu ist folgende Bemerkung, welche wir hier mitteilen; es ist uns nicht gelungen, in der uns zugänglichen Literatur ähnliche Berichte aufzufinden. So lange nämlich Apostolides sen. sich der Ohnmacht und der Unsicherheit der übrigen Mittel wegen zur Morphium- resp. Heroininjektion (0,01) entschloß, bemerkte er, daß sein Asthmaanfall schnell für diesen Tag nachließ, den nächsten Tag aber wieder ein neuer Anfall auftrat; eine neue Injektion brachte Erleichterung. Nach 16 Stunden begann aber wieder ein Anfall usw., während 4—5 Tage, so lange er die Morphiuminjektionen fortsetzte. Hätte er die Morphiuminjektion beiseite gelassen und die Diuretika benutzt, so kehrte der Anfall nicht mehr zurück. Diese Beobachtung könnte sich auf zwei verschiedene Momente zurückführen lassen; einmal auf eine Fortsetzung des im Beginn kupierten Asthmaanfalles oder zweitens auf eine Intoxikation durch Morphium analog, wie es bei Urämie der Fall ist. Die erstere Hypothese ist nicht richtig, da niemals der ohne Morphium behandelte Anfall eine so hartnäckige Dauer hat. Diese Tatsache ist bei den echten Asthmaattacken unbekannt. In einem anderen Falle war der Asthmaanfall am Ende, als wir uns entschlossen, dem Pat. Morphium einzuspritzen. Pat. schlief die ganze Nacht ruhig, den nächsten Morgen erwachte er ohne Asthmaanfall. Nach 3 Stunden fing ein neuer heftiger asthmatischer Anfall an, der an Intensität an einen schweren Anfall vor 3 Tagen erinnerte. Wir glauben, daß man berechtigt ist, diesen Anfall dem Morphium zuzuschreiben, um so mehr, da er wieder durch Diuretika und übrige Mittel schnell kupiert wurde. Aehnliche Fälle haben wir drei beobachtet. Ist hier die Rede von Hysterie oder Neurasthenie? Wir können es nicht glauben.

Am Schluß sei erwähnt, daß von vielen Autoren subkutane Injektionen von Atropin (0,0005—0,003) gegen Asthmaanfall vielfach empfohlen wurden. Wir haben Atropin stets in Verbindung mit Opiumpräparaten (Morphium) angewandt, um die toxischen Eigenschaften zu vermindern, und immer gute Erfolge erzielt. Die von uns angewandte Dose war Morph. mur. 0,01, Atropin. sulf. 0,00025 pro Injekt., 1 ccm Aq. dest.

Sauerstoffinhalationen u. dgl. Respirationsbehandlung sind bei uns immer ohne Erfolg geblieben, und deshalb haben wir sie aufgegeben.

Resümee: Alles in allem möchten wir uns dahin äußern, daß die Behandlung des Anfalles mit Narcotica, zumal die subkutane Einverleibung von Morphium, resp. Heroin. hydrochl. das erste sichere Asthmamittel ist, welches ausgezeichnete Dienste leistet und nur selten versagt, und das nur den Nachteil hat, zu Morphiomanie zu führen und bei einigen nervösen Individuen Asthmaanfälle zu verursachen. Außerdem darf, besonders in der Privatpraxis, die protrahierte physikalisch-diätetische Behandlungsweise niemals außer acht bleiben.

Dem Heroin. hydrochlor. ist subkutan appliziert wegen der weit rascheren Wirkung in minimalen Dosen (0,005 pro dosi, zweimal täglich) der Vorzug vor den übrigen Opiumderivaten (Dionin, Codein, Morphium) zu geben.

REFERATE.

Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **E. Solms**, Charlottenburg.

1. **Ueber Geburtshilfe in Anstalten und außerhalb derselben.** Von F. Schauta. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 45.

2. **Zur Behandlung der Placenta praevia.** Von B. Krönig, Freiburg. Zentralblatt f. Gynäkologie, 1908, Nr. 46.

3. **Zur Frage der Anästhesierung des Geburtsaktes.** Von Dr. L. A. Bruck. Allgem. Medizin. Zentralztg., 1908, Nr. 44.

4. **Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode.** Von Dr. P. Baumm. Med. Klinik, 1908, Nr. 41.

1. Schauta fordert, daß genau so wie die Gynäkologie die Geburtshilfe in öffentlichen oder privaten Kliniken ausgeübt werde. Nur dort ist 1. die Asepsis und Antisepsis gesichert, die die chirurgische Geburtshilfe verlangt, 2. ein spezialärztlicher Permanenzdienst bei der Gebärenden garantiert und 3. die Exaktheit der Ausführung der Operation ermöglicht. Rechtzeitige Aufnahme müßten mindestens all die Fälle finden, deren physiologischer Geburtsverlauf nach der zu diesem Zwecke eingeführten Schwangerschaftsuntersuchung fraglich ist. Da die Zahl der privaten Entbindungsanstalten zu gering ist, müßten große, arm und reich zugängliche Entbindungsanstalten erbaut werden. Die Asepsis bleibt außerhalb der Anstaltsbehandlung fraglich, weil einmal Hebamme und Arzt untersucht haben, dann, weil das käufliche sog. sterile Verbandzeug nicht keimfrei ist. Durch den spezialärztlichen Permanenzdienst werden Fehldiagnosen eingeschränkt, weiter die Polypragmasie, die Platz greifen muß, wenn der Arzt zu früh gerufen wird. Den Vorteil einer Anstaltsbehandlung vor der in Privathäusern beweisen die Statistiken.

2. Es ist das Verdienst Fehlings, als erster den Unterschied in der Behandlung der geburtshilflichen Fälle in Anstalten und in Privathäusern klar ausgesprochen zu haben. Verf. legt nun an der Hand der Behandlungsmethoden bei Placenta praevia klar, wie verschieden hierbei die Indikationsstellung zu einem Eingriff ausfällt. Die hohe Mortalität bei Placenta praevia ist nicht durch Sepsis, sondern durch schwere Blutungen bedingt. Diese können dadurch entstehen, daß infolge der Entfaltung des unteren Uterinsegmentes, in dem die Plazenta sitzt, Zerreißungen auftreten. Da das untere Uterinsegment zu stark gedehnt war, genügt dann die postpartale Kontraktion derselben nicht mehr zur Kompression der zerrissenen Gefäße. Aus diesem Grunde rät Krönig, zu Beginn der Geburt zu operieren. Während außerhalb der Anstaltsbehandlung nur die Wendung oder Hystereuryse die therapeutischen Verfahren darstellen, die eine Mortalität der Mütter von 6—10% und der Kinder von 60—80% aufweisen, so läßt sich diese hohe Mortalität in der Klinik durch Einfügung neuer operativer Methoden verringern. Zu Beginn einer aseptisch geleiteten Geburt kann der vaginale Kaiserschnitt mit alleiniger Spaltung der vorderen Uteruswand Platz greifen, wenn die Placenta praevia hinten sitzt und der klassische, wenn die vorliegende Plazenta vorn ist (!). Bei schwer zu stillenden Blutungen rät Krönig weiter die supravaginale Amputation vorzunehmen(!).

3. Verf. verwendet zur Anästhesierung des Geburtsaktes Scopolamin-Morphium. Auf Grund von 10 Fällen kommt der-

selbe zur Empfehlung des Scopolamin-Morphium-Dämmerschlafes. Ohne schädliche Nebenwirkungen wird der Geburtsakt schmerzlos. In Intervallen von 2—4 Stunden wird 2—5 mal ½ bis 1 Spritze des Riedelschen Scopomorphins intramuskulär injiziert.

4. Die Nachgeburtsperiode besteht aus zwei Phasen. Den ersten Abschnitt stellt die Lösung der Placenta und ihr Herabgleiten aus dem Uteruscavum in das erschlaffte, gedehnte untere Uterinsegment und Scheidengewölbe dar. Die Phase ist beendet, wenn der Uterus sich verkleinert, steigt und in der Wehenpause platt wird. Durch Eindrücken oberhalb der Symphyse wird dann die Nabelschnur nicht mehr in die Scheide zurückgezogen. Im zweiten Abschnitt der Nachgeburtsperiode wird die gelöste Plazenta durch ihre Eigenschwere, die Elastizität der Scheide und die Bauchpresse herausbefördert. Als Substitut einer mangelhaften Bauchpresse tritt hier der bekannte Credésche Handgriff ein. Seltener erfolgt das Exprimieren der Plazenta durch Eindrücken oberhalb der Symphyse. Nach vorzeitigen Expressionsversuchen, in der ersten Phase, entstehen Blutungen infolge partieller Plazentarablösung oder durch Zurückbleiben von Plazentarteilen. Allgemeinhin müssen bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode die Plazenta resp. zurückgelassene Plazentarteile exprimiert oder manuell gelöst werden. Weiter kann es bluten, wenn der Uterus nach der Seite, nach oben oder unten verlagert ist. Diese mangelhafte Kontraktion des Uterus wird durch Normallagerung desselben beseitigt. Bei Blutungen ex atonia uteri hilft oft das Halten des Uterus von vorn und oben, das die Plazentarstelle komprimiert, oder das Zusammenschieben der Geschlechtsteile im kleinen Becken durch Druck von den Bauchdecken her auf den Uterus und die Aorta. Blutet es trotzdem noch, gleichgültig ob ex atonia, aus Rissen etc., so bleibt die Dührssensche Uterusvaginaltamponade das Allheilmittel.

Neurologie und Psychiatrie.

Referent: Dr. **G. Flatau**, Nervenarzt, Berlin.

1. **Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Borax.** Von Privatdozent Dr. Oerum, Kopenhagen. Med. Klinik, 1908, Nr. 41.

2. **Einige Anhaltspunkte zur Behandlung der Schlaflosigkeit.** Von Prof. Karl Lechner. Wiener med. Wochenschrift, 1908, Nr. 40.

3. **Technik der Ischiasbehandlung durch Injektionen.** Von Dr. Gerson. Med. Klinik, 1908, pag. 632.

4. **Tabes und Paralyse im Lichte der neueren Syphilisforschung.** Von Fritz Lesser. Berliner klin. Wochenschrift, 1908, Nr. 39.

5. **Zur Symptomatologie der Epilepsie.** Von J. Breßler. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1908, Nr. 30.

1. Die Boraxbehandlung der Epilepsie ist nicht unbekannt in Deutschland, wie Verfasser annimmt, aber sie wird wenig geübt; Gowers und andere haben sie lebhaft empfohlen, auch in Abwechselung mit Bromkali gegeben; bis zu 8 g pro die werden gegeben. Man hat die Wirkung in Verminderung des Fettansatzes, in der antifermentativen Wirkung gesehen. An störenden Nebenwirkungen fehlt es nicht. Verfasser berichtet von eigenen guten Erfolgen, Referent glaubt nicht, daß es gelingen wird, die Boraxbehandlung neu zu beleben.

2. L. unterscheidet Störungen des Vorschlafes: 1. schlechtes Einschlafen mit Funktionsstörungen des Schlafapparates während des Einschlafens, 2. ungenügende Schläfrigkeit mit dissimilatorischen Stoffwechselstörungen, bei der das Schlafbedürfnis störenden Ermüdung; ferner als Störungen des Nachschlafes: 3. schlechtes Erwachen mit Funktionsstörungen des Schlafapparates beim Erwachen, 4. krankhafte Munterkeit mit assimilatorischen Stoffwechselstörungen im Verlauf der Schlaferholung. Jede der Gruppen verlangt eine besondere Therapie. Ad 1 meist hygienisch-diätetische Behandlung mit roborierenden Maßnahmen, Galvanisation, Leducscher Gleichstrom. Brom. Neuronal. Psychotherapie.

Ad 2. Ungenügende Schläfrigkeit, oft im Greisenalter, bei Arteriosklerose, Lues gefunden, erfordert entsprechende Kuren, Jodsalze, Nitrate. Von Medikamenten Hypnotika aus der Chloral-, Hedonal-, Dormiol-, Isopralgruppe. Oft sind Bettruhe, milde Diät, Packungen von Nutzen.

Die Störungen zu 3 und 4 erfordern ganz besonders Psychotherapie, Hypnose. Die pathologisch maßlose Munterkeit durch lebhafte Traumhalluzinationen mit Bewegung hervorgerufen, kann zu kriminellen Handlungen führen. Solche Kranke bedürfen der Narkotika und meist auch strenger Aufsicht.

3. Die Ischias ist den bisherigen Formen der Therapie um so eher zugänglich, je frischer sie ist. Chronische Formen erfahren durch sie wohl Besserung, aber keine Heilung. Letztere führt die Injektionstherapie herbei. Bekannt ist der Ausbau des Schleichschen Verfahrens durch Injektion von 100 ccm einer Lösung Eukain-β 0,1. Natr. chlorat. 0,8, Aq. dest. ad 100. Krause nahm Stovain, und zwar Adrenalin (1:1000) gutt. 5—10, Stovain 0,1—0,2, Sol. Natr. chlorat. 0,8:100. Zur Technik macht G. folgende Angaben, eine sterile Spritze muß injektionsfertig vorhanden sein. Aufbewahrung in Seifenspiritus unter luftdichtem Verschluß. Vor der Injektion Reinigung mit Alkohol. 2. Bereitung der Lösung: 2 Tabletten Sal. anaestheticum II enthaltend Cocain 0,1 Morphium 0,025, Natr. chlorat. 0,2, werden in 100 g abgekochten Wassers gelöst, davon 5 g aufgekocht und in die Spritze gefüllt. 3. Aufsuchen der Injektionsstelle: Druckpunkt an der Austrittsstelle, zu finden zwischen dem dritten und vierten inneren Abschnitt einer Linie, die die Rima ani mit dem Trochanter verbindet; Desinfektion der Haut und Fixierung des Punktes. Spritze mit der ca. 5 cm langen Kanüle senkrecht einstechen, bis der Nerv erreicht ist, was sich durch Zucken des Patienten bemerkbar macht. Spritze langsam entleeren. Zweiter Druckpunkt unterhalb des Glutäus näher dem Tuber ischii, kurze Kanüle notwendig. Ein weiterer brauchbarer Punkt an der Peroneusumschlagstelle. In veralteten Fällen noch weitere Druckpunkte. Zu erhoffen ist nur etwas bei der rheumatischen Ischias. Die gonorrhoische und syphilitische Ischias bedürfen anderer Mittel.

4. Die Beziehungen zwischen Tabes, Paralyse und Syphilis sind viel engere, als den bisherigen Annahmen entspricht; während die Spätprozesse interstitieller Natur an den inneren Organen wie der Leber häufig intra vitam nicht erkannt werden, und erst auf dem Sektionstisch zur Kenntnis kommen, machen naturgemäß diese Prozesse im Zentralnervensystem viel schneller Symptome, die in vivo diagnostiziert werden. Unterstützt wird die Annahme einer Spätsyphilis ohne Symptome durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei scheinbar gesunden Menschen, die Syphilis gehabt haben. Eine positive Reaktion kann durch spezifische Behandlung in eine negative verwandelt werden. Daher deutet eine positive Reaktion stets auf zurzeit bestehende Syphilis. Bei Paralytikern reagierten von 23 Fällen 21 positiv, 2 negativ, beide erwiesen sich bei näherer Betrachtung als unsicher in der Diagnose. Bei Verdacht der Paralyse spricht daher eine negative Reaktion gegen diese. Antisyphilitische Behandlung kann den Prozeß aufhalten, aber nicht zur Regeneration der verloren gegangenen Elemente führen, da diese erst sekundär degenerieren, während der primäre Prozeß in den Meningen zu suchen ist.

Anders bei Tabikern. Hier reagierten ca. 50% positiv; erklärt wird das durch die Annahme, daß die tabische Erkrankung sich über lange Jahre hinzieht, während deren der syphilitische Prozeß ausheilt. Der Anfangsprozeß ist eine Leptomeningitis fibrosa als Residuum eines syphilitischen Prozesses. Die parenchymatösen Prozesse am Rückenmark sind sekundärer Natur und können progredient bleiben, auch wenn die primären Prozesse zum Stillstand gekommen sind.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Syphilitiker, die in spätesten Jahren nach der Infektion eine negative Serumreaktion zeigen, laufen nicht Gefahr, an Paralyse zu erkranken; von den Syphilitikern ohne Krankheitserscheinungen geben die Hälfte die Wassermannsche Reaktion positiv. Aus diesen rekrutieren sich die Tabiker und Paralytiker. Unter diesen Gesichtspunkten mahnt ein positiver Ausfall bei Spätsyphilitikern zu einer Behandlung und zu dauernder Kontrolle, ob das Virus noch aktiv ist. Auf diese Weise wird es gelingen, die Zahl der Tabes und Paralyse akquirierenden Syphilitiker herabzusetzen.

5. Eine manische Aura ist selten bei der Epilepsie. Breßler beobachtete 2 solcher Fälle. Obgleich die zeitliche Orientierung schwieriger ist, als die örtliche, kommen bei Epileptischen postparoxysmale Dämmerzustände vor, in denen die örtliche Orientierung gestört ist, die zeitliche ungestört (sehr selten!). Auch in zwei anderen Fällen klimakterischer depressiver Psychose wurde diese Umkehrung von B. gesehen.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Militärmedizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Der Feldscherer und der „Chirurgus“ von den Friederizianischen Zeiten bis zum Ende der Befreiungskriege.** Von Generalarzt Niebergall, Divisionsarzt der 38. Division. Dtsch. militärärztl. Zeitschr., 1908, Heft 20.

2. **Behandlung des Fußschweißes mit Formol.** Von Viela. Aus arch. med. Belges, 1908, Heft 4—6. Referat v. Hahn, Stettin, ibidem, S. 882 u. 883.

3. **Hefewundverband.** Von Plantier. Arch. med. Belg., 1908. Referat v. Hahn, Stettin. Ibidem.

4. **Milzruptur. Splenektomie. Heilung.** Von Laval. Aus le Caducée, 1908, Nr. 7—12. Ibidem. Referat v. Hahn, Stettin.

5. **Einfaches Mittel zur Entlarvung simulierter einseitiger Amblyopie.** Von Roche. Ibidem.

6. **Rohe Fleischtabletten.** Ibidem. Hahn, Stettin.

1. Wir haben während einer langen Dienstzeit manches über die Entwicklung unseres Militärmedizinalwesens bis zu seinem heutigen Stande gehört und gelesen, entsinnen uns aber kaum eines Vortrages oder eines Buches, das uns in kurzen Zügen ein so anschauliches Bild aus jener Zeit gegeben hätte, von der N. auf Grund eines umfangreichen Quellenstudiums berichtet und die mit Notwendigkeit den Grund legen mußte, auf welchem wir heute fußen. Wenn das Militärheilwesen der Friederizianischen Zeit trotz der Anstrengungen des großen Königs zu seiner Hebung seiner Aufgaben nicht gewachsen war, so lag die letzte Ursache einzig und allein in der damals noch bestehenden Trennung der Medizin von der Chirurgie, die, von den Universitäten abgesehen, endgültig erst durch die am 2. 8. 1795 unter Friedrich Wilhelm III. erfolgte Errichtung der medizinisch-chirurgischen Pepiniere, der heutigen Kaiser-Wilhelms-Akademie, beseitigt wurde. Feldscheer und Kompagniechirurg war nur auf dem Boden einer Trennung möglich, deren letzte Reste im Zivilmedizinalwesen erst viel später, 1852, fielen. Wenn sich heute dieselbe Trennung wiederholt, so ist der Grund, der damals dafür geltend gemacht wurde, daß nämlich ein Mensch nicht beide Gebiete beherrschen könne, zwar auch heute noch derselbe und dennoch ein anderer — ein Gedanke, dessen weitere Ausführung wohl auf der Hand liegt.

2. Viela pinselt den Schweißfuß am 1. Tage dreimal mit Formollösung 1:3, am 2. Tage mit einer solchen 1:2 und am 3. Tage mit der reinen Lösung. Bei empfindlichen Füßen fängt er mit Lösungen 1:10 bis 1:30 an. Entstehen Schmerzen, so wird die Lösung abgewaschen und eine schwächere aufgetragen. Zur Sicherung des Erfolges wird alle 8 Tage einmal reines Formol aufgepinselt.

3. Plantier hat jetzt 7 Jahre lang bei jedem Grade von Verbrennung einen Hefeverband angelegt und dabei nie Eiterung, üblen Geruch oder schlechte Narbenbildung gesehen. Nach sorgfältiger Desinfektion werden sterilisierte Gazebinden mit getrockneter oder frischer, mit lauem Wasser zu einer Paste verarbeiteten Hefe imprägniert, das Glied wird mit diesen bedeckt. Schon nach wenigen Minuten soll fast jeder Schmerz aufhören.

4. Ein Soldat war zwischen zwei Wagen geraten. In der Bauchhöhle fanden sich zwei Liter Blut, die Milz war zerrissen. Blut und Milz wurden entfernt, Heilung in kurzer Zeit. Die Milz war eine große Malariamilz von 400 g Gewicht (normal 200).

5. Die von Roche in den „Annal. d'oculistique“, Jan. 1908, angegebene Methode zur Entlarvung der Simulation einseitiger Blindheit beruht darauf, daß ein Einäugiger nur im Laufe einer geraden Linie, welche den Hornhautmittelpunkt seines Sehauges mit einem Punkt verbindet, nicht aber seitwärts von dieser irrt. Man legt einen etwa 30 qcm großen weißen Papierbogen in Augenhöhe des zu Untersuchenden wagerecht so hin, daß ein Rand des Bogens die Nasenwurzel berührt, legt 25 cm von diesem Rande ein Brot- oder Papierkügelchen und läßt nun mit der Spitze eines senkrecht zur Unterlage gehaltenen Bleistiftes nach ihr stoßen. Wird sie getroffen, so ist binokulares Sehen vorhanden. Ein Einäugiger stößt vor oder hinter sie, nie rechts oder links. Um den Zufall auszuschalten, muß der Versuch wiederholt werden. Seit dem Prismaverfahren von A. v. Graefe sind zahlreiche hierher gehörige Methoden angegeben, sie führen alle zum Ziel, wenn einseitige Amaurose simuliert wird. Schwierig wird die Sache bei der häufiger simulierten Amblyopie.

6. Die rohen Fleischtabletten von David-Rabot in Courbevoie sollen ohne Antiseptikum nur mit einem Zusatz von Zucker und Cacao hergestellt und unbegrenzt haltbar sein, und ungefähr wie eine Schokoladetablette schmecken. Trifft dies zu, so würden sie eine ausgedehnte Verwendung nicht nur in der Armee, sondern auch für den Sport usw. finden können. Jede Tablette wiegt 12,5 g und soll 12,5 g frischen Fleisches entsprechen.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch,** Bendorf a. Rh.

1. **Neurasthenie bei Autointoxikation.** Von Dr. J. Orbison Thomas. The Americ. journ. of med. sc., April 1908, und Ztschr. f. phys.-diät. Therapie, 1908, Nr. 10.

2. **Ueberernährung als Krankheitsursache.** Von Dr. M. Labbé. Trib. med., 1908, und Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 27.

3. **Ueber die diabetische Azidose.** Von Dr. J. Baer. Ther. Monatshefte, 1908, Nr. 6.

4. **Ein weiterer Beitrag zur Diätregelung etc. des Diabetes.** Von Prof. Lenné. Ther. d. Gegenwart, 1907, Nr. 6.

5. **Ueber lakto-vegetabile Diät.** Von Dr. Möinichen. Norsk Mag. f. Laegevid, 1907, Nr. 4, und (ebenso wie 4) Ztschr. f. phys.-diät. Therapie, XI., Heft 8.

6. **Zur Enuresis nocturna.** Von Dr. E. Neter. Med. Klinik, 1907, Nr. 37, und Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 29.

7. **Ueber Begleiterscheinungen der chronischen Obstipation im Kindesalter.** Von Dr. E. Neter, Mannheim. Aerztl. Rundsch., 1908, Nr. 44.

Gegenüber den durchaus einseitigen, aber gemäß Rosenbachs „Gesetz des Kontrastes“ natürlich mit großem Beifall aufgenommenen Ausführungen Burlureaux' (Bull. méd. 1908), der die Verstopfung als irrelevant und die Annahme der durch sie herbeigeführten Autointoxikation für unhaltbar erklärt, seien noch einige Arbeiten angeführt, die diese neueste „exakte Feststellung“ auf ihren wahren Wert zurückführen.

1. Orbison Thomas sieht mit Bouchard die Autointoxikation als eine wesentliche Quelle der Neurasthenie an. In sieben Fällen von starker Neurasthenie mit hereditärer Belastung, Angstvorstellungen etc., fand er abnorme Fäulnisprozesse in den Eingeweiden; starke Vermehrung des Indikans bei spärlicher Urinsekretion. Die eingeschlagene kausale Behandlung war von gutem Erfolg.

2. Die Ueberernährungstherapie (die für den denkenden Arzt schon a priori als schädlich wirkend feststand), wird neuerdings von M. Labbé einer kritischen Prüfung unterzogen. Er betont, daß sie als üble Folgen nach sich ziehe: Magendruck, Magenerweiterung, Verstopfung als Folge der erlahmenden Peristaltik, weiche, übelriechende Stühle, Hypertrophie der Leber, Cholämie, Schlafsucht nach dem Essen, Schlaflosigkeit und Unruhe bei Nacht, ferner Migräne, neurasthenische Zustände etc.

Die Kot- und Harnanalyse demonstriert die Stoffwechselstörungen ad oculus.

3. Nach Baer sind die organischen Fettsäuren nicht die einzigen Quellen der unverbrennlichen Säuren, wie z. B. der Oxybuttersäure etc., durch die die Azidose-Schädigung des diabetischen Organismus bedingt wird; vielmehr enthalten auch die Eiweißkörper reichlich Material, aus dem jene entstehen können.

In den Fällen, wo selbst Einfuhr von 30—40 g Natr. bicarb. den Harn weder alkalisch macht, noch die Zuckerausscheidung wenigstens in Proportion zur Kohlehydratzufuhr bringt, gelingt es, durch Einschränkung der Eiweißnahrung neben derjenigen der Kohlehydrate schnell, alkalischen Urin und Absinken der Zuckerausscheidung zu erreichen.

4. Lenné erhebt wiederholt die Forderung, daß der Diabetiker an Eiweiß das Mindestmaß erhalten soll, mit dem er sein Gleichgewicht herstellen und behaupten kann, weil durchaus nicht immer das Uebermaß an Kohlehydraten, sondern ebenso häufig die Eiweißnahrung schädlich wirkt. Er demonstriert den entscheidenden Einfluß des Eiweißkostmaßes auf die diabetischen Erscheinungen an drei Fällen. — Vergl. hierzu die in Nr. 34 referierte Arbeit von Kolisch. (Ref.)

5. Möinichen führt u. a. aus, daß viele Stoffwechselstörungen auf überreicher Eiweißzufuhr beruhen; die eiweißbearbeitenden Organe werden überanstrengt, in den Säften häufen sich Spaltungsprodukte der Eiweißkost.

Vegetarische Ernährung läßt jene Organe zur Ruhe kommen und befördert so die Weiterzersetzung und Ausschei-

Public

dung der unvollkommen gespaltenen Derivate. Außer solchen Stoffwechselanomalien, wie Gicht etc., kann vegetarische Diät Gutes leisten bei plethorischen Zuständen und Fettsucht. Bei Arteriosklerose und Fettsucht ist u. a. auch die Herabsetzung der Viskosität des Blutes von Vorteil. Ferner werden diejenigen Nervenleiden, Haut-, Darm-, Nieren- und Blasenleiden, welche auf die in der Fleischnahrung enthaltenen oder durch sie entstehenden Purine etc. zurückzuführen sind, ebenso wie Diabetes, Alkoholismus etc. durch laktovegetarische Diät günstig beeinflußt. — Den Kausalzusammenhang zwischen übermäßiger Fleischzufuhr und Verstopfung haben u. a. besonders Meyer, Bernstadt, und Hünerfauth nachgewiesen. (Vergl. Ref. in der Therap. Rundsch., Nr. 18 und 37.)

6. Nach Neters Untersuchungen beruht die Enuresis nocturna oft auf einer veränderten Harnbeschaffenheit, die durch Anwesenheit teils überreichlicher normaler, teils pathologischer Substanzen bedingt ist. In einem Falle konnte eine lange Zeit erfolglos behandelte Enuresis allein durch Verbieten der Fleischnahrung und Verordnung vegetabilischer Kost völlig geheilt werden. Dieses Regime empfiehlt sich namentlich bei Superazidität des Harns in Verbindung mit Natr. bicarb., citric. oder phosphor., 0,5—1,0 täglich vor dem Schlafengehen, ev. täglich 1—3 Eßlöffel Karlsbader Brunnen.

7. Einleitend beklagt Neter den Umstand, daß die Schulung unseres klinischen Blickes heute durch die Bevorzugung gewisser neugewonnener Hilfswissenschaften nicht ohne Schaden für unser ärztliches Können in hohem Maße beeinträchtigt werde.

So sei auch die ungenügende Wertschätzung, die heute der Bedeutung der chronischen Obstipation, besonders des Kindesalters, zu teil wird, nur darauf zurückzuführen, daß wir nicht mehr so gut und so gründlich zu beobachten gewohnt seien wie früher, und darum den Zusammenhang jenes Leidens mit so vielen anderen Affektionen nicht mehr so erkennen und würdigen, wie die früheren Aerzte.

Die Bahnen, über die die Wirkung der Obstipation auf andere Organe vermittelt wird, sind wohl verschieden, bald hämatogener, bald nervöser (reflektorischer) Natur, auch andere Wege können eingeschlagen werden; so gibt z. B. die Beobachtung Neters, daß ein bei einem 3 jährigen Mädchen mit chronischer Obstipation bestehender Fluor albus gleichzeitig mit jener gehoben wurde, zu der Frage Veranlassung, ob nicht auch der bei anämischen und chlorotischen Mädchen oft bestehende Fluor ebenso Folge der Obstipation sein könne wie die Blutveränderung selbst (vgl. hierzu die einschlägigen Beobachtungen von Grawitz, der schwere Anämien durch vegetarische Diät zur Heilung brachte. Ref.).

Aehnlich ist auch eine mangelhafte Entwickelung, Appetitlosigkeit, Magerkeit, Anämie (bezw. Dysämie), die man oft bei einseitig mit „kräftiger Kost" ernährten Kindern gleichzeitig mit Obstipation beobachtet, darauf zurückzuführen, daß die Ausnutzung der Nahrung im Intestinaltrakt mehr oder weniger beeinträchtigt ist und daß infolge der stagnierenden Fäkalmassen abnorme Zersetzungsvorgänge und Verdauungsstörungen auftreten, weiterhin noch Autointoxikation, die das Blut selbst oder die blutbildenden Organe schädigt. Wenn auch die einschlägigen Toxine größtenteils noch nicht genauer bekannt sind, so können wir doch der Vorstellung von der Resorption solcher Stoffe nicht entraten, besonders in den Fällen, wo wir uns die Wirkung der Koprostase auf entfernt gelegene Organe fast nur auf hämatogenem Wege erklären können, wie das namentlich bei manchen Hautleiden der Fall ist. Leider wurde nach Vorgang von Hebra der Zusammenhang zwischen Hautaffektionen und Verdauungsvorgängen bisher allzusehr vernachlässigt. Das zeigt sich in erster Linie bei den verschiedenen Urticariaformen, besonders der Urticaria chronica, Lichen urticatus oder Strophulus, ferner bei einer Reihe von Ekzemfällen etc.

Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen den Verdauungsvorgängen und gewissen nervösen Prozessen, von der einfachen Unruhe beginnend bis zu den schwersten eklamptischen Zuständen. Kopfschmerz, Pavor nocturnus, Neurasthenie können nicht nur bei neuropathisch belasteten Kindern durch Obstipation ausgelöst werden, sondern auch primär durch chronische Autointoxikation entstehen.

Zu warnen ist vor dem beliebten „Viel Milch trinken" bei anämischen Kindern, da die Milch vielfach verstopfend wirkt und so die Obstipation mit ihren Folgen noch erhöht.

Varia.

Ueber Bergabsteigen (Absteigekur). Von Dr. F. Benderski, Kiew. Ztschr. f. phys.-diät. Ther., XI, Heft 8.

Während bei Neigung zu Appendizitis, rasch entzündlichen Prozessen im Leibe überhaupt, bei Gastro-, Enteroptose, Descensus der weiblichen Sexualorgane, Magen-, Darmgeschwüren, Hernien etc. die Erschütterung beim Absteigen zu meiden ist, könnte sie da, wo die Bauchorgane geübt (und die Brustorgane geschont) werden sollen, als gutes mechanotherapeutisches Mittel verwandt werden (besonders in den Kurplätzen, wo man Steigerung der Peristaltik erstrebt: Marienbad, Kissingen, Tarasp etc.). Derartige Patienten, die ihre Brustorgane schonen müssen, würden die Treppe mit dem Lift, den Berg zu Wagen „nehmen", um alsdann die Absteigekur anzutreten.

Die ersterwähnten Patienten könnten nötigenfalls, bei Indikation zur Uebung der Brustorgane, umgekehrt eine „reine Steigekur" durchmachen.

Ueber den Einfluß CO_2-haltiger Bäder auf den Blutdruck Nierenkranker. Von Hürter, Assistent an der Akademie f. prakt. Medizin zu Cöln (Abt. Matthes). Ztschr. f. phys.-diät. Therapie, XII, Heft 7.

Hürter kommt zu dem Ergebnis, daß man bei Nierenkranken durch fortgesetzte CO_2-Bäder eine dauernde nennenswerte Abnahme des pathologisch gesteigerten Druckes nicht erzielen könne, daß aber auch keine Steigerung erheblichen Grades durch sie zu befürchten sei.

Ueber die Wirkung der Sauerstoffbäder. Von Dr. Tornai, Ass. d. II. med. Klinik zu Budapest (Ketly). Ibidem.

Die CO_2-Bäder haben gewisse Nachteile (nicht ganz zu vermeidende Einatmung des Gases, Reizsymptome infolge ungleichmäßiger Entwicklung derselben etc.), die den Sauerstoffbädern abgehen. Letztere wirken jenen analog durch den Reiz der sich entwickelnden Gasbläschen auf die Hautnerven und reflektorische Beeinflussung der Herzarbeit, nach Winternitz besonders durch die rhythmische Kontraktion der Hautmuskeln, „Pulsation des Hutchinsonschen Hautherzens". Erfolge wurden berichtet bei Hypertension der Blutgefäße, organischem und nervösem Herzleiden, Aortenkrankheiten, Arteriosklerose, Nierenleiden, Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Kopfdruck etc.

Subjektiv wirkten sie bei T.'s Patienten beruhigend, schlafmachend, appetitanregend. Objektiv fand er Abnahme des Blutdruckes, die bis zu zwei Stunden anhielt, Sinken und Rhythmischwerden des Pulses. Einfluß auf die Atmung war nur insofern festzustellen, als dyspepsische Beschwerden und Zyanoseerscheinungen verschwanden.

Zur hydriatischen und diätetischen Behandlung der Cholera. Von Prof. Dr. W. Winternitz. Bl. f. klin. Hydrother., 1908, Nr. 9.

Winternitz tritt nochmals energisch für die Kaltwasserbehandlung der Cholera ein. Sie wurde bereits in Nr. 2 der „Ther. Rundsch." nach den Ausführungen von W.'s Schüler Sadger beschrieben. Hier sei nur nochmals daran erinnert, daß sie in kräftigen, kalten Abreibungen, Sitzbädern und Leibbinden besteht, wodurch eine arterielle Fluxion zum Hautorgan hervorgerufen wird, die die kopiöse Transsudation des Blutwassers aus den toxisch gelähmten Darmgefäßen und die so entstehende Wasserverarmung des Körpers zum Aufhören bringt.

Der letzteren ist nach W. der größte Teil des Symptomenkomplexes der Cholera zuzuschreiben. Die durch obige Behandlung erzielte arterielle Fluxion, die Steigerung der Herzkraft, des Gefäß- und Gewebstonus, die Erhöhung des Blutdrucks stellen die gestörte Zirkulation wieder her, während man das durch heiße Prozeduren, subkutane Infusionen etc. nicht erreichen kann.

W. weist außerdem noch auf den Umstand hin, daß es bei der heftigen Hamburger Epidemie trotz der Flucht von Hunderttausenden, die den Keim wohl über ganz Europa verstreuten, zu keiner Verbreitung der Krankheit gekommen sei. Es sei also offenbar neben dem Infektionskeim noch ein Zweites erforderlich, um die Krankheit hervorzurufen.

Der Schutz des Magens gegen die Selbstverdauung, nebst einem Vorschlag zur Behandlung des Ulcus ventriculi. Von Dr. M. Katzenstein, Berlin. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 39.

Die Versuche Katzensteins ergaben, daß die lebende Zelle als solche dem natürlichen Magensafte im eigenen Magen nicht widerstehen kann (lebendes Gewebe, das Tieren in den Magen gebracht wurde, fiel der Verdauung anheim). Dagegen zeigten andere Versuche, daß die den Magensaft produzierenden bezw. dauernd von ihm umspülten Gewebe nicht von ihm angegriffen werden; ferner, daß auch die tote Magenschleimhaut einen Stoff enthalten muß, der der peptischen Wirkung des Magensaftes zu widerstehen vermag. In der Annahme, daß dieses „Antipepsin“ beim Magengeschwür in zu geringer Menge vorhanden sei, hat K. eine entsprechende organtherapeutische Behandlung mit gutem Erfolge angewandt. Esch.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Ein Beitrag zur Therapie der Rachitis.

Von Dr. med. **A. Scharff**, Magdeburg.

Der herannahende Winter stellt den Arzt wieder von neuem vor die Aufgabe, sich mit der Behandlung der Rachitis zu befassen. Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß die Mehrzahl der Rachitisfälle in der kalten Jahreszeit anfängt. So beobachtete z. B. Adam (Beiträge zur Rachitis, Diss., Göttingen 1901), daß von 103 Fällen 85 in den kalten Spätherbst- und Wintermonaten anfingen, während in den Sommermonaten nur wenige Fälle zur Behandlung kamen. Es liegt dies offenbar an dem günstigen Einfluß, den Sonnenlicht und Aufenthalt in frischer Luft auf die körperliche Entwicklung des Kindes im allgemeinen und besonders auch auf den Knochenbau haben. Für den Arzt ergibt sich daraus die Forderung, alle Kinder, besonders aber die rachitischen, möglichst viel an die frische Luft bringen zu lassen, vor allem, wenn sie dabei zugleich Sonnenschein genießen können. Eine zweite ebenso wichtige Rolle spielt die Ernährung der Kinder. Die Tatsache ist ja schon wiederholt festgestellt worden, daß Rachitis selten bei Brustkindern, häufig bei künstlich ernährten Kindern beobachtet wird. Dabei ist es weniger eine zu mangelhafte Ernährung, welche die Rachitis hervorruft, denn die Rachitis findet sich sogar häufig bei zu gut genährten, überfütterten Kindern, als vielmehr eine Einseitigkeit der Ernährung, besonders eine zu lange Zeit hindurch fortgesetzte einseitige Milchfütterung. Aus diesem Grunde ist bei der Behandlung der Rachitis künstlich ernährter Kinder zu reichlicher Milchgenuß zu verbieten und gemischte Kost zu empfehlen. Daß dabei vor Kartoffelfütterung zu warnen ist, braucht eigentlich wohl kaum besonders hervorgehoben zu werden. Der schädliche Einfluß der Kartoffelfütterung liegt wohl daran, daß Kartoffeln viel Kaliumsalze enthalten, die nach den Untersuchungen Sittlers (Vergleichend-therapeutische Versuche bei Rachitis, Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 29) geradezu erweichend auf die Knochen wirken. Bei Brustkindern tritt, auch wenn sie lange Zeit gestillt werden, weniger leicht Rachitis ein. Nach Dibbelt (Die Pathogenese der Rachitis, Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 37) liegt dies daran, daß die Frauenmilch zwar weniger Kalksalze enthält, wie Kuhmilch, daß aber die Ausnützung eine weit bessere ist. Außerdem läßt sich der Kalkgehalt der Frauenmilch durch kalkreiche Nahrung, besonders Kuhmilch erhöhen. Nach meinen Erfahrungen ist es aber auch bei Brustkindern zweckmäßig, schon frühzeitig neben der Muttermilch gemischte Kost geben zu lassen. Jedenfalls läßt sich dadurch der Rachitis, die ja oft erst nach dem Entwöhnen eintritt, vorbeugen.

Mit den allgemeinen hygienischen und diätetischen Vorschriften werden wir aber nur in den leichten Fällen beginnender Rachitis auskommen. Diese bekommen wir aber leider nur selten zu sehen, meistens werden uns schon länger bestehende, schwerere Fälle zur Untersuchung und Behandlung gebracht. In allen diesen Fällen läßt sich ein günstiger Erfolg nur erzielen, wenn neben der physikalisch-diätetischen auch die medikamentöse Behandlung zur Anwendung kommt. Am idealsten wäre es nun natürlich, wenn wir die Rachitis kausal behandeln könnten, aber das ist ja ohne Zweifel leider bisher nicht möglich, da wir wohl wissen, daß die Rachitis auf einer Störung des Kalkstoffwechsels beruht, aber nicht, wie diese Stoffwechselstörung zustande kommt. Darum sind auch alle Versuche einer sogenannten kausalen Behandlung gescheitert, und man ist immer wieder zur symptomatischen Behandlung zurückgekehrt. Es würde mich hier zu weit führen, wenn ich alle Mittel, die gegen Rachitis empfohlen sind, hier besprechen wollte. Nur das will ich hervorheben, daß von allen Mitteln am meisten der Phosphorlebertran, der zuerst von Kassowitz vor fast 25 Jahren in die Therapie eingeführt wurde, eine günstige Wirkung gezeigt hat. Seine Verordnung ist aber nicht ganz unbedenklich, da er auch in dem von Kassowitz angegebenen und heute noch meistens verordneten Verhältnis von 0,01 Phosphor : 100,0 Lebertran giftig wirken kann. Ist doch schon nach Einnehmen von 6 Teelöffel voll (innerhalb 3 Tage) von diesem Phosphorlebertran eine Vergiftung beobachtet worden, die nach weiteren 4 Tagen zum Exitus führte. (Franke: Akute Vergiftung nach Phosphorlebertran. Diss., Halle 1901.) Der Phosphorlebertran hat ferner den Nachteil, sehr schlecht zu riechen und zu schmecken und daher nur ungern genommen und oft schlecht vertragen zu werden. Im Sommer wird er leicht ranzig und ist dann überhaupt nicht zu gebrauchen. Man hat daher schon wiederholt versucht, Ersatzmittel zu finden, von denen aber nach den Untersuchungen Sittlers (a. a. O.) nur die Präparate der Nucleïnsäure, besonders Natr. nuclein. 0,2—0,3 kombiniert mit Natr. glycerino. phosphor. 0,1—0,25 oder Natr. nucleïn. 0,1 und Calc. glycerino-phosphor. 0,05 eine gute Wirkung zu haben schienen.

Ich habe nun im letzten halben Jahr Gelegenheit gehabt, ein neues Präparat zu versuchen, welches ebenfalls diese wirksamen Stoffe, nämlich Nucleïne und Lezithin (Glyzerinphosphorsäure), also den Phosphor in organischer Bindung enthält, ferner aber Lebertran in einer leicht verdaulichen und resorbierbaren Form. Dieses Mittel ist das Rachisan, das von der chemischen Fabrik von Dr. Degen u. Kuth, Düren i. Rh., hergestellt wird. Die genaue Zusammensetzung des Mittels ist in der Arbeit von Lungwitz in der „Therapie der Gegenwart“, März 1908, beschrieben worden. Ich will hier nur erwähnen, daß das Rachisan außer Lebertran, Nucleïn und Lezithin noch Eisen und Jod enthält, wodurch die Anämie und der Lymphatismus der rhachitischen Kinder günstig beeinflußt werden soll.

Bei dieser Zusammensetzung des Rachisans ließ sich von vornherein erwarten, daß damit gute Erfolge zu erreichen wären, und meine Beobachtungen haben denn auch diese Erwartung bestätigt. So fand ich in allen Fällen eine ziemlich beträchtliche Zunahme des Körpergewichts, z. B. in Fall I nach 4 Wochen 1 kg, nach 8 Wochen 2 kg, nach 4 Monaten 3,5 kg, Fall II nach 5 Monaten 3,25 kg, Fall IV nach 3 Monaten 2,5 kg, Fall V nach 3 Monaten 2,75 kg, Fall VI nach 8 Wochen 1,5 kg. In den übrigen Fällen waren genaue Wägungen von den Eltern unterlassen worden, doch gaben die Eltern an, daß die Kinder sehr zugenommen hätten. Die vorher blassen Wangen röteten sich, nur bei zwei Kindern fand sich trotz sonstiger Besse-

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

rung noch blasse Gesichtsfarbe. Die Schweiße nahmen zunächst ab, um später ganz zu verschwinden; nur ein Kind hatte auch später noch eine leichte Neigung zum Schwitzen. Die Drüsenschwellungen wurden geringer, wenn sie auch nicht ganz verschwanden. Der Stuhlgang wurde regelmäßig. In den Fällen, wo vorher hartnäckige Obstipation bestand, die häufiger Gebrauch von Abführmitteln erforderte, waren nach Anwendung von Rachisan solche nicht mehr nötig. Die Dentition ging leichter vor sich, bei drei Kindern, die bei Beginn der Behandlung überhaupt noch keinen Zahn hatten, kamen während der Behandlung 2, bezw. 8, bezw. 8 Zähne zum Durchbruch, ebenso brachen bei den Kindern, die schon einige Zähne, aber schwer vorher bekommen hatten, nach Verabfolgung von Rachisan mehrere neue Zähne leicht durch. Nur bei einem Kinde mit sehr schwerer Rachitis, das jetzt 9 Monate alt ist und seit 3 Monaten Rachisan bekommt, hat sich bis jetzt noch kein Zahn gezeigt. Dieses Kind macht auch noch keine Anstalten zu stehen oder zu gehen, während bei allen übrigen vermerkt ist, daß sie anfangen zu stehen und zu gehen. Die Kinder, die schon vor Beginn der Behandlung stehen und gehen konnten, aber leicht dabei ermüdeten, konnten nach kurzer Zeit spielen und umherlaufen, ohne immer gleich danach zu verlangen, getragen zu werden. In drei Fällen von ausgesprochener Craniotabes waren nach Gebrauch weniger Flaschen die Knochen des Hinterkopfes fest geworden. Regelmäßig konnte beobachtet werden, daß der vorher unruhige Schlaf ruhiger wurde und nächtliches Aufschrecken unterblieb. In vier Fällen, bei denen vorher wiederholt Krämpfe aufgetreten waren, blieben diese fort. Vertragen wurde das Mittel gut, die meisten Kinder nahmen es sogar gern. Nur bei einem Kinde gelang es nicht, die Verordnung von Rachisan durchzusetzen, weil dieses Kind, wie die Eltern angaben, jedesmal Erbrechen bekam. Vorher hatte es Scotts Emulsion bekommen und angeblich auch danach regelmäßig erbrochen. Ich glaube allerdings, daß die Eltern aus einem anderen Grunde das Rachisan nicht weiter gaben. Wie ich nämlich später erfahren habe, haben sie hinter meinem Rücken einen homöopathischen Arzt konsultiert und dessen Mittel gegeben. Ich möchte hier nebenbei bemerken, daß das Kind dieser homöopathischen Behandlung seine völlige Erblindung zu verdanken hat. Das Kind bekam nämlich infolge von Krämpfen beiderseits Katarakt. Der auf meinen Rat zugezogene Augenarzt riet, sobald der Star reif war, zur Operation. Statt dessen versuchten es die Eltern, auf Rat des homöopathischen Arztes, abzuwarten und homöopathische Mittelchen zu geben. Als das Kind dann endlich nach mehreren Monaten wieder zum Augenarzt kam, mußte dieser, wie er mir kürzlich mitteilte, feststellen, daß nun die zentrale Sehschärfe verloren gegangen war. Abgesehen von diesem einen Fall wurde das Rachisan stets gern genommen. Ich habe es von den meisten Kindern den ganzen Sommer hindurch nehmen lassen, nur in zwei Fällen mußte es vorübergehend ausgesetzt werden, als die Kinder die übliche Sommerdiarrhoe bekamen. Erwähnen muß ich noch, daß eines der mit Rachisan behandelten Kinder gestorben ist. Es handelt sich um ein 1 Jahr altes uneheliches Kind, das nicht nur schwerste Rachitis, sondern auch noch Skrofulose und hereditäre Syphilis (Knochenauftreibung am linken Humerus, multiple Knochenabszesse) hatte und bisher einseitig mit Milch und Breien ernährt worden war. Nacht achtwöchiger Behandlung mit Rachisan war eine erhebliche Besserung aller Symptome eingetreten, da erkrankte das Kind in den heißen Augusttagen an Brechdurchfall, dem der schwache Körper in Zeit von nicht ganz 2 Tagen erlag. Gegen derartige interkurrente Erkrankungen kann selbstverständlich das Rachisan auch nicht schützen.

Ich habe das Rachisan zunächst nur bei Kindern in den ersten beiden Lebensjahren verordnet, und zwar in 10 Fällen, die ich bereits mehrere Monate lang beobachten konnte. In den letzten Wochen habe ich es aber auch bei älteren Kindern, besonders solchen mit rachitischen Knochenverkrümmungen (Kyphoskoliose, Genu valgum, Pes valgus usw.) angewendet, doch kann ich über die Erfolge noch nicht berichten, da die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. Auch die Zahl der übrigen bisher behandelten Fälle ist ja verhältnismäßig eine kleine, was sich aber dadurch erklärt, daß ja in den Sommermonaten immer nur wenige Rachitisfälle zur Behandlung kommen und daß ich nur schwere Fälle für die Rachisanbehandlung auswählte, wobei ich noch erwähnen muß, daß in allen Fällen (da es sich ja um Versuche handelte) die bisherige Ernährung, auch wenn sie unzweckmäßig war, beibehalten wurde. Wenn ich trotzdem schon jetzt über meine Erfahrungen mit Rachisan berichte, so geschieht dies deswegen, weil eben jetzt die Rachitissaison vor der Tür steht und es mir darum wünschenswert erschien, die Herren Kollegen gerade jetzt auf ein brauchbares Mittel gegen die Rachitis aufmerksam zu machen. Ich setze jedoch inzwischen meine Versuche mit Rachisan fort und hoffe, im nächsten Jahre ausführlich über eine größere Zahl damit behandelter Fälle berichten zu können.

Nachtrag bei der Korrektur: Auch bei den seit Anfang September wegen rachitischen Knochenverkrümmungen behandelten Kindern konnte bei den regelmäßigen Nachuntersuchungen eine günstige Wirkung des Rachisans festgestellt werden. Meinem eigenen 4jährigen Jungen habe ich seit etwa drei Wochen Rachisan gegeben, das er gern nimmt und gut verträgt. Ebenso war die Wirkung auf Appetit und Stuhlgang eine gute.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Isopralordination bei Herzkranken.** Von Dr. Peters. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 44.

2. **Coffeinfreier Kaffee.** Von Dr. W. Rabenhorst und Nahrungsmittelchemiker Varges.

3. **Ueber Guajakol - Perdynamin.** Von Dr. H. Bloch Sonderabdr., Prag, Med. Wochenschr., 1908, Nr. 25.

1. Wer die Literatur über Isopral, das in letzter Zeit viel genannte Schlafmittel, aufmerksam verfolgt hat, dem wird es nicht entgangen sein, daß die Ansichten über die Wirkung dieses Hypnotikums auf das Herz sehr auseinandergehen. Während die einen Dyspnoe, Schwindel, arhythmischen Puls usw. bei Herzkranken beobachteten, fanden andere Autoren, daß das Isopral ohne jede Nebenwirkung auf das Herz war, ja sogar, daß es eine „digitalisähnliche Wirkung“ ausübe. Aus einigen Beobachtungen von Dr. Peters über die Wirkung des Isoprals bei Herzneurose, Aortenstenose, Koronarsklerose, Mitralinsuffizienz usw. geht hervor, daß Isopral in therapeutischen Gaben weder den Herzmuskel noch den Klappenapparat, weder die Herznerven noch das Gefäßsystem oder den Blutdruck ungünstig beeinflußt. P. beobachtete prompten, schmerzstillenden und beruhigenden Erfolg. Wegen seiner von Nebenwirkungen freien Eigenschaft hält P. das Isopral „für ein allen Anforderungen in durchaus befriedigender Weise gerecht werdendes Hypnotikum“.

2. Um die Frage zu entscheiden, ob der coffeinfreie Kaffee der Aktiengesellschaft Bremen fremde chemische Bestandteile, insbesondere Ammoniak, Benzol, Salzsäure, Schwefelsäure enthält, haben Dr. W. Rabenhorst und der Nahrungsmittelchemiker Varges ½Pfund- Originalpakete des „Coffeinfreien Kaffees Hag“, Marke Rettungsring, aus drei verschiedenen Geschäften entnommen und untersucht. Sie fanden, daß der Kaffee einen reinen angenehmen Kaffeegeschmack hatte. Er enthielt 0,13% Coffein. Alle drei Proben waren von künstlichen Kaffeebohnen frei und frei von künstlicher Färbung. Die Bohnen waren gleichmäßig geröstet, von schöner, brauner Farbe und von angenehmem, aromatischem Geruch. Die chemische Untersuchung ergab das Resultat, daß die Werte denen eines reinen normalen Kaffees entsprechen. Fremde chemische Bestandteile waren nicht nachweisbar, ebensowenig ein anormaler Gehalt der im reinen Kaffee vorhandenen Bestandteile, was Benzol, Ammoniak, Aetzalkalien, Phosphorsäure, Salzsäure und Schwefelsäure betrifft.

3. Dr. Bloch referiert in einem kurzen Artikel über seine Erfahrungen mit Guajakol-Perdynamin. Dasselbe ist eine Kombination von Guajakol mit Perdynamin, welches besonders in seiner Zusamensetzung mit Lezithin bekannt ist und bei Rachitis, Skrophulose, Schwächezuständen gern verwendet wird. Das Perdynamin ist ein reines Hämoglobinpräparat, eine dunkle, wohlschmeckende likörartige Flüssigkeit, die gern genommen und gut vertragen wird. In der Kombination mit Perdynamin verschwindet der Geschmack des Guajakols fast vollständig, so daß das Präparat anstandslos genommen, auch bei wochenlangem Gebrauch gut vertragen, niemals erbrochen wurde. Bei einer Reihe verschiedener Lungenerkrankungen sah Bloch gute Erfolge. Er wandte das Guajakol-Perdynamin derart an, daß er Kindern bis zu 10 Jahren 2 oder 3 Kaffeelöffel in Milch oder Wein, Erwachsenen ebensoviele Eßlöffel verordnete. Er hebt besonders den appetitanregenden Einfluß des Mittels hervor und empfiehlt es den Kollegen zur Nachprüfung. Das Präparat wird von H. Barkowski, Berlin O. 27, Alexanderstr. 22, in den Handel gebracht.

Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. Veronal-Natrium

(leichtlösliches Veronal).

Natriumsalz der Diaethylbarbitursäure.

Eigenschaften: Das Veronal-Natrium ist in Wasser sehr leicht löslich (1 : 5), auch in kaltem Wasser.

Indikationen: wie die des Veronals.

Pharmakologisches: Nach den Untersuchungen von Steinitz und Winternitz wirkt das Natriumsalz der Diäthylbarbitursäure schneller, als diese allein. Ueber die Gründe habe ich erst kürzlich an dieser Stelle berichtet. Da das Präparat sich leicht in Wasser löst, ist auch die rektale Anwendung möglich. Diese wird besonders in physiologischer Kochsalzlösung sehr gut vertragen.

Dosierung und Darreichung: Veronal-Natrium wird in Pulverform, in Lösung oder in Tabletten zu 0,5 g angewendet. Die Tabletten haben einen Zusatz von Kakao, um den schlechten Geschmack zu verdecken.

Rezeptformeln:

Rp. Veronal-Natr. . . . 0,3—0,5
D. tal. dos. No. X.
S. 1 Pulver in Zuckerwasser z. n.
Rp. Veronal-Natr. . . . 0,5
Natr. chlorat. . . . 0,2
Aq. dest. . . ad. 20,0
S. Zum Klystier.
Rp. Veronal-Natr. . . . 3,0
Aq. Cinnamom. . . 70,0
Sir. Cinnam. . ad. 100,0
(od. Aq. Menthae . . 70,0
Sir. Menthae . ad. 100,0)
M. D. S. 1 Eßl. voll z. n.

Rp. Tabl. Veronal-Natr. à 0,5. Nr. X Originalpackung.

Fabrik: E. Merck, Darmstadt, und Farbenfabriken Fr. Bayer & Co., Elberfeld.

Technische Neuerscheinungen.

Ein neuer elastischer Darmschließer.

Von Dr. **Solaro**, Mailand.

Derselbe hat im allgemeinen dieselbe Form und Größe, wie die allgemein üblichen, gekrümmten aus Metall, nur ist eine der beiden Zungen breit gehalten und fensterartig durchlöchert und weist in der Mitte eine Fuge auf, in die die zweite schmale Zunge beim Schließen eingreift und über die Oberfläche der ersteren durchgreift. Die gefensterte Zunge wird mit einem an der Spitze geschlossenen Gummischlauch überzogen. Das Darmstück bleibt so doppelt geschlossen 1. durch Eingreifen der schmalen Zange in die gefensterte bis über deren innere Oberfläche und die so erfolgte Knickung und entsprechende Unterbrechung in der Kontinuität des Darmlumens; 2. durch den leichten, aber elastischen Druck, der auf die Darmwand nicht im geringsten quetschend einzuwirken vermag.

M. Plien, Berlin.

Nicht veröffentlicht werden die in großer Zahl eingelaufenen medicinischen Gutachten über Fucol, so günstig sie auch immer lauten mögen. Ein Versuch überzeugt besser als tausend Anpreisungen. An Stelle des unappetitlichen Lebertrans verordne man eine Orig.-Flasche à 1/2 Liter Fucol à Mk. 2.—.
General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Bücherbesprechungen.

Gesundheitspflege des Geistes. Von Prof. Clouston. Mit Vorwort und Anmerkungen von Prof. Aug. Forel. München 1908, Ernst Reinhardt sche Verlagsbuchhandlung.

Das Buch verfolgt den praktischen Zweck, einige der bekannten, als sicher angenommenen Tatsachen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiologie des Gehirnes in eine volkstümliche Sprache zu fassen, und die Folgerungen aus diesen Tatsachen in bezug auf geistige Besserung durch physiologische, psychologische und medizinische Begriffe und Anschauungen auszudehnen. Hierzu hat Forel in Form von Anmerkungen teils erläuternde, teils berichtigende Anmerkungen gegeben. Das 17. Kapitel: Der Alkohol und andere narkotische Genußmittel in ihrem Verhältnis zur Hygiene des Geistes hat Forel selbst geschrieben. — In 19 Kapiteln wird dem Laienpublikum der Bau und die Verrichtungen des Gehirns in ihrer Verbindung mit der Seelenkunde klargelegt, und daraus leitet der Verfasser die Regeln zu einer gesunden Hygiene des Geistes ab. Als echter Engländer geht der Verfasser durchaus praktisch vor. Als alter Praktiker gibt er uns die Regeln, nach denen er selbst seine Lebensführung gestaltet hat. Besonders interessant ist das 10. bis 15. Kapitel: Die Kindheit von der Geburt bis zum 7. Jahre, Knaben- und Mädchenalter zwischen 7 und 15 Jahren, Jugend zwischen 15 und 25 Jahren etc., in denen er die geistigen Fähigkeiten der verschiedenen Lebensalter schildert und dementsprechend Regeln zur Gesundheitspflege des Geistes gibt. Verfasser hat die verschiedenen Abschnitte des menchlichen Lebens psychologisch sehr scharf beobachtet und sehr eingehend und richtig beschrieben. Alles in allem: es ist ein Buch, dessen Kapitel ein jeder Gebildete mit großem Interesse und hohem Genuß lesen wird.

v. Rutkowski, Berlin.

Allgemeines.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 878—891 aus den Höchster Farbwerken, 118, 121—125 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 104—107 aus dem Serumlaboratorium „Ruete Enoch“ in Hamburg sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung etc. eingezogen sind, vom 1. Oktober d. J. ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Desgleichen ist das Diphtherie-Heilserum mit der Kontrolinummer aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit den betreffenden Laboratorien bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

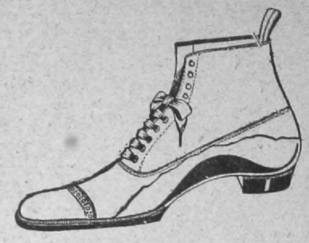
Berlin, den 22. Oktober 1908.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Rebling.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Public



Orthopädischer Stiller-Stiefel.

Durchgetretenes Fußgewölbe (Plattfuß).

Centrale für Herstellung von Plattfuß-Einlagen
nach individuellen Gipsabdrücken
Orthopädisches Maß-Schuhwerk ges. gesch. Systeme Dr. med. Lengfellner
Neu! Fabrikmässig hergestellte Orthopädische Stiefel
für Herren, Damen und Kinder in allen Größen vorrätig
Zu empfehlen bei beginnender Senk- und Plattfussbildung
932 b
Schuhwarenhaus Carl Stiller Berlin SW.
Die Broschüre „Der Senkfuß" wird auf Wunsch kostenlos zugesandt
Jerusalemerstraße 38/39 (Dönhoff-Platz)

In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Indifferenz und seines kaffeeähnlichen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen. Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Leistungsfähiges
Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.
Durchweg Neuheiten, begutachtet von Geheimrat Prof. Dr. Alb. Hoffa, Berlin.
Auslands-Patent und D. R. G. M
Reparaturen v. chirurg. Instrumenten u. sonst. Apparaten prompt.
Arn. Festerling,
Bielefeld,
Fernruf 1179 Victoriastrasse 6.

Krondorfer als natürliches Tafelwasser ersten Ranges und als Heilwasser gegen die Leiden der Athmungsorgane des Magens und der Blase bestens empfohlen.
Brunnen-Unternehmung Carl Gölsdorf, Krondorf bei Karlsbad.

Königliches Bad Oeynhausen i. Westf.
Kurort für nervöse Erkrankungen (spez. Tabes dors.) Skrophulose, Gelenk- und Muskel-Rheumatismus.
Frequenz 1908 16000 Kurgäste.
Praktizierender Badearzt
Dr. H. Koch, Villa Elisabeth, Westcorso.

RATTENFÄNGER VON HAMELN
Dr. Paul Lohmann's
Eisen-Mangan-Pepton
Liquor ferri mangani peptonati
Dr. Lohmann
(Rattenfängermarke)
Gebrauchsanweisung:
Kinder unter 12 Jahren 2 bis 3 mal täglich 1 Theelöffel, Erwachsene 2 bis 3 mal täglich 1 Esslöffel oder kleines Likörglas voll vor oder nach den Hauptmahlzeiten auf ärztliche Anordnung.
Wirklich wohlschmeckend wenn kühl aufbewahrt
SCHUTZ-MARKE.

Dr. Paul Lohmann's
Eisen-Mangan-Pepton
Marke: Rattenfänger von Hameln.
Bewährtes Mittel gegen Blutarmut, Bleichsucht, Nervenschwäche, Appetitlosigkeit,
wegen seiner unvergleichlichen Haltbarkeit besonders auch in den Tropen.
Zusammensetzung: Genau nach den Vorschriften des Deutschen Apotheker-Vereins.

Bitte vergleichen Sie den Geschmack durch Probieren mit den übrigen Präparaten des Handels!
Der hervorragend schöne und angenehme Geschmack beruht auf völliger Neutralität und gänzlicher Abwesenheit aller Laugen und Alkalien und dem neuen von mir allein hergestellten kolloidalen Eisen und Mangan.
Preis der Flasche in ff. Cartons M. 0,80.
Detail-Verkauf M. 1.20.
Postpakete von 8 Flaschen Brutto 5 Ko.
Dr. Paul Lohmann, Chem. Fabrik
Hameln a. d. W.

Rhachisan
Vorzüglich wirkendes Antirhachitikum.
Bestandteile:
Ol. Jecoris Aselli . . . . 30 %
Acid. Ol. Jecoris Aselli jodat. . . . 1 %
(enthaltend: 0,1 gr chem. geb. Jod)
Ferrum manno-vitellat. (D. R. P. angem.) 15 %
(enthaltend: in gemeinsam. organischer Bindung: Eisen 0,3, Phosphor 0,05, Manna 12,0)
Corrigentia und Wasser . . . . ad 100
Proben und Literatur gratis!
Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau,** Berlin, Prof Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann,** Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns**t Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Ra, Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **A. Fränkel,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**-Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer**, Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek,** Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner**, Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz,** Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel,** Kiel, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter**, Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz,** Königsberg i. Pr., Hofrat Prof. Dr. **M. Schottelius,** Freiburg i. B., Prof. Dr. **E. Schultze,** Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer,** Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 6. Dezember 1908. **Nr. 49.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet vierteljährlich 2 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Be größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
R. Klapp, Berlin: Ueber die Behandlung der Mastitis . . . 725
G. Stille, Stade: Die Herabsetzung der körperlichen Entwicklung der Landbevölkerung 727
Hans Lungwitz, Berlin: Der Fall Pearson 729
Referate:
C. Bachem, Bonn: Pharmakologie 730
Pinczower, Berlin: Hygiene 731
W. Esch, Bendorf a. Rh: Serumtherapie 732
K. Helbing und P. Roeder, Berlin: Chirurgie 733
E. Meyer, Charlottenburg: Lungenkrankheiten 734
M. Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten 734
J. Ibrahim, München: Kinderheilkunde 735
G. Tugendreich, Berlin: Säuglingsfürsorge 736
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 737
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 737
Technische Neuerscheinungen:
Behm, Berlin: Scheidenspültrichter (Ref.: M. Plien, Berlin) 738
Bücherbesprechungen:
Böhm und Oppel: Taschenbuch der Mikroskopischen Technik (Ref.: R. Oestreich, Berlin) 738
H. Lohnstein und Th. Lohnstein: Medizinalkalender und Rezept-Taschenbuch 1909 (Ref.: W. Krüger, Magdeburg) . . 733
Aerzte und Patienten mit Röntgenstrahlen durchleuchtet (Ref.: Krüger, Magdeburg) 738
Allgemeines 738
Berichtigung 739

ORIGINALIEN.

Aus der chirurg. Universitätsklinik Berlin.

Ueber die Behandlung der Mastitis.

Von Prof. Dr. **R. Klapp,** Berlin.

Seit der Einführung des Saugverfahrens in die Behandlung mastitischer Prozesse sind jetzt vier Jahre verflossen. In diesem Zeitraum hat man genügende praktische Erfahrungen mit dieser Art der Behandlung gemacht, und die Resultate sind in einer größeren Reihe von Arbeiten niedergelegt. Hauptsächlich haben sich neben den chirurgischen Kliniken die Frauenkliniken über die Verwertung der Hyperämiebehandlung geäußert. Aber auch Aerzte, die in der allgemeinen Praxis stehen, haben ihre Erfahrungen mitgeteilt.

Es liegt mir fern, hier im Rahmen dieser Arbeit eine umfangreiche Literaturübersicht zu geben und überhaupt auf speziellere Dinge einzugehen. Ich will vielmehr die Hauptfragen herausgreifen und will versuchen, ein Bild davon zu geben, welche Erfahrungen mit der Behandlung gemacht sind.

Wer vorurteilslos die neue Literatur über die Mastitisbehandlung verfolgt hat, dem kann nicht ein Gegensatz entgangen sein, der zwischen den Veröffentlichungen von chirurgischer und gynäkologischer Seite zutage tritt. Vor allem die letzteren scheinen hier und da mit der Saugbehandlung der Mastitis keine durchaus günstigen Erfahrungen gemacht zu haben, während die Chirurgen sie fast ausschließlich üben und sie, wie z. B. Perthes in dem neu erschienenen Lehrbuch der Chirurgie von Wilms und Wullstein, für die beste zurzeit vorhandene Methode erklären. Ebenso ist aus den Kreisen der praktischen Aerzte eine Reihe von Veröffentlichungen hervorgegangen, die beweisen, daß sie diese Form der Behandlung der früher geübten bei weitem vorziehen.

Diese verschiedenen Beurteilungen erklären sich wohl am besten aus der Verschiedenheit des Materials. Dem Chirurgen gehen fast ausschließlich Fälle von eitriger Mastitis zu, und sie bekommen Stauungsmastitis nur selten zu sehen, während in der Frauenkliniken bei weitem mehr Stauungsmastitiden vorkommen, da ja die Patientinnen nach der Geburt nur etwa vierzehn Tage in der Klinik behalten werden. Daß diese Annahme richtig ist, geht aus der Literatur hervor. So beobachtete Fehling an der Stuttgarter Hebammenanstalt unter 3738 stillenden Frauen 119 mal Mastitis gleich 3,18 $^0/_0$, von denen nur 23 gleich 0,6 $^0/_0$ resp. 19,3 $^0/_0$ der Mastitiden zur Vereiterung kamen. In Basel kamen in der Fehlingschen Klinik auf 2875 stillende Frauen nur 0,7 $^0/_0$ eitrige Mastitis; in Halle erkrankten von 878 stillenden Frauen 1,93 $^0/_0$ an beginnender Mastitis und 0,56 $^0/_0$ an eitriger Mastitis. Olshausen zählte an der Hallenser Klinik unter 972 Wöchnerinnen 31 Mastitiden gleich 3,18 $^0/_0$, und von diesen waren nur 6 eitrige Mastitiden gleich 0,64 $^0/_0$ der Mastitiden. Aus dieser Zusammenstellung, die sich leicht noch vervielfachen ließe, geht hervor, daß die Frauenärzte, zum mindesten aber die Frauenkliniken wohl recht viele Mastitiden zu sehen be-

Public

kommen, daß eitrige Mastitiden ihnen aber nur selten zugehen.

Aus dieser Verschiedenheit des Materials läßt es sich zum Teil erklären, weshalb die Ansichten auseinandergehen. Die meisten Erkrankungen an puerperaler Mastitis kommen am Ende des ersten Monats des Puerperiums vor. Um diese Zeit haben die Wöchnerinnen die Frauenkliniken längst verlassen und suchen erfahrungsgemäß die chirurgischen Kliniken häufiger auf als die Frauenkliniken.

Ich möchte mich im folgenden zunächst mit der eitrigen Mastitis befassen, da auch unsere Erfahrungen darüber größer sind als über die einfachen Stauungsmastitiden.

Wir gehen bei den eitrigen Mastitiden folgendermaßen vor: Jeder nachweisbare Abszeß wird sofort nach außen geöffnet. Dabei bevorzugen wir kleinere Schnitte, vergrößern dieselben jedoch, wenn es sich als notwendig erweist. Diese kleinen Eingriffe können unter Chloräthylspray oder lokaler Anästhesie vorgenommen werden. Tamponade oder Drainage der Wunde wird nicht ausgeführt. Es ist unbedingt notwendig, daß der Einschnitt physikalisch günstig liegt, d. h. der Eiter muß durch den Schnitt aus seiner Höhle völlig herausfließen oder herausgesogen werden können. Dabei ist es oft nötig, daß man noch einen zweiten oder einen dritten kleineren Schnitt hinzufügt, nachdem man sich durch Einführung einer Sonde von der Ausdehnung der Höhle überzeugt hat. Nur wenn man so vorgeht, kann man sicher sein, bei der späteren Saugbehandlung den Eiter gründlich herauszubekommen. Um allen Mißverständnissen entgegenzutreten, betone ich es nochmals, daß wir auf gründlichste Entleerung aller Infektionsstoffe das allergrößte Gewicht legen. Aus den Veröffentlichungen von Gynäkologen ersieht man, daß immer wieder versucht wird, die Abszesse durch Saugbehandlung zur Resorption und Rückbildung zu bringen, und das halten wir für gänzlich zwecklos. Meiner Erfahrung nach vergrößern sie sich mit großer Eile, wenn sie ungeöffnet bleiben und der Saugbehandlung ausgesetzt werden. Zu dem entzündlichen Oedem kommt noch das Oedem der Saugbehandlung, und dieses dringt nicht nur in die Gewebe ein, sondern es wird auch in die Abszeßhöhle eintreten. Dadurch wird der Abszeß seröser, aber er wird größer. Und so ist es kein Wunder, wenn man unter den Veröffentlichungen auch solche findet, in denen über Vergrößerung von Abszessen geklagt wird. Nach unseren Erfahrungen, ebenso wie nach den Erfahrungen vieler anderer, kann das nur beruhen auf zu spätem Eröffnen, auf fehlerhafter Technik in der Eröffnung der Abszesse resp. in der Handhabung der Saugbehandlung.

Nachdem der Abszeß in dieser Weise an physikalisch günstiger Stelle mit radiär zur Mamille gelegenem Schnitte eröffnet ist, beginnen wir mit der Saugbehandlung, und zwar setzen wir entweder eine große, die ganze Brust umfassende Saugglocke auf oder auch ein kleineres Saugglas auf die Abszeßgegend. Dieses letztere Saugglas muß jedoch weit über den Entzündungsbereich herübergreifen, da sonst Schmerzen entstehen. Schon bei der ersten Anwendung des Saugglases kann man beobachten, ob die Schnitte an geeigneter Stelle liegen, so daß der Eiter der Saugbehandlung gut folgen kann. Die Saugbehandlung selbst wird, wie das früher schon häufig beschrieben worden ist, so ausgeführt, daß der Saugapparat immer etwa fünf Minuten sitzen bleibt, um dann für einige Minuten abgenommen zu werden. Die ganze Sitzung beschränken wir jetzt meist auf etwa zwanzig Minuten. Die Grade der Luftverdünnung sollen so groß sein, daß eine gute Stauung entsteht, die jedoch nicht so groß ist, daß Schmerzen oder ein unbehagliches Gefühl von Druck auftreten. Der Verband besteht in einem großen Salbenlappen, der eine irrelevante Salbe enthält (dazu brauchen wir eine Mischung von Lanolin und Vaselin), ferner eine Wattelagen- und Bindeneinwicklung.

Wenn es sich um Fälle handelt, bei denen der Abszeß ziemlich tief liegt, dann ist es zweckmäßig, wie z. B. auch Hartmann, Stich und andere angegeben haben, noch eine Drainröhre in den Abszeß zu führen und darüber das Saugglas anzulegen. Tut man das nicht, so saugen sich bei tiefer liegenden Abszeßhöhlen die Wundränder lippenförmig zu.

Liegen die Abszesse retromammär, so sehe ich von der Verwendung der Saugbehandlung ganz ab. Es ist bei solchen Fällen ganz außerordentlich schwer, für genügende Ableitung der Infektionsstoffe zu sorgen, und es empfiehlt sich dann, von einem im oberen Quadranten liegenden Schnitte zu einem unterhalb der Brust liegenden ein großes Drain durchzuziehen. Bei diesen Fällen von retromammärer Abszeßbildung kommen ja auch die Fragen nicht in Betracht, welche uns die Saugbehandlung bei Brustdrüseneiterungen sonst als sehr wünschenswert erscheinen lassen, nämlich die Erhaltung der Funktion des Drüsengewebes. Denn das Drüsengewebe bleibt bei den retromammären Abszessen, welche in der eben angegebenen Weise geöffnet und drainiert werden, gänzlich verschont von Schnitten oder Narben. Es ist nun in solchen Fällen nicht ganz leicht, sofort die Diagnose auf eine retromammäre Eiterung zu stellen. Wenn es sich um wirklich klassische Fälle von retromammären Eiterungen handelt, so fällt die außerordentlich große Vortreibung der kranken Brust auf, ohne daß die Brustdrüse selbst bei seitlichem Zusammenpressen schmerzhaft ist. Schmerzen entstehen erst, wenn man die Brust gegen den Rumpf andrückt. Die Fluktuationsprüfung läßt bei solchen Fällen meistens leider im Stich, aber die entzündlichen Erscheinungen und das Fieber weisen auf eine entzündliche Affektion der Brust hin, während wir keinen Anhalt für die Annahme einer gewöhnlichen Mastitis haben.

Während nun in den meisten Veröffentlichungen, welche seit dem Bekanntwerden der Saugbehandlung bei eitriger Mastitis erschienen sind, ausgesprochen wird, daß man diese Behandlung der früher geübten vorzieht und mit dem Erfolge auf das Höchste zufrieden ist und sie als die beste zurzeit übliche Methode der Behandlung ansieht, hat vor allen Dingen Zangemeister in letzter Zeit einige schlechte Erfahrungen mit dem Verfahren gemacht. Er hat den Eindruck gewonnen, daß das Verfahren bei eitriger Mastitis um so eher versagt, je frischer der Entzündungsprozeß noch ist. Dort, wo die Entzündungen noch weiter fortschreiten, besonders in den Fällen, die einen ausgeprägt serpiginösen Charakter hätten, begünstige es die eitrige Einschmelzung nicht nur, sondern auch das Weiterkriechen des Prozesses. Er erwähnt einige Fälle dieser Art, allerdings ohne die Krankengeschichten anzuführen, wo man nach Anwendung des Verfahrens ziemlich zahlreiche ausgedehnte Inzisionen machen mußte, die man unter Umständen mehrfach vertiefen oder vermehren mußte, ehe der recht bedrohliche Prozeß zum Stillstand kam. Da Zangemeister nur von 17 Fällen spricht, die er der Saugbehandlung unterwarf, und unter denen man nur elf vereiterte Mastitiden sah, so scheinen seine Erfahrungen mit dieser Behandlung noch keine recht großen zu sein. Und ich möchte glauben, daß der Gegensatz, der bei ihm gegenüber den meisten anderen Veröffentlichungen hervortritt, nach der außerordentlich großen Zahl von günstig verlaufenen Fällen sich am besten erklären läßt durch Fehler in der Technik, wie sie jedem vorkommen, der mit einer neuen Behandlung noch nicht geübt ist. Schließlich darf man von keiner Behandlung zu viel verlangen, und ich erinnere da an manche Fälle, die auch bei dem früheren oft sehr radikalen Vorgehen ohne weiteres nicht zur Ausheilung kamen. So kenne ich aus mündlicher Ueberlieferung einige recht schwere Fälle, in denen trotz radikalster Behandlung nach Bardenhauer der eitrige Prozeß monatelang angehalten hat.

Ueber die eitrige Mastitis liegen zurzeit so viele günstige Erfahrungen vor, daß ich darüber die Akten im allgemeinen für geschlossen halte. Die wenigen nicht befriedigenden Fälle werden sich bei fortschreitender Beherrschung der Technik auch weiterhin vermindern.

Eine Frage möchte ich noch kurz streifen, die auch auf die Behandlung der eitrigen Mastitis Bezug hat, das ist die Frage der Milchentleerung. Bekanntlich stehen viele Gynäkologen auf dem Standpunkt, daß das Kind sofort abgesetzt werden müßte, sobald eine Mastitis eintritt, ja, daß man die Milchsekretion möglichst hemmen müsse. Diese Autoren sind selbstverständlich auch Gegner der Entleerung der Milch durch ein kleines Milchsaugglas und sind der Ansicht, daß die Entleerung der Milch die Tätigkeit der Drüse und damit den entzündlichen Prozeß wieder anfache. Dieser Standpunkt wird von den meisten Chirurgen nicht geteilt. Wir sind zu sehr gewöhnt, auf Stauungen von Drüsensekreten die Infektion folgen zu sehen. Man braucht nur an die Stauung der Galle, an die des Harns etc. zu erinnern, um daran zu denken, daß in der Tat meistens Stauung des Sekrets den günstigsten Boden für die Ansiedlung der Infektion abgibt. Wir haben deshalb bei der Mastitis niemals die Milchentleerung bekämpft, sondern sie sogar meist befördert und regelmäßig zu mehreren Malen am Tage vornehmen lassen. Die Brustdrüse bleibt dabei in Funktion, und während derselben Laktationsperiode kann das Kind ruhig weiter genährt werden. Ich weiß, daß die Mehrzahl der Aerzte unserem Vorgehen gefolgt und mit den Resultaten sehr zufrieden ist. Daß die Milchstauung sehr häufig der erste Schritt zur Etablierung einer eitrigen Mastitis ist, kann ich mit einer Reihe von Krankengeschichten belegen, aus denen hervorgeht, daß die Frauen erkrankten, wenn sie das Kind absetzen mußten, nicht wegen Erkrankung der Warze etwa oder der Brust, sondern wegen Erkrankung der Kinder oder wenn sie aus selbstsüchtigen Gründen das Kind nicht mehr nähren wollten.

Diese Frage der Milchentleerung leitet mich über zu einigen kurzen Bemerkungen über die Stauungsmastitis. In dieser Frage müssen wir uns auf die Gynäkologen berufen, da diese die größten Krankenzahlen zu sehen bekommen und behandeln. Hier scheinen die Ansichten bezüglich der Verwendung und des Wertes der Saugbehandlung erheblich auseinander zu gehen. Auf der einen Seite wird das Kind sofort abgesetzt, die Milchentleerung möglichst vermindert, antiphlogistisch behandelt und die Brust hochgebunden; auf der anderen Seite entleert man die Milch ruhig weiter oder vielleicht noch intensiver als früher und behandelt die erkrankte Brust mit dem Saugglas. Für beide Methoden der Behandlung gibt es Fürsprecher, und es läßt sich zurzeit wohl noch kein sicheres Urteil darüber fällen, welche Behandlung der anderen überlegen ist.

Die Herabsetzung der körperlichen Entwicklung der Landbevölkerung.

Von San.-Rat Dr. **G. Stille**, Stade.

Ein Erlaß des preußischen Ministeriums ordnet an, daß Erfahrungen darüber gesammelt werden sollen, ob eine Herabsetzung der körperlichen Entwicklung der Landbevölkerung mit der Zunahme der Molkereien beobachtet worden ist und ob durch den Verkauf der Vollmilch das Milchbedürfnis des eignen Haushalts nicht mehr genügend berücksichtigt wird.

Es muß also jedenfalls in gewissen Bezirken eine Verschlechterung der Körperentwicklung stattgefunden haben. Das wird sich am deutlichsten bei den Ergebnissen des Heeres-Ergänzungsgeschäfts bemerklich machen; und gerade die Verminderung der Diensttauglichkeit wird es in erster Linie sein, die die Regierung veranlaßt hat, eine Erforschung der Ursachen zu veranstalten.

Ueberblickt man die Ergebnisse des Heeres-Ergänzungsgeschäftes während einer Reihe von Jahren, so steht man vor mehrfachen Rätseln. Von 1896 bis 1904 hat sich die Zahl der Tauglichen im Deutschen Reich kaum verändert. Vorausgesetzt, daß die Anforderungen gleich geblieben sind, hat sich der Durchschnittszustand des Ersatzes nicht verschlechtert; wohl aber finden sich auffallende Verschiebungen in den einzelnen Aushebungsbezirken. Der günstigste Bezirk ist stets Ostpreußen gewesen und ist es bis jetzt geblieben. Aber während die Zahl der Tauglichen von je 100 Abgefertigten 1896 und 1897 nicht weniger als 68,99 und 70,68 betrug (Reichsdurchschnitt 53,64), betrug sie 1903 und 1904 nur noch 66,6 und 63,8 (bei einem Reichsdurchschnitt von 53,9). Ebenso ist in Pommern der Prozentsatz der Tauglichen von 60,8 und 58,77 auf 56,3 und 55,8 gesunken; ferner in Schleswig-Holstein, das in den beiden erstgenannten Jahren mit 56,09 und 55,61 Prozent Tauglicher noch über dem Reichsdurchschnitt stand, in den letztgenannten Jahren auf 50,3 und 50,2. Desgleichen trat in Hessen-Nassau ein Sinken von 55,55 und 54,25 auf 52,9 und 52,7 ein. Die entgegengesetzte Erscheinung, also eine Zunahme der Tauglichkeitsziffer, findet sich in geringem Grade in Hannover, nämlich von 52,42 und50,88 auf 52,9 und 55,7; in viel erheblicherem Maße im Großherzogtum Hessen von 50,43 und 50,75 auf 56,1 und 57,1 und am stärksten in der Provinz Sachsen, nämlich von 49,01 und 50,74 auf 58,3 und 57,5.

Wie sich diese auffallende Erscheinung — wenigstens zum Teil — erklärt, werden wir sogleich besprechen. U. E. hängt sie nicht von der Entwicklung des Molkereiwesens ab. So weit wir beobachten konnten, wird in jedem ordentlichen Haushalte auf dem Lande so viel Milch zurückbehalten, als für den eignen Bedarf, namentlich aber für die Kinderernährung nötig ist. Uns scheinen andere Ursachen die minder gute körperliche Entwicklung der Landbevölkerung, die sich vielerorts unleugbar zeigt, hinreichend zu erklären. Die folgenden halten wir für die wichtigsten:

1. Das schwerwiegendste Moment sehen wir in der Erscheinung, daß seit etwa sechzig Jahren eine Aus- und Abwanderung der Landjugend in immer wachsendem Maße stattgefunden hat. War es in den ersten Jahrzehnten dieser Periode besonders die Auswanderung, zumal nach den Vereinigten Staaten, so ist diese jetzt gering geworden. Dafür aber fließt nun ein immer größerer Teil der ländlichen Jugend den Großstädten zu, um hier einer unvermeidlichen Entartung — wenn nicht in der ersten, so doch sicher in der zweiten oder dritten Generation — anheim zu fallen. Gerade der körperlich und geistig gesundeste, leistungsfähigste Teil der Jugend verläßt das Land; alle mehr oder weniger ungünstig Entwickelten bleiben dort zurück und werden die Erzeuger einer Nachkommenschaft, die nicht so viele tüchtige Kräfte enthält, wie in früherer Zeit.

Es ist bekannt, daß aus den östlichen Provinzen, vor allem Ostpreußen, ein besonders starker Abfluß der Jugend nach den Großstädten (Berlin) und dem industriellen Westen stattfindet. Daraus erklärt sich in erster Linie der Rückgang der Militärtauglichkeit in dieser Provinz, obwohl in ihr die Landwirtschaft eine so überwiegende Rolle spielt. Dieselbe Ursache gilt wohl für Pommern; und auch Schleswig-Holstein hat eine starke Abwanderung. Befanden sich doch am 1. Dezember 1905 in Hamburg nicht weniger als 120 000 Schleswig-Holsteiner, während die ganze Provinz nur 1 500 000 Einwohner zählte.

2. Als zweite sehr bedenkliche Erscheinung kommt hinzu, daß jetzt weit mehr Säuglinge künstlich ernährt werden als früher. Zum Teil geschieht es aus Gründen der Bequemlichkeit; zum bei weitem größeren aber, weil die Frauen immer weniger imstande sind, ihrer Mutterpflicht zu genügen. Es ist, wenn auch vielleicht noch nicht völlig

Public Domain in the United States, Google-digitized
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

sicher bewiesen, doch sehr wahrscheinlich, daß diese beunruhigende Erscheinung mit der zunehmenden Alkohol-Verseuchung des ganzen Volkes in Zusammenhang steht. (Bunge).

In früherer Zeit kannte man, wenigstens in den uns aus eigner Anschauung bekannten Gegenden, auf dem Lande kaum eine künstliche Ernährung mit der Flasche. War die Mutter vorübergehend oder dauernd am Stillen verhindert, so gab wohl eine Nachbarin aushilfsweise den unentbehrlichen Trank; man ging dann möglichst bald dazu über, das Kind mit in Wasser oder Milch und Wasser aufgeweichtem Zwieback oder altbackenen Semmeln zu ernähren. In der Gegenwart kennt jede Frau die Technik des „Buddelns“ (d. h. der Ernährung mit der Flasche [Buddel]), und nur zu viele Kinder werden vom Tage der Geburt an auf diese unzweckmäßige Weise ernährt. Dadurch steigt nicht allein die Säuglingssterblichkeit, sondern es wird zugleich das Entstehen von Rachitis begünstigt; und zweifellos wird eine Schwächung der gesamten Konstitution angebahnt, die bei vielen Menschen nie wieder ausgeglichen wird.

3. Die ganze Ernährung der Landbevölkerung ist weniger gut, als in der Vergangenheit und zwar namentlich in folgenden Punkten:

a) Bis vor wenig Jahrzehnten lebte man in den meisten Gegenden Deutschlands auf dem Lande zum bei weitem größten Teil von Vegetabilien. Fleisch war ein Luxus, den man sich nur an Festtagen, und bei feierlichen Gelegenheiten, wie Hochzeiten und Beerdigungen erlaubte. Diese Kost machte die Menschen kräftig und gegen Strapazen aller Art ausdauernd und zähe. Jetzt dagegen ißt man auch auf dem Lande weit mehr Fleisch (wenn auch noch längst nicht so viel, wie in den Städten). Die Gutsbesitzer und Bauern sind gezwungen, ihren Leuten „kräftige Kost“ d. h. möglichst viel Fleisch zu geben; andernfalls gehen ihnen Arbeiter und Dienstboten fort und bringen die „geizigen“ Herrschaften in üblen Ruf, so daß sie schwer wieder Leute bekommen.

Es ist ja nicht verwunderlich, daß im ganzen Volke das Fleisch im Rufe steht, das kräftigste aller Nahrungsmittel zu sein; ist doch seit Menschenaltern von der medizinischen Wissenschaft diese Lehre gepredigt worden. Zu verwundern aber ist es, daß heutigen Tages noch die Mehrzahl der Aerzte an diesem Glauben festhält. Die Forschungen Chittendens in Amerika, Hindhedes in Dänemark, sowie Bälz' Berichte aus Japan, die Erfahrungen, die man an den japanischen Soldaten gemacht hat, die Ueberlegenheit der Vegetarier bei sportlichen Wettkämpfen, die unzählige Male, namentlich auch in Deutschland festgestellt ist, sollte doch jeden denkenden Mediziner überzeugen, daß die Lehren, die Moleschott und Voit s. Z. über den Wert der Fleischnahrung aufgestellt haben, unhaltbar sind. Es ist hohe Zeit, daß sich richtigere Anschauungen Bahn brechen; nur wenn die Aerzte aufhören, Schwächlichen, Kränklichen, Rekonvaleszenten usw. das Fleisch als notwendiges Stärkungsmittel zu empfehlen, ist eine baldige Aenderung der Volksmeinung zu erhoffen. Und jeder Arzt, der es mit seiner Klientel gut meint, sollte vor allem darauf dringen, daß die Kinder mit möglichst fleischloser Kost aufgezogen werden.

b) Der Genuß von Kaffee und kaffeeähnlichen Getränken ist immer mehr an die Stelle der früher gebräuchlichen Suppen aus Milch mit Mehl, Grütze, Graupen u. dergl. getreten. Das ist bereits vor der Entwicklung des modernen Molkereiwesens und unabhängig davon geschehen. Doch ist es nicht unmöglich, daß die Entstehung der vielen Molkereibetriebe hier und da in mäßigem Grade verschlimmernd eingewirkt hat. Auch hier müssen es die Aerzte für ihre unabweisliche Pflicht erkennen, den Eltern immer und immer wieder einzuprägen, daß sie ihren Kindern gegenüber unverantwortlich handeln, wenn sie ihnen anstatt Milch und mit Milch bereiteten Suppen Kaffee und Tee geben. Jedermann muß wissen, daß er sich an seiner Nachkommenschaft versündigt, wenn er ihr diese Nervengifte nicht fern hält.

c) Selbstverständlich gilt das Gesagte in noch höherem Grade vom Alkohol. Leider sind es wieder gerade die Aerzte gewesen, die lange Jahre hindurch zwar den Schnaps bekämpft, aber das Bier — bei Vermeidung grober Exzesse — als völlig unschädlich und zuträglich empfohlen haben. Das hat dazu mitgewirkt, daß das Bier in den Gegenden, wo es vor fünfzig Jahren nur ausnahmsweise genossen wurde, alle anderen Getränke fast verdrängt hat. Und viele Eltern sind unverständig genug, ihren der Schule noch nicht entwachsenen Kindern den Genuß des geliebten Gerstensaftes zu erlauben. Das muß natürlich die verderblichsten Folgen haben; jeder Arzt hat wohl Gelegenheit gehabt, solche Fälle zu beobachten, in denen das körperliche und geistige Gedeihen des Nachwuchses durch Biergenuß schwer geschädigt worden ist.

d) Vormals wurde besseres Brot genossen, als heutzutage. Man bereitete das Schwarzbrot, welches einen Hauptbestandteil der täglichen Kost bildete, aus ungesiebtem (rauhem) Roggenmehl. Jetzt geht das allgemeine Streben dahin, Brot aus möglichst feinem, weißem Mehl zu genießen. In Wirklichkeit ist das Brot aber um so wertloser, je sorgfältiger man alle Kleienbestandteile entfernt hat. Es ist also kein Fortschritt, sondern ein zu beklagender Rückschritt der Ernährung, wenn man die Kinder jetzt nur feine Semmel genießen läßt. Denn es fehlen darin die wichtigen, für den Aufbau des Körpers unentbehrlichen Salze, die früheren Generationen den kräftigen Körperbau gaben.

e) Nicht überall, aber doch in vielen Orten genießt man jetzt weiches Trinkwasser, wo man früher hartes hatte. C. Röse[1]), hat in eingehenden und mühsamen Untersuchungen festgestellt, daß in solchen Bezirken große Zahnverderbnis herrscht und die Körperentwicklung mangelhafter wird. Auch diesem Punkte wird man in Zukunft Aufmerksamkeit schenken müssen.

4. Daß die jetzige Art des Schulbetriebes, der die Kinder von frühem Alter an zwingt, einen sehr großen Teil des Tages im Zimmer zu sitzen, einen ungünstigen Einfluß auf die körperliche Entwicklung ausüben muß, scheint uns unleugbar zu sein. Noch vor wenig Jahrzehnten pflegten die Kinder auf dem Lande in vielen Gegenden nur im Winter die Schule zu besuchen. Die Ergebnisse dieser Einrichtung sind nach dem Zeugnis älterer Leute, mindestens für einigermaßen begabte Kinder, nicht schlecht gewesen. Wir maßen uns nicht an, zu entscheiden, ob es nicht heute noch genügen würde, wenn man die Landkinder nur acht Wintersemester unterrichtete. Daß die körperliche Entwicklung sehr günstig beeinflußt werden würde, wenn die Landkinder wieder den ganzen Sommer in freier Luft zubringen könnten, ist sicher anzunehmen. Will oder kann man nicht den ganzen Sommer preisgeben, so sollte doch die Ferienzeit jedenfalls bedeutend verlängert werden.

Wir verkennen den Wert einer guten Schulbildung auch für die Landbevölkerung durchaus nicht, doch scheint man ihn im allgemeinen zu überschätzen. Man bedenkt u. E. nicht genug, daß ein begabter Mensch auch mit geringen Schulkenntnissen im Leben vorwärts zu kommen versteht. Merkt er, daß ihm in seinem Berufe gewisse ihm fehlende Kenntnisse nützlich sein würden, so weiß er Mittel zu finden, sie sich anzueignen. Andererseits helfen einem schwach Veranlagten die eingepaukten Schulkenntnisse recht wenig; er weiß sie nicht richtig anzuwenden und zu verwerten, ganz abgesehen davon, daß er das Eingebläute meistens in sehr kurzer Zeit vergißt. Jedenfalls aber sollte eine bessere Geistesbildung nicht auf Kosten der körper-

---

[1]) S. dessen Werk: „Erdsalzarmut und Entartung.“ 1908, bei Jul. Springer.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

lichen Entwicklung erzielt werden. Denn die gesunde Fortpflanzung, die Zukunft des ganzen Volkes hängt von der kräftigen Körperbeschaffenheit der Landbewohner ab. Eine übermäßige Pflege des Intellekts, wie sie ja in den Städten und bei den höher Gebildeten unvermeidlich ist, läßt sich nur auf Kosten der Körperkonstitution erreichen. Ein Volk, das die höchstmögliche Entwicklung der Geisteskräfte erstrebt, und dabei der körperlichen Gesundheit und Kraft nicht die genügende Aufmerksamkeit schenkt, gleicht einem Manne, der sich nicht mit dem Zinsgenuß begnügt, sondern sein Kapital angreift, um in der Gegenwart glänzender leben zu können, auf Kosten seiner eignen und der Kinder Zukunft.

Die besprochenen ungünstigen Einflüsse scheinen uns völlig ausreichend, die mancherorts beobachtete minder günstige Entwicklung der Landbevölkerung zu erklären. Die sich immer weiter ausbreitende Molkereiwirtschaft hat nach unsern Beobachtungen keinen oder doch nur einen verschwindend kleinen Anteil an der Konstitutions-Verschlechterung der Landbewohner. Es ist jedoch nicht unmöglich, daß es Gegenden gibt, in denen eine ungünstige Einwirkung der Molkereien sich bemerklich macht. Es würde erwünscht sein, wenn die Kollegen, die dergleichen beobachtet haben, ihre Erfahrungen veröffentlichten.

Der Fall Pearson & Co.

Von **Hans Lungwitz**, Berlin.

„Der Fall Pearsons & Co." sollte die Ueberschrift eher lauten; denn der Stolz der großen Firma in Hamburg scheint einen starken Stoß erhalten zu haben, wenn sie keinen anderen Ausweg mehr findet, als sich in den Inseratenteil der Zeitschriften zu retten. Dahin werde ich ihr allerdings nicht folgen; diese Zufluchtsstätte sei ihr gewährt. Von dort aus mag sie in seitenlangen „Aufklärungen" ihr Blickfeuer spielen lassen — zur Freude der Verleger und zum Ergötzen und Erstaunen der Leser, die genau wissen, welche Bedeutung den „Aufklärungen" der Firma Pearson & Co. zukommt. Gleich der erste Schuß aus der Pearsonschen Kleinkinderkanone erweckte als Widerhall vielstimmiges Gelächter neben neuer starker Entrüstung. Ungeschickt, Herr Estermann, und nicht einmal ungefährlich für Ihre Firma! Ich gestehe Ihnen offen, daß Sie mich arg enttäuschen. Ich habe Sie doch in meinen beiden Ihrer Firma gewidmeten Artikeln energisch genug ermahnt, meine Kritik auf dem allein richtigen Wege zu entkräften (wenn Sie dazu in der Lage wären) — und nun schlagen Sie schon wieder einen Weg ein, der selbst im Zeitalter der unbegrenzten Möglichkeiten und Unmöglichkeiten niemals zum Ziele führen wird. Hätten Sie doch in den Semestern Ihres medizinischen Studiums sich etwas mehr mit der Prognostik beschäftigt! Die wenigen Semester werden freilich dazu nicht ausgereicht haben!

Auch meinen gutgemeinten Rat, sich besser zu orientieren, schlagen Sie scheint's in den Wind. „In den letzten Wochen," schreiben Sie in Ihren „Aufklärungen", „hat ein Herr Dr. H. Lungwitz . . . zwei gehässige Schmähartikel gegen unsere Firma erlassen." . . . Ein Herr Dr. H. Lungwitz. Als ob es noch mehrere Aerzte meines Namens gäbe! Sie müßten doch wissen, daß es nur einen einzigen gibt, der so heißt wie ich, und der bin ich selber. Sie sollten auch darüber orientiert sein, daß es keinen Zweck hat, den Namen meiner Zeitschrift zu verheimlichen; es weiß ja doch jeder, daß ich die Th. R. redigiere und daß die Th. R. den gerechten Kampf gegen die Präparate der Firma Pearson & Co. und andere Wechselbälge chemischer Kunstfertigkeit führt. Und dann gar der Ausdruck „gehässige Schmähartikel"! Sie wagen sich weit vor. Ich glaube fast, daß Sie diese Worte in der Sektlaune expektoriert haben, eine Stimmung, in der man sich gelegentlich auch über seine „Würde" täuschen soll!

Den Passus 1 und 2 der Pearsonschen „Aufklärung", in denen die Firma bestreitet, mir einen Mittelsmann gesandt zu haben und für Lactagol in kurpfuscherischer Weise Reklame zu machen, will ich übergehen; es ist dieser Dinge in meinen beiden Artikeln in Nr. 42 und 46 ausführlich genug gedacht worden. Ich erhalte meine Ausführungen daselbst, für die ich Zeugen und Schriftstücke beibringen kann, voll aufrecht. Nur möchte ich nicht verfehlen, die „Aerzte und Behörden" dazu zu beglückwünschen, daß laut „Aufklärung" die Firma Pearson & Co. in gleicher Front mit ihnen gegen die Unsitte, Säuglinge künstlich zu nähren, kämpft. Ich habe ja die Art und Weise, wie die Firma in ihrer Lactagol-Reklame unsere Bestrebungen, die Mütter zum Stillen zu veranlassen, unterstützt, deutlich genug in Nr. 42 dieser Wochenschrift beleuchtet. Es ist wahr, daß die Mütter in der Reklamebroschüre der Firma Pearson & Co. zum Selbststillen aufgefordert werden, aber ich möchte denjenigen sehen, der behaupten will, daß der Zweck der Broschüre der sei, die Mütter zum Stillen zu veranlassen, und nicht vielmehr der, Lactagol anzupreisen. Ein Blick in die Broschüre genügt, um zu erkennen, daß sie weiter nichts als ein Hoheslied auf Lactagol enthält.

Nun, wir wissen's ja und haben's erst kürzlich wieder erlebt, daß manche Fabrikanten (z. B. auch Max Elb in Dresden mit seinen Silvana-Essenzen) sich nicht genieren, ihre anfechtbare und maßlose Reklame mit Hinweisen auf die soziale Hygiene zu verbrämen, ja die soziale Hygiene zu ihrem Schlachttier herabzuwürdigen (cf. Th. R., Nr. 45). Daß auch Pearson & Co. auf „diesem nicht mehr ungewöhnlichen Wege" sich ins Freie zu retten versucht, habe ich erwartet.

Nicht erwartet aber habe ich, was die Firma Pearson & Co. im dritten Abschnitt ihrer „Aufklärung" zu sagen wagt. Dieser lautet so:

„Es ist unwahr, daß unser Jodvasogen falsch deklariert ist (!!). Als wir vor etwa zwei (!) Jahren durch eine Publikation von Zernik darauf aufmerksam gemacht wurden, daß die Bezeichnung „Jodi **resubl.**" für das im Vasogen enthaltene, an die Komponenten desselben gebundene Jod Anlaß zu Mißverständnissen (sic!!) gebe, haben wir den Zusatz „resublimati" sofort (!!!) weggelassen. Zu einer Täuschung über die Form des Jods im Jodvasogen hatten wir um so weniger Veranlassung, als die therapeutische Wirkung dieses seit nahezu 15 Jahren bewährten Präparates hiermit in gar keinem (!) Zusammenhange steht."

Hätte die Firma Pearson bisher noch einen Schatten von Hoffnung gehabt, sich aus der unangenehmen Affäre zu ziehen, so hat sie sich hiermit endgültig jeden Ausweg verrammelt. Ich habe in der letzten Woche in mehreren Apotheken eine Reihe Originalpackungen Jodvasogen gekauft. **Keine dieser Packungen Jodvasogen ist richtig deklariert.**

Auf den Originalpackungen des „10 prozentigen" Jodvasogens ist zu lesen:

Vasogeni 90
Jodi resubl. 10.

Auf den Originalpackungen des „6 prozentigen" Jodvasogens ist zu lesen:

Vasogeni 94
Jodi 6.

Und auf einer Kassenpackung:

Vasogeni 94
Jodi resubl. 6.

Die sämtlichen Packungen sind zum Teil in den letzten Wochen, durch die Handelsgesellschaft deutscher Apotheker bezogen worden. **Ich habe über-**

Public

haupt keine anders oder richtig deklarierte Packung Jodvasogen in den Apotheken erhalten können.

Mir fehlt eine dichterische Begabung, um einen Dithyrambus auf die — Kühnheit der Firma Pearson & Co. zu schmieden, mit der sie alle Aerzte und Apotheker als Dummköpfe und Ignoranten allerersten Ranges hinstellt. Schiller würde ausrufen: „Das war ein Heldenstück, Octavio!“ Ist es jemals dagewesen, daß ein Fabrikant abstreitet, sein Präparat falsch zu deklarieren, während es — ich will nur von mir sprechen — überhaupt unmöglich ist, eine richtig deklarierte Packung käuflich zu erhalten!! Die Firma Pearson hat's vollbracht. „Das Unbeschreibliche, hier ist's getan.“ Die Tatsache ist so hahnebüchen, so unerhört, daß nun allerdings die Szene zum Tribunal werden und der Stab über eine mit solchen Mitteln arbeitende Firma gebrochen werden muß. Jetzt muß aus dem „Falle Pearson“ ein „Fall Pearsons“ werden; denn welcher Arzt, welcher Apotheker wird noch ein Fünkchen Vertrauen zu einer Firma haben, die durch ihre „Aufklärung“ der Wahrheit mit eisernen Fäusten ins Gesicht schlägt.

Wie kann die Firma weiter behaupten, daß sie seit der Zernikschen Veröffentlichung, die übrigens nicht zwei, sondern drei Jahre zurückliegt (Apoth.-Zeitung 1905, Nr. 59), den Zusatz „resubl.“ sofort (!!) weggelassen habe, während er noch jetzt (nach mehr als 3 Jahren!!) auf den Packungen zu finden ist! Aber auch ohne diesen Zusatz ist Jodvasogen doch falsch deklariert; denn wenn die Firma auch bloß „Jodi 6“ schreibt, muß man annehmen, daß freies Jod damit gemeint ist, und kein Arzt oder Apotheker oder Chemiker, überhaupt kein Mensch wird an dieser Signatur die wahre Zusammensetzung erkennen können.

Wenn man schon geneigt wäre, die viele Jahre fortgesetzte falsche Deklaration des Jodvasogens zu verzeihen — nämlich dann, wenn der Fabrikant sofort nach Erscheinen der Korndörferschen und Zernikschen Veröffentlichungen die wahre Zusammensetzung auf die Etiketten geschrieben und die falsch deklarierten Packungen eingezogen hätte —, nun kann es keinen Pardon mehr geben, nachdem Pearson & Co. seinen Feldzug gegen Fug und Recht durch einen ganz unbegreiflichen Coup gegen die unbezwingbare Feste der Tatsachen krönt.

Uns Aerzte besonders geht der famose Schlußsatz der „Aufklärung“ an. Nach Pearsons Meinung ist es also für die therapeutische Wirkung gleichgültig, ob im Jodvasogen freies Jod oder Jodammonium, also Jodalkali enthalten ist. Die Firma hat doch sicher ihren medizinischen Berater — wir wollen nicht hoffen, daß er Estermann heißt! Es ist sicher anzunehmen, daß die Firma die Unrichtigkeit dieser Ansicht kennt. Warum blamiert sie sich also so gründlich durch die Aeußerung derselben? „Daran erkenn' ich den gelehrten Herrn.“

Es ist natürlich ein gewaltiger Unterschied, ob ein Patient mit einem Medikament, das freies Jod enthält, Einreibungen macht oder mit einem, das lediglich Jodammonium und eine Spur Jodfettsäure enthält. Viel bedenklicher aber ist der innere Gebrauch eines falsch deklarierten Jodpräparates. Es ist ausgeschlossen, daß Pearson & Co. nicht weiß, wie völlig verschieden Dosierung und Wirkung des freien Jods von der des Jodalkalis oder der Jodfettsäuren ist. Ich garantiere, daß es der Firma Pearson & Co. nicht gelingen wird, den Karren dadurch aus dem Dreck zu ziehen, daß sie den alten Gaul, den sie davorgespannt hat, als einen Vollbluthengst anpreist. Und ich protestiere im Namen aller Aerzte aufs energischste dagegen, daß die Firma bei ihren Versuchen, den Kopf aus der Schlinge zu ziehen, weiter die Tatsachen auf den Kopf stellt.

Eine Frage möchte ich der Firma noch vorlegen. Warum befindet sich, wie Korndörfer festgestellt hat (Apoth.-Ztg. 1905, Nr. 54), ein brauner Farbstoff im Jodvasogen? Wenn sich in dem Präparat Jodum resubl. oder Jod schlechthin befände, wozu dann der braune Farbstoff? Jod färbt doch allein braun!! Es muß der Firma bei der Herstellung des Präparates doch von Anfang an schwer gefallen sein, ihm eine Farbe zu geben, die man nach den Angaben auf dem Etikett erwarten muß. Sonst hätte man sofort gemerkt, wie genau die Deklaration mit der Zusammensetzung übereinstimmt, zumal dann, wenn, wie ich es gesehen habe, das Jodammonium auskristallisiert und am Boden und an den Wänden des Gefäßes sitzt! Ich empfehle der Firma, falls sie noch weiter Jodvasogen fabrizieren sollte und die Aerzte nicht vorziehen, Jodvasoliment anzuwenden, zur Braunfärbung ihres Präparates — Jod zu verwenden! Besser aber ist es, wenn sie das Produkt „ungefärbt“ in den Handel bringt, nicht bloß, was den Farbton, sondern auch was die Deklaration angeht, damit sie nicht in den Verdacht kommt, den braunen Farbstoff aus unerlaubten Gründen zugesetzt zu haben.

REFERATE.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Zur Kasuistik der durch Kockelskörner hervorgerufenen Vergiftungen.** Von E. Homa. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 45.

2. **Ueber das Verhalten des Bromglidine im Organismus.** Von H. Boruttau. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 44.

3. **Pharmakologie des Broms und seiner Verbindungen.** Von E. Buergi. Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 21.

1. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Frau, die, in der Absicht, ihre Stuhlverstopfung zu vertreiben, ebenso wie ihr Mann, je eine halbe Bohne von Kockelskörnern genommen hatte. Bei beiden trat bald nachher großes Unwohlsein auf. Während der Mann noch seinen Dienst versehen konnte und nur starken Durchfall zeigte, hatte die Frau Kopfschmerzen, Schweißausbruch, Zittern, Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Erbrechen und Durchfall; in der folgenden Nacht verschlimmerte sich der Zustand unter krampfartigen Schmerzen. Der hinzugerufene Arzt fand die Gesichtsfarbe blaß, Lippen leicht livid, Puls klein und frequent, Pupillen eng, Atmung etwas erschwert, in der rechten Bauchgegend krampfartige Schmerzen. Da die Frau schon erbrochen hatte, wurde von einer Magenspülung abgesehen und Analeptica und lokale feuchtwarme Umschläge verordnet. Am dritten Tage konnte die Patientin geheilt entlassen werden.

Diese Krankengeschichte ruft uns die krampferregende Wirkung der Kockelskörner, die bei uns zum Fischköder dienen, ins Gedächtnis zurück. Die Wirkung ist bedingt durch ein Alkaloid, Pikrotoxin, das auch bei Tieren nachgewiesenermaßen tonisch-klonische Krämpfe hervorruft. Die aus der Droge hergestellte Tinktur wurde gegen äußerliche Parasiten (Läuse) angewandt, doch hat sich dieselbe bei innerer Anwendung als sehr giftig erwiesen.

2. Im Bromglidine (Verbindung eines Pflanzeneiweißes mit Brom) wird das Brom ebenso ausgeschieden wie das des Bromkaliums, nur daß die Ausscheidung gleich zu Beginn stärker einsetzt. Auch die physiologische Wirkung scheint im Verhältnis zum Bromgehalt intensiver zu sein. Die Versuche wurden teils an Menschen, teils an Tieren (Kaninchen) angestellt.

3. In dieser (als Vortrag gehaltenen) Abhandlung macht der Berner Pharmakologe zunächst einige Angaben, die sich auf das Vorkommen von Brom im Organismus beziehen; ob sich wirklich Brom in tierischen Organen (Schilddrüse) befindet, hält B. für sehr fraglich. Des weiteren beschreibt Verf. das typische Bild der Bromvergiftung bei Tieren und bespricht die Ausscheidung des Broms, die im Gegensatz zu Jodsalzen sehr langsam vor sich geht. Das Brom kann sodann bei entsprechender Zuführung das Chlor des Körpers ersetzen, eine Tatsache, deren sich die Therapeuten zielbewußt bedienen, wenn sie eine antiepileptische Kur mit Brom bei gleichzeitiger Kochsalzentziehung einleiten. Die Frage, ob das Brom eine besonders

starke Affinität zur Gehirnsubstanz hat, hält B. zwar für wahrscheinlich, indes stehen noch genaue Versuche hierüber aus.

Als zweckmäßiges Brompräparat empfiehlt sich, selbst bei Herzkranken, das Kalium bromatum, während die übliche Mischung der drei offiziellen Bromsalze: Kalium-, Natrium- und Ammonium bromatum für die Verwendung sinnlos ist.

Von den zahlreichen organischen Brompräparaten (Bromokoll, Bromeigon usw.) muß man verlangen, daß die unangenehmen Nebenwirkungen auf Magen und Darm vermieden werden, ohne daß die sedativen Bromeigenschaften auf das Zentralnervensystem wegfallen oder vermindert werden; ferner soll das Brom in den Körper in einer Verbindung eingeführt werden, die im Organismus deponiert wird und dann langsam Brom abspaltet; endlich soll der Bromeffekt mit der Wirkung eines anderen Arzneimittels, z. B. irgendeines Narkotikums der Fettreihe, vereint zur Geltung kommen.

Verf. hat selbst eine Methode ausgearbeitet, mit Hilfe deren es gelingt, das im Harn abgeschiedene anorganische und organische Brom voneinander getrennt zu bestimmen.

Weitere Veröffentlichungen über dieses Arzneimittel stellt Buergi in Aussicht.

Hygiene.

Referent: Dr. **E. Pinczower,** Berlin.

1. **Ueber die Brauchbarkeit des Brillantgrün-Typhusnährbodens.** Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin. Von Kypke-Burchardi, Bitburg. Hygienische Rundsch., 1908, 18. Jahrg. Nr. 21.

2. **Der Einfluß hoher Wärmegrade auf den arbeitenden Organismen.** Nach Versuchen in Salzbergwerken. Von Dr. H. Liefmann und Dr. M. Klostermann. Zeitschr. für Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. 61, Heft 1, S. 148.

3. **Die Trinkwasserdesinfektion durch Wasserstoffsuperoxyd.** Aus dem hygienischen Institut der Universität Wien. Von Dr. Heinrich Reichel. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. 61, Heft 1, S. 49.

4. **Untersuchungen über das Mittagessen in verschiedenen Wirtschaften Berlins.** Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin. Von Karl Kißkalt, Berlin. Arch. f. Hygiene, 1908, Bd. 66, Heft 3, S. 243.

5. **Ueber den Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Anchylostomiasis.** Unter besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zu Anämie und Appetit. Von Dr. Tanzo Yoshida, Formosa. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene, 1908, Nr. 21, S. 683.

6. **Bau und Arten der Gattung Lamblia.** Aus dem kgl. Institut f. Infektionskrankheiten Berlin. Von Marinestabsarzt W. Bensen. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. 61, Heft 1, S. 109.

7. **Ein Fall von rapide tötlich verlaufender Katatonie bei einem Neger nach einer Leistenbruchoperation.** Aus den Regierungshospitälern in Duala. Von Regierungsarzt Dr. E. Lubenau. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene, 1908, Heft 21, S. 698.

1. Verf. hat den von Conradi angegebenen Nährboden (2% Peptonfleischextrakt Agar mit 3% Säuregehalt, Zusatz von Brillantgrün krystall. extra rein u. Pikrinsäure) — speziell mit der Drigalski-Platte — vergleichend untersucht. Aus den quantitativen Bestimmungen geht hervor, daß eine erhebliche Wachstumshemmung für Bacterium Coli auf der Grünplatte stattfand. Proteus, Pyocyaneus und Fluorescens verhalten sich auf beiden Platten gleich. Auch für Paratyphus bestehen identische Wachstumsbedingungen. Subtilis und Faecal. alkalig. wachsen auf der Conradiplatte gar nicht, auf der Drigalski spärlich. Bezüglich der Ernte von Typhuskeimen fand Verf. ungefähre Gleichwertigkeit beider Nährböden. Die Versuche sind mit Bakterienreinkulturen angestellt; ob die beobachtete Wachstumshemmung von Coli auch bei Anwendung von Stühlen eintritt, soll später untersucht werden.

2. Klimatische und physiologische Beobachtungen in drei Salzbergwerken in der weiteren Umgebung Halles angestellt, hatten als Ergebnis, daß die Luft in den Salzbergwerken keine erhebliche Verunreinigung aufwies. Ihr Feuchtigkeitsgehalt schwankte zwischen 40 und 50%. Die Luft führte viel Salzstaub. Die festgestellten Temperaturen waren nicht sehr hoch. Bei Lufttemperatur von 21°, 24°, 29° waren die bei den Arbeitern gemessenen Temperaturen 36,75° bezw. 36,8° bezw. 36,9°. Die Resultate stehen nicht ganz im Einklange mit denen Flügges und seiner Schüler, die eine höhere Wärmestauung in Kohlenbergwerken konstatieren.

Die Unterschiede führen Verf. auf die erheblichen Unterschiede in der Luftfeuchtigkeit zurück. Dort wo eine genügende Luftbewegung schwer erreichbar ist, schützt die Trockenheit der Luft den Körper in hohem Maße gegen die Wärmestauung. — Ueber eine Berufskrankheit unter den Arbeitern der untersuchten Bergwerke ist nichts bekannt geworden.

3. Das schon häufig zur Sterilisierung von Trinkwasser und Milch vorgeschlagene Wasserstoffsuperoxyd ist nach Schüders Methode — Untersuchung der gesamten zum Versuch verwandten Wassermasse auf die eingesäten Keime — geprüft. Verwendet wurden Typhus- und Colibazillen. Sehr groß ergab sich die desinfizierende Kraft nicht. Die Abtötung von Coli gelang nicht in 10 Minuten bei Verwendung von 1% H_2O_2. Staphylokokken wurden erst von einer 3 proz. Lösung in 10 Minuten völlig getötet. Verf. zieht aus seinen Resultaten die praktisch wichtige Folgerung, daß zur wirksamen Trinkwasserdesinfektion in kurzer Zeit sehr große Dosen, bei längerer Einwirkung sehr geringe erforderlich sind. Für 24 Stunden genügen 0,5 pro Mille; für kürzeste rationelle Desinfektion sind 6 Stunden mit 1,5 pro Mille H_2O_2, für kürzeste praktisch mögliche 3—4 Stunden mit 5 pro Mille. Das unzersetzte H_2O_2 muß wegen der Geschmacksverschlechterung, die das Wasser durch diese Mengen Wasserstoffsuperocyd erfährt, in den letztgenannten 2 Fällen durch ein steriles Katalasepräparat entfernt werden.

4. Aus verschiedenen Speiseanstalten verschiedenen Ranges bezog Verf. Mittagessen. Sie wurden auf ihre chemische Zusammensetzung und ihren energetischen Wert hin geprüft. Der Kalorienwert des Mittagsmahls ergibt sich für eine Volksküche (keine Wohltätigkeitsanstalt) 1260, für 2 Restaurants, in denen Kutscher und Arbeiter verkehren, 960 und 876, in einem sog. besseren Restaurant (Studenten, Kaufleute) 1030. Für Münchener Handwerker hat v. Voit und Forster angegeben, daß sie mit der Mittagsmahlzeit die Hälfte ihres Kalorienbedarfs decken. Rechnet man den Gesamt-Kalorienbedarf mit 3000, so gilt das für den Berliner Einwohner nicht. — Die Art der Verteilung der Kalorien auf die einzelnen Nahrungsbestandteile war folgende: In der Volksküche fallen auf Kohlehydrate 73,3, auf Fett 13,6, auf Eiweiß 13,1%, in der Arbeiterwirtschaft auf Kohlehydrate 61,7, Fett 22,8, Eiweiß 16,5%, in der Kutscherwirtschaft Kohlehydrate 16,9%, Fett 67%, Eiweiß 16,1%; auch im Restaurant überwiegt das Fett. Die schätzungsweise angegebene Grammzahl Eiweiß pro die — bei Annahme von 3000 Kal. pro die — wäre bei der Kost der Kutscherwirtschaft 117, der Arbeiterwirtschaft 115, der Volksküche 96, des Restaurants (bei Kalorienbedarf von 2700) 128. Autor kommt nach Vergleichen mit den früheren Untersuchungen über Volksernährung zum Schluß, daß seit den Untersuchungen Voits eine bis zum Jahre 1895 währende Verbesserung der Ernährung stattgehabt habe. Seither habe sich die Ernährung trotz Erhöhung der Preise für die Portionen verschlechtert. Die gegenwärtig ermittelten Zahlen gleichen denen Voits, deren Eiweißgehalt letzterer nicht für genügend erachtete.

5. Es wurden in Taihoka auf Formosa über 138 Fälle von Anchylostomiasis beobachtet und bei 101 Patienten der Magensaft untersucht. Ewald-Sahlisches Probefrühstück, Bestimmung der Milchsäure nach Uffelmann, der Salzsäure nach Günzburg und Mintz. Der Durchschnittswert (64 Pat.) war für freie Salzsäure 0,1354%, für die Gesamtacidität (101 Pat.) 48,09 Säuregrad. Die normalen Zahlen betragen für Japan 0,09—0,17% bezw. 54—55 Grad. Im einzelnen ergibt sich, daß bei den Anchylostomumkranken die Gesamtacidität meistens normal, die Hyperacidität seltener, Subacidität noch seltener ist. Bezüglich der freien Säure, die sich auch meistens als normal herausstellt, ist ermittelt, daß die Fälle von Subacidität häufiger sind als die von Hyperacidität. Anämie und Gehalt an freier Salzsäure scheinen bei Anchylostomiasis einander umgekehrt proportional zu sein. Der Appetit nimmt mit dem Gehalt an freier Säure ab.

6. Verf. gibt eine Beschreibung der verschiedenen Arten von Lamblia, Lamblia intestinalis (Megastoma entericum), häufig in großen Mengen bei chronischer Diarrhoe des Menschen gefunden, die sich von Lamblia muris und Lamblia cuniculi unterscheiden läßt.

7. Krankengeschichte eines Negers, der nach Bassini operiert wurde; am 2 Tage nach der Operation traten deutlich die Symptome geistiger Störung auf, es wurde Katatonie diagnostiziert. Tod nach 15 Stunden. Die Sektion ergab keine Spur von Peritonitis. Gehirnbefund: Chronische fibröse Leptomeningitis, Oedem der Hirnhäute, einige punktförmige Blutungen in der weißen Substanz des Hinterhirns und Kleinhirns.

Serumtherapie.

Referent: Dr. **W. Esch,** Bendorf a. Rh.

1. **Die therapeutische Wirksamkeit des Alttuberkulins.** Von Dr. F. Köhler. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg, 1908, Nr. 14.

2. **Klinische Erfahrungen mit Marmorekserum.** Von demselben. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 28.

3. **Tuberkulosetherapie.** Von Dr. de la Camp. Berl. klin. Wochenschr., 1905, Nr. 44.

4. **Betrachtungen über Tuberkulin.** Von San.-Rat Dr. Meissen, Hohenhonnef. Ztschr. f. Tuberk., Bd. X, H. 4.

5. **Tuberkulinproben und Tuberkulinkuren.** Von demselben. Ibid., Bd. XIII, H. 3.

6. **Ueber die Spezifität des Tuberkulins.** Von DDr. Azua und Covisa. Rev. d. Med. u. Cir. pract., 1908, ref. Münch. med. W., 1908, Nr. 43.

7. **Ueber die Reaktion der Konjunktiva auf Tuberkulin.** Von Dr. J. Eppenheim. Med. Klin., 1907, Nr. 36.

8. **Die Bedeutung der Konjunktivalreaktion nach 4000 klinischen Beobachtungen.** Von Dr. A. Wolff-Eisner, Berlin. Münch. med. Woch., 1908, Nr. 45.

9. **Besitzt die Ophthalmoreaktion den Wert einer spezif. Reaktion?** Von S. Purjesz, Klausenburg. Wiener med. Woch., 1908, Nr. 32-34.

10. **Obligatorische Serumtherapie?** Eine Bemerkung zur Berliner Diphtheriedebatte. Von Dr. Esch. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 29.

1. Gegenüber der hohen Wertschätzung, die dem Alttuberkulin von seiten Bandeliers und Röpkes zuteil wird, weist Köhler, ähnlich wie v. Strümpell, auf die Unberechenbarkeit und die unsichere Wirkung des Mittels hin und betont, daß es noch eingehender Forschung und Arbeit bedürfe, ehe es bei Lungentuberkulose als sicher wirksam bezeichnet werden könne.

2. Nach Köhlers Beobachtungen an 60 Tuberkulösen waren die Wirkungen des Marmorekserums sehr ungleichmäßig, sowohl hinsichtlich des Lungenbefundes und des Gewichtes als auch in bezug auf das Allgemeinbefinden; 7 mal trat Hämoptoe, 3 mal Diarrhoe auf, 12 Patienten bekamen Fieber. Der Autor kommt zu dem Schluß, daß von einem zuverlässigen Heilmittel nicht gesprochen werden kann.

3. Nachdem u. a. Schüle, Meissen, Schröder sich gegen die Tuberkulinbehandlung ausgesprochen haben, berichtet auch de la Camp von durch sie herbeigeführten Schädigungen, die sich in intensiver Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Hervortreten der Nachtschweiße auch außerhalb der Reaktionen, hämorrhagischer Nephritis usw. zeigten. Die Aussichten für eine aktive Immunisierung durch artverwandte Tuberkelbazillen sind sehr gering. Auch die verschiedenen antitoxischen und antibazillären Sera haben keine durchschlagende Wirkung gehabt. Es kommt also, da ein spezifisches Verfahren nicht existiert, vor allem die allgemeine hygienisch-diätetische Beeinflussung der Phthise in Betracht.

4. Von Einwänden gegen die Tuberkulinbehandlung nennt Meissen die bedenklich große Zahl der Tuberkulinpräparate, die Unzulänglichkeit der Tierversuche, die bestenfalls, wahrscheinlich aber auch nur unter manchen Einschränkungen, beweisen, daß man durch gleichzeitige oder vorhergehende Behandlung Tiere gegen künstliche Infektion schützen kann.

Darüber aber, ob das Tuberkulin auch schon bei länger wirksamer Infektion oder bei natürlich entstandener Tuberkulose heilend wirkt, sagen sie nichts aus, trotzdem diese Fragen beantwortet sein sollten, bevor man zu Versuchen an kranken Menschen übergeht.

Verfasser meint, daß man zu sehr von der Voraussetzung ausgehe, daß das Tuberkulin helfen müsse und daß der mangelhafte Erfolg nur in der ungenügenden Zusammensetzung und Anwendung liege. Vielmehr solle man sich die Frage vorlegen, ob es überhaupt angängig sei, den Organismus durch vermehrte Zufuhr der betreffenden Krankheitsgifte zur genügenden Erzeugung von Schutz- und Heilstoffen zu zwingen.

Aber auch der praktische Erfolg habe die theoretischen Bedenken nicht entkräftet. Auf Grund langjähriger Erfahrungen an Tausenden von Kranken sagt Meissen mit Brehmer: „Ich habe nicht das Glück, die Nachwirkungen sehen zu können, die meine Kollegen von ihren Mitteln rühmen.“ Reine Versuche am Menschen vermögen wir ja kaum anzustellen, weil wir niemals bloß das Mittel anwenden. Selbst dann, wenn es zu Hause und nicht, wie meist, in einem Sanatorium, Krankenhaus oder Kurort genommen wird, nehmen wir unwillkürlich noch eine ganze Reihe anderer Maßnahmen hinzu, vor allem eine gesundheitsgemäßere Regelung der Lebensweise.

Da auch ohne Spezifika beträchtliche Erfolge vielfach erreicht werden, so kann auch der wohlwollendste nüchterne Beurteiler beim Tuberkulin höchstens zu einem Vielleicht gelangen. — Betr. Meissners Auffassung der Stadieneinteilung wolle man das Referat S. 390 vergleichen. S. 210 der „Th. R.“ wurde bereits die Schlußbemerkung der Arbeit zitiert, wo es heißt: Die Ansicht, daß es gegen jede Krankheit ein bestimmtes Mittel geben **müsse,** entspricht freilich unseren Wünschen, sie mag aber auch ein Rest des naiven Wunderglaubens alter Zeiten sein, den wir sonst so gern bespötteln. Vielleicht wird sich ergeben, daß man die Tuberkulose nicht durch ein Mittel, sondern durch ein Verfahren zur Heilung bringen muß: Die „aktive Immunisierung“ wird wohl besser durch Hebung der Widerstandskraft mittels hygienisch-diätetischen Maßnahmen als durch „spezifische Mittel“ erzielt.

5. Meissen faßt das Ergebniß seiner Beobachtungen über Tuberkulinproben und Tuberkulinkuren in seinem Vortrage folgendermaßen zusammen:

a) Die Abnahme der Tuberkulose-Sterblichkeit beruht nicht auf einer Abnahme der tuberkulösen Infektion, sondern auf Verminderung der tuberkulösen Erkrankung infolge der sozialhygienischen und -politischen Fortschritte. Tuberkulöse Infektion und tuberkulöse Erkrankung sind zu trennen; zur Entwicklung der letzteren gehören allermeist auslösende Momente.

b) Die subkutane Tuberkulinprobe ist ein sehr feines Reagens für beide. Sie ist nicht ganz ungefährlich und überdies für die klinische Diagnose im allgemeinen zu fein. Für diese eignet sie sich nur in solchen Fällen, wo die auftretende lokale Reaktion dem Auge oder Ohr zugänglich ist.

c) Die kutane Tuberkulinprobe steht an Empfindlichkeit der subkutanen kaum nach. Sie eignet sich durch ihre Einfachheit und Gefahrlosigkeit ganz besonders zu Untersuchungen über die Verbreitung der tuberkulösen Infektion, um die Ergebnisse der pathologischen Anatomie zu ergänzen und dadurch zu richtigeren Vorstellungen über die Entstehung der Tuberkulose zu gelangen.

d) Die konjunktivale Tuberkulinprobe ist bei richtiger Ausführung ganz unbedenklich (? s. u.) Sie eignet sich anscheinend zu prognostischen Zwecken, d. h. zur Beurteilung der Widerstandsfähigkeit des tuberkulös erkrankten Organismus: Fehlende oder sehr schwache Reaktion bei manifester Lungentuberkulose ist fast stets von übler Vorbedeutung, positiver Ausfall bedeutet mit großer Wahrscheinlichkeit, daß der Organismus noch kampffähig ist und mit Unterstützung hygienisch-diätetischer Maßnahmen vielleicht zum Siege gelangen kann (vgl. dazu unter 8 f).

e) Das Tuberkulin ist kein erwiesenes Heilmittel der Tuberkulose. Seine Anwendung erfordert sorgfältige Ueberwachung, wie sie im allgemeinen nur in Anstalten und Krankenhäusern möglich ist; sie sollte nur in ausgewählten Fällen versucht werden nach einem Verfahren, das sich auf die zweifellos vorhandene hyperämisierende, anregende Wirkung auf die tuberkulösen Herde stützt, auf die streitige immunisierende Wirkung aber verzichtet.

6. Azua fand folgendes: Von 12 sicher Tuberkulösen gaben 9 Ophthalmo-, 10 Kutireaktion, von 16 Nichttuberkulösen geben 8 erstere, 10 letztere; 2 Lepröse, bei denen die genannte Untersuchung nichts Tuberkulöses ergab, reagierten auf beide Verfahren positiv. Er hält die Tuberkulinreaktionen bei Kindern für wertvoller als bei Erwachsenen, die Kutireaktion für feiner und weniger gefährlich als die Ophthalmoreaktion.

Covisa fand von 7 Lungentuberkulosen alle positiv, von 11 chirurgischen 8, von 4 Nichttuberkulösen 3 positiv. Er hält die Reaktion für nicht spezifisch.

7. Eppenheim sieht die Methode als brauchbar für die ärztliche Praxis an — obwohl es sicher Tuberkulöse gibt, die selbst auf 4 proz. Tuberkulinlösung nicht reagieren (!), und obwohl auch klinisch gänzlich unverdächtige Fälle reagiert haben. Bei letzteren könnte allerdings latente Tuberkulose vorliegen.

Im allgemeinen werde man aus dem positiven Ausfall nur einen Anhalt dafür gewinnen, daß irgendwo im Körper ein tuberkulöser Herd vorhanden sei, ohne daß dadurch bewiesen werde, daß eine fragliche Erkrankung, zu deren Klärung die Reaktion angestellt wurde, auf Tuberkulose beruhe. (!)

8. Wolff-Eisner, der Erfinder der Konjunktivalreaktion, kommt in seiner neuesten Arbeit zu folgenden Schlüssen:

a) Die Subkutan- und Kutanmethode sind spezifische Reaktionen; da sie auch latente Tuberkulose anzeigen, sind sie für die klinische Diagnostik nur mit Einschränkung verwertbar.

b) Die positive Konjunktivalreaktion zeigt aktive Tuberkulose an.

c) Ihr Auftreten bei klinisch Gesunden macht diese dringend suspekt.

d) Ihr negativer Ausfall bei manifester Tuberkulose hat eine prognostisch ungünstige Bedeutung.

e) Die negativen Reaktionen werden mit dem Fortschreiten der Erkrankung immer häufiger.

f) Aus einer positiven Konjunktivalreaktion ist kein Schluß auf eine günstige Prognose zu ziehen, sondern nur aus der sogen. kutanen Dauerreaktion.

g) In für das Leben indifferenten Gewebsteilen von z. B. Bindegewebe, kann man Rezeptoren schaffen, die Tuberkulin an sich ziehen und die Giftwirkung lokalisieren. Diese Beobachtung läßt sich therapeutisch verwerten. (Das „Simplex sigillum veri" haben diese Methoden — negativer Ausfall ist einerseits günstig, andrerseits ungünstig, ebenso der positive! — jedenfalls nicht für sich. Ref.)

9. Purjesz kommt auf Grund einer ausgedehnten Versuchsreihe, die u. a. bei vielen tuberkulös infizirten Tieren stets negativ ausfiel, zu dem Ergebnis, daß die Ophthalmoreaktion nicht spezifisch sei.

10. Als Ergebnis der Diphtheriedebatte der Berl. med. Gesellschaft vom 17. VI. 1908 wurde in der Fachpresse berichtet, mit Hilfe des Serums sei die Mortalität von 50 auf 11,9% herabgedrückt, es sei also „durch die brutale Wucht der Zahlen nachgewiesen, daß die Diphtherie zu den von der modernen Wissenschaft überwundenen Krankheiten gehöre und die Anwendung des Serums sei demgemäß ebenso selbstverständliche Pflicht des Arztes wie die der Asepsis."

Gegenüber dieser Erhebung einer therapeutischen Maßnahme zum absoluten Dogma weist E. zunächst darauf hin, daß die aus langen Zeiträumen berechnete allgemeine Durchschnittsdiphtheriemortalität ohne Serum nicht mehr wie 20% betrage, daß bei dem Heruntergehen der Mortalität seit 1895 verschiedene mitwirkende Umstände zu berücksichtigen seien, wie z. B. Aenderungen des Materials, der Berechnung, der Behandlung, endlich, daß bei einer Mortalität von 11,9% überhaupt nicht von einer „überwundenen" Krankheit gesprochen werden dürfe.

Selbst, wenn man von den 63 Todesfällen obiger Statistik 21 „zu spät Gespritzte" abziehe, bleiben immer noch 8% Mortalität. Ein solcher Abzug jedoch und noch vielmehr das weiterhin proponierte Nichteinbeziehen der Mischinfektionen, Komplikationen, sekundären Verlaufsanomilien usw. wäre doch wohl nur dann angängig, wenn ähnliche „Hilfen" auch der Vor-Serum-Statistik zugute kämen.

Was nun die viel angeführte „allein ausschlaggebende Beobachtung am Krankenbett" betreffe, so sei zu betonen, daß zwar wohl eine gewisse Beeinflussung des Krankheitsprozesses, nicht aber die spezifische Wirkung des Serums beim Menschen, d. h. also seine Unersetzlichkeit bei diesem unbestritten feststehe. Denn gerade nach den neuesten einschlägigen Arbeiten (Zangemeister, Deutschmann[1]), Predtetschensky[2]), Menzer[3]), Salus[4]) etc.) werde die Wirkung der für den Menschen **artfremden** Sera nicht auf deren Spezifität, sondern auf ihre Eigenschaft als Fremdstoffe, als Leukostimulantien zurückgeführt (wie ja auch nach den in der Fachpresse niedergelegten Beobachtungen das spezifische Diphtherieserum bei Scharlach, Masern, Ozaena, Keuchhusten, Erysipel, Phlegmone, Meningitis, Milzbrand, Tuberkulose und außerdem auch noch bei einer großen Zahl von Augeninfektionen günstig wirke!).

Aus diesen Gründen sei die in Berlin quasi geforderte Einführung der obligatorischen Serumtherapie der Diphtherie, das Wort von der überwundenen Diphtherie als nicht unbedenklich zu bezeichnen, und das um so mehr, als es scheine, daß man wieder mit einem bösartigeren Auftreten der Diphtherie, als es in den letzten 15 Jahren der Fall war, werde rechnen müssen, indem aus Köln eine Mortalität von 32% seit 1. Januar 1908 berichtet wurde, trotz Injektion von bis zu 8000 Einheiten[5]).

Chirurgie.

Referenten: Prof. Dr. **K. Helbing** und Dr. **P. Roeder**, Spezialärzte, Berlin.

1. **Beitrag zur Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren.** Von Dr. Kurt Schultze, Berlin. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 43.

2. **Atropin bei Hernia incarcerata.** Von Dr. Rabl (Murtoa, Australien.) Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 43.

3. **Behandlung des Hydrops genu traumaticus.** Von Dr. Hartleib, Bonn. Münch. med. Wochenschr., 1908, No. 43.

4. **Milzbrand und seine Behandlung.** Von San.-Rat Barlach, Neumünster. Med. Klinik, 1908, No. 44.

5. **Ueber aseptische Darmoperationen.** Von L. Moszkowicz, Wien. Wien. klin. Wochenschrift., 1908, No. 46.

1. Die Resultate, die Schultze aus der Chirurg. Universitätsklinik uns vorlegt, sind nichts weniger als ermutigend. In keinem von den 12 Fällen war das Fortschreiten des Karzinoms aufzuhalten; im Gegenteil hate man in einigen Fällen den Eindruck, als würde das Wachstum des Tumors durch die Fulguration noch angeregt. Natürlich lassen diese 12 Fälle, zu denen ausschließlich inoperable Tumoren ausgewählt wurden, noch keinen definitiven Schluß zu: man muß erst die Ergebnisse anderer Praktiker auf diesem Gebiete abwarten. Auf jeden Fall ist die Arbeit, die eine eingehende Beschreibung des Apparates und der Technik bringt, recht lesenswert.

2. Rabl hat bei frischen eingeklemmten Hernien Atropininjektion angewendet und dadurch durch die Brüche, die jedem Taxisversuch Widerstand leisteten, spontan zurückgehen sehen. So injizierte er einem 3 jährigen Knaben 3 mg (!) Atropin, welcher, nachdem er 6 Stunden deliriert hatte, in Schlaf verfiel und gesund wurde. Erwachsenen gab er bis zu 6 mg. — Wahrscheinlich handelte es sich zum Teil um angeborene Brüche, auf der anderen Seite um solche mit weitem Bruchring; es ist schwer anzunehmen, daß das Atropin bei Brüchen mit engem Bruchring, bei denen der Darm fest umschnürt ist, Erfolg haben könnte.

3. Hartleib, der sich selbst durch ein Trauma eine seröse Synovitis (sollte es nicht vielleicht ein Hämarthros gewesen sein) zuzog, beschreibt eingehend die Art seiner Behandlungsmethode, die er vom einfachen heißen Umschlag über Schwammkompression, Heißluftbehandlung bis zur Massage ausprobiert hat, die aber immer wieder ein Rezidiv brachten, da er zu frühzeitig die Bettruhe aufgab und das Knie namentlich beim Treppensteigen überanstrengte. Wenn er glaubte, daß durch Massage nach Heißluftbehandlung Ekzeme durch Infektion durch die Hände des Wärters entstehen, weil die Poren infolge der Hitze geöffnet geöffnet seien, so ist dies doch auch etwas gesucht; bekanntlich entstehen ja solche auch bei empfindlicher Haut durch einfache thermische oder chemische Reize. Im übrigen kann man dem Verf. Glück wünschen, daß er trotz seiner Behandlung gesund geworden ist.

4. Barlach, der seit dreiundeinhalb Dezennien Erfahrungen gesammelt hat über die Behandlung des Milzbrandkarbunkels, teilte diese im folgenden mit. Leichte Fälle im Beginn werden mit antiseptischen Umschlägen — Sublimat oder essigsaurer Tonerde — zur Heilung gebracht, schwere dagegen mit Oedem und ausgedehnten Erysipel in der Umgebung bedürfen eines kleinen, nicht sehr schmerzhaften Eingriffes. Die Pustel wird mit einem scharfen Messer ohne Druck gespalten und ringsherum mit dem spitzen Thermokauter durch eine Rinne von

---

[1]) [2]) [3]) Münch. med. Wochenschr., 1908, 1906, 1903.

[4]) Med. Klinik, 1907 und 1908.

[5]) Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 38.

Public

der Umgebung isoliert. Unterstützt wird diese Behandlung durch Einspritzung weniger Tropfen Jodtinktur an der Grenze des Erysipels und der gesunden Haut, eventuell auch in die entzündete Haut selbst, B. hat seit 8 Jahren keinen einzigen Fall verloren. Wichtig ist außerdem absolute Bettruhe und Ueberwachung, da plötzliche Verschlimmerungen eintreten können, die bei Anwendung geeigneter Maßregeln unschwer zu beseitigen sind.

5. Die von Roztowzew zuerst angegebene, aber von M. erst ausgearbeitete und am Menschen bereits in 15 Fällen erprobte Methode verdient wegen ihres tatsächlichen Fortschrittes in der Technik nähere Beleuchtung. Sie beruht darauf, daß in den Darmklemmen, die man zum Abklemmen des Darmes bei Resektionen benützt, 2 Stäbchen sich befinden, die an ihren Enden durch Klammern zusammengehalten werden können und nach Abnahme der Klemmen den Darm völlig verschließen. Nach Wegnahme des zu resezierenden Darmstückes werden die beiden Stäbchen durch eine Zange zusammengebracht und nunmehr die beiden Darmenden über den Stäbchen durch eine seromuskuläre Naht vereinigt. Danach erfolgt Herausziehen der Stäbchen und Verschluß der beiden restierenden Lücken durch eine Schnürnaht, darüber kommt eine Serosanaht. Jetzt genügt ein leichter Druck mit dem Finger, indem man den Darm invaginiert, die bis jetzt noch verschlossenen Enden zu öffnen. So ist eine Infizierung des Operationsgebietes mit Darminhalt ausgeschlossen. Auch Schleimhautblutungen sind nicht zu befürchten, da der Darm völlig zu einem pergamentpapierdünnen Blatt zusammengequetscht worden ist. Die Methode verdient weitgehendste Beachtung und Nachprüfung.

Lungenkrankheiten.

Referent: Dr. **Ernst Meyer**, Charlottenburg, Assistent an der Kgl. Universitätspoliklinik für Lungenleidende zu Berlin.

1. **Abortive Pneumonien.** Von Käppeli sen. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 46, S. 2391.

2. **Ueber interne Anwendung von Tuberkulin und tuberkulinähnlichen Präparaten.** Von A. Moeller. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 45, S. 2324.

3. **Alkohol und Tuberkulose.** Von A. Weichselbaum. Oesterreich. Aerzte-Ztg., 1908, Nr. 21, S. 387.

4. **Ueber die symptomatische Behandlung der Lungentuberkulose.** Von H. Senator. Therapie der Gegenwart, November 1908, S. 481.

5. **Eine neue Behandlung von Bronchialasthma.** Von Otto Günzel. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 45, S. 2021.

1. Bei einer großen Anzahl von Pneumonien sah Käppeli eine günstige Beeinflussung durch Antifebrin. Er gab dies zweistündlich in Dosen von 0,25 g, bis es zu einem starken Schweißausbruch kam. Dann erhielt der Pat. zweistündlich 1 Eßlöffel einer 2—4 proz. Lösung von Natr. salic. bezw. Coff. natr. salic. — In fast allen Fällen trat eine erstaunlich schnelle Besserung ein.

2. Während man bisher mit Tuberkulin, welches per os gegeben war, keine Resultate erzielt hatte, versuchte Moeller dies mit großem Erfolg. Er gab das Tuberkulin zu diagnostischen Zwecken in den sog. Geloduratkapseln, welche sich bekanntlich nicht im Magen, sondern erst im Darme lösen. Er hatte hierbei genau die gleichen Reaktionen, als wie bei der subkutanen Injektion. Auch bei der Tuberkulintherapie verordnete er Tuberkulin bezw. Bazillenemulsion in Geloduratkapseln mit gutem Erfolg. Er gab hier

Tuberkelbazillen-Emulsion	0,0002 ccm
(= Tuberkelbazillen-Substanz . . .	0,001 mg)
Timothein	0,0001 ccm
Calc. formic.	0,01 g

in Kapseln gefüllt,

die er mit dem Namen Tuberoidkapseln belegte. Er läßt meistens zuerst jeden zweiten Tag eine Kapsel nehmen und nach etwa 3 Wochen täglich eine. Hierbei ist darauf zu sehen, daß durch geeignete Diät das gesunkene Körpergewicht gehoben wird. Besonders geeignet soll diese Behandlung bei Kindern mit geschlossener Drüsentuberkulose (Skrofulose) sein. Fiebernde Phthisiker wurden nach Darreichung des Mittels oft entfiebert. Besonders empfehlenswert soll es bei der Behandlung von tuberkulösen Schwangern sein, wo das Mittel oft die Einleitung des künstlichen Abortes unnötig macht.

3. Weichselbaum stellt den Alkohol als ein die Tuberkulose ungünstig beeinflussendes Mittel hin. Alkoholiker erliegen viel leichter der Tuberkulose als Abstinente. Auch an Tierversuchen ist der schädliche Einfluß des Alkohols auf die Tuberkulose nachgewiesen. Die Darreichung von Alkohol in den Lungenheilstätten ist unbedingt zu verwerfen. Zur erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose gehört unbedingt eine energische Stellung gegen den Alkoholgenuß und die jetzt bestehenden Trinksitten.

4. Bei dem Suchen nach einer spezifischen Behandlung der Tuberkulose hat man nach Senators Ansicht die symptomatische Behandlung mit Unrecht allzusehr in den Hintergrund gestellt. Zuerst bespricht Verf. die Behandlung des Bluthustens, wobei er Narkotika, wie Dionin, Codein, Heroin und Morphium, empfiehlt. Wohltuend wird von vielen Patienten die Anwendung von Kälte empfunden. Von den Adstringentien hält Senator bei Lungenblutungen nicht viel, ebenso von Secale cornutum, Hydrastis und den übrigen besonders bei Uterusblutungen gebräuchlichen Mitteln. Wenig mehr Nutzen verspricht sich Verf. von Adrenalin und Balsamicis, dagegen empfiehlt er sehr Gelatine, besonders subkutan oder auch eventuell per rectum gegeben. Auch vom Abbinden der Glieder sah er in verzweifelten Fällen noch Nutzen. Bei stürmischer Herztätigkeit wird noch gern Digalen angewandt. Fieber und Nachtschweiße werden zweckmäßig durch Waschungen und lauwarme Bäder bekämpft. Bei hartnäckigem Fieber bevorzugt Senator Guajakolpinselungen, sowie Maretin, Pyramidon etc., warnt aber vor Salizylsäure und ihren Salzen. — Zur Beseitigung der Nachtschweiße dienen Abreibungen mit Essigwasser und flüssiger Formalinseife, in schweren Fällen Atropin, Eumydrin, Agaricin, Dormiol und Bromural, das zugleich noch beruhigend wirkt. Bei der Behandlung der Diarrhöen steht in erster Linie die Diät, leichte Speisen wie Reis, Tapioca, Mondamin etc. etc., Heidelbeerwein, Eichelkakao, warme Leibumschläge, Emser Kesselbrunnen. Außerdem gibt Verf. noch innerlich Opium, Argentum nitricum, Bismuth, Cortex Cascarillae und Radix Colombo.

5. Die meisten Medikamente, welche bei der Asthmabehandlung angewandt werden, dienen zur Herabsetzung der Nervenreizbarkeit. In gleicher Weise soll der intermittierende Gleichstrom wirken, durch den man z. B. wie durch Kokain eine lokale Anästhesie hervorrufen und auch schmerzlindernd bei Neuralgien etc. wirken kann. Günzel wendet bei der Asthmabehandlung einen aus 18 Trockenelementen bestehenden Apparat an, in dem der Gleichstrom 14 000 mal in der Minute unterbrochen wird. Die positive Doppelelektrode wird auf die Kehlkopfgegend, die negative auf die Brust des Asthmatikers gesetzt. Schon nach einer Anwendung von 5—10 Minuten Dauer trat Beruhigung der Atmung ein; Heilung des Anfalls sah Günzel schon nach 2—4 Sitzungen in stündlichen Intervallen. Diese Methode wurde mit Erfolg überall da angewandt, wo es sich um reines Bronchialasthma ohne Komplikationen handelte. Auch bei Reizhusten, Heuschnupfen, Migräne, Angina pectoris sah Günzel von der Anwendung des Apparates günstige Erfolge. Der Apparat kostet 100 Mk. und wird hergestellt von Leopold Batschis in Naumburg a. d. Saale.

Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Beitrag zur Therapie des Magenkarzinoms durch Atoxyl.** Von Dr. Martell. Allgem. med. Zentralztg., 1908, Nr. 46.

2. **Beitrag zur internen Gallensteintherapie.** Von San.-Rat Dr. V. Bock. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 45.

3. **Ein Vorschlag behufs Ernährung bei der Oesophagusdilatation.** Von Dr. Einhorn. Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie, 1908, Heft 8.

1. Verf. teilt folgenden merkwürdigen Fall mit: Ein 57 jähriger Mann, der seit zwei Jahren an Magenbeschwerden leidet, nahm in den letzten 14 Tagen vor Beginn der Behandlung 8 Kilo ab und klagt über dauernde Magen- und Rückenschmerzen mit starkem Schwächegefühl, Uebelkeit und Brechreiz. Im Epigastrium ein hühnereigroßer Tumor. Verf. ordiniert mehrmals täglich die Einreibung eines Atoxylseifencrêmes (Atoxyl 0,5, Sapo, Ungt. 50,0), so, daß, im ganzen 150 g Crême mit 1,5 g

Atoxyl verbraucht werden. Nach der vierten Woche ist der Pat. schmerzfrei: der Allgemeinzustand läßt allerdings noch zu wünschen übrig. Während vor Beginn der Behandlung Obstipation bestand, beginnen am 5. Tage Entleerungen von stark fötidem Geruch, breiiger Konsistenz, mit Schleimbeimengungen. Letztere lassen allmählich nach und verschwinden; die Entleerungen werden allmählich fester. An Stelle des harten Tumors ist eine weiche nachgiebige Stelle vorhanden, welche sich palpatorisch in nichts von den umgebenden Muskeln unterscheidet. Patient ist, bezüglich der Möglichkeit eines Rezidivs, in Behandlung. Die blaugrüne Farbe der beschriebenen Entleerungen rührt nach Verf. von dem die Basis des Atoxyls-Moleküls bildenden Anilin her.

Hierzu sind folgende kritischen Bemerkungen nicht zu unterdrücken: 1. Ist nicht bewiesen, daß der „Tumor“ ein Magenkarzinom war. 2. Wäre zu beweisen, daß Atoxyl durch die Haut resorbiert wird und eventuell in welchen Mengen. 3. Irrt sich der Verf., wenn er annimmt, daß das Atoxyl ein Anilinderivat ist; das ist von Ehrlich längst widerlegt.

Die theoretischen Erklärungen bedauert Referent, als ihm unverständlich nicht wiedergeben zu können.

2. Verf. hat experimentell und praktisch ein ihm unter der Bezeichnung „Gallisol“ übergebenes Mittel — die quantitative Zusammensetzung wird vom Erfinder geheim gehalten; es ist in der Hansa-Apotheke zu Berlin verkauft — geprüft, das Gallensteine abtreiben soll. Es besteht aus Schwefelleber, Rizinusöl, Birkenteer, Spiritus vini und Pfefferminzöl.

Spiritus dient nur als Lösungsmittel, Pfefferminz als Geschmackskorrigens; die anderen drei Konsistuenten sind Pharmaka, welche imstande sind, alte Darmkatarrhe ,die oft durch Fortpflanzung auf die Gallenblase Ursache der Entstehung der Gallensteine sind, günstig zu beeinflussen. Von der schwarzbraunen Flüssigkeit werden täglich 3 mal 25—30, bei sehr kräftigen Menschen 35 Tropfen empfohlen; bei Obstipation soll man einen abführenden Tee vorhergeben. Nach Verbrauch von zwei Flaschen gebe man von einer dritten nur zweimal, von einer vierten nur einmal täglich. Nach wenigen Tagen treten in vielen Fällen Koliken ein, welche nicht mit Morphium, sondern nur mit Bettruhe und heißen Kataplasmen zu behandeln sind.

Verf. hat nun an einer Hündin — nur an einer, was keineswegs genügen dürfte. Ref. — mit einer Gallenblasenfistel Versuche angestellt, aus denen hervorgeht, daß das Gallisol ein Cholagogum ist, das aber nicht nur eine Vermehrung der Flüssigkeit, sondern auch der festen Bestandteile bewirkt, so daß keine Eindickung der Galle stattfindet. Von den das Mittel zusammensetzenden Substanzen wirken besonders cholagog die Schwefelleber und das Rizinusöl, weniger das Ol. Cadini. Schwefel und Teeröl wirken desinfizierend und die Zersetzung hemmend auf die Galle und den Darminhalt.

Was die klinische Seite anlangt, so gibt Verf. an, daß von den dreißig von ihm behandelten Patienten 26 ihre Anfälle verloren haben, so daß sie sich zurzeit für geheilt halten. Von den übrigen Patienten haben einige die Kur nach den ersten Koliken abgebrochen, andere sind operiert worden; einige sind nach Karlsbad gegangen; bei wieder anderen war die Ursache der Beschwerden Leberkolik auf anderer Basis.

3. Eine relativ selten vorkommende Erkrankung ist die Dilatation des Oesophagus. Sie charakterisiert sich durch Schmerzen und Völlegefühl hinter dem Sternum, Erbrechen größerer Massen, die Schleim enthalten und denen die Magensäuren und -Fermente fehlen; ebensolche Massen fördert auch die nicht bis zur Cardia geführte Sonde heraus, während sie, bis in den Magen vorgeschoben, durch die Magensekretion veränderte Massen zeitigt. Die Röntgenuntersuchung zeigt einen breiten, starken Schatten — nach Wismuthbrei-Eingabe — hinter dem Sternum.

In diesen Fällen leidet die Ernährung außerordentlich, weil die Oesophagusmuskulatur nicht kräftig genug ist, die Speisen durch die Cardia in den Magen in genügender Menge zu befördern. E. gibt hierfür folgende einfache Vorrichtung an: Ein weicher Schlauch von 30 mm Durchmesser und 54 cm Länge ist mit einer großen Zahl gröberer Oeffnungen vom untersten Ende bis auf 18 cm hin versehen; außerdem ist der Schlauch mit zwei Marken, bei 43 und 54 cm, gekennzeichnet und mit einem Mandrin bewaffnet. Der Drainageschlauch wird gleich nach der Einnahme der flüssigen oder halbflüssigen Nahrung vom Pat. selber mittels Mandrin in den Magen eingeführt und dann nach Entfernung des Mandrins zwischen 43 bis 54 cm für eine halbe bis eine Minute hin und her geschoben und dann wieder herausgezogen. Es fließt dann Oesophagusinhalt in die oberen Löcher, durch diese in den Schlauch und durch diesen aus den unteren Löchern in den Magen. (Es ist aber nicht recht einzusehen, warum nicht ein gewöhnlicher, in den Magen eingeführter Magenschlauch mit aufgesetztem Trichter dasselbe leistet. Ref.)

Kinderheilkunde.

Referent: Priv.-Doz. Dr. **J. Ibrahim.** München.

1. **Ueber Paradysenterie und gleichartige Erkrankungen des Kindesalters.** Von W. Knöpfelmacher. Med. Klinik, 1908, S. 1293.

2. **Ueber Komplikationen und Serumtherapie bei Meningitis cerebrospinalis epidemica.** Von St. Weiß-Eder. Ibidem, S. 1337.

3. **Bemerkungen zur Technik der intralumbalen Anwendung des Meningokokkenheilserums.** Von E. Levy. Ibidem, Nr. 40 und 41.

4. **Die Serumbehandlung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis.** Von Ch. H. Dunn. The Journal of the Amer. Med. Assoc., 1908, II, S. 15.

5. **Die Behandlung der Meningokokkenmeningitis mit dem Flexnerschen Serum.** Von Fr. Sp. Churchill. Ibid., S. 21.

6. **Eine Analyse von 400 Fällen von epidemischer Meningitis, die mit Serum behandelt wurden.** Von S. Flexner und J. W. Jobling. Ibidem, S. 269.

7. **Epidemisch auftretende Kinderlähmung.** Von M. Allen Starr. Ibidem, S. 112.

1. Knöpfelmacher bespricht eine wichtige Gruppe von Verdauungskrankheiten, die Säuglinge und ältere Kinder betreffen können, über deren infektiöse Aetiologie im Gegensatz zu vielen anderen Verdauungsstörungen kein Zweifel herrschen kann. Es handelt sich um Krankheitsbilder, die früher unter dem Namen der Enteritis follicularis bezeichnet wurden, die sich durch meist hochfebrilen akuten Beginn und durch die zahlreichen, oft unter Tenesmen entleerten schleimig-eitrigen, nicht selten blutigen Stühle kennzeichnen. Bei der Autopsie fand Verf. in zwei Fällen den Enddarm und die Flexura sigmoidea übersät mit flachen, großen, z. T. konfluierenden Geschwüren; vereinzelte follikuläre Geschwüre fanden sich auch im Colon ascendens und transversum.

Erschien es schon früher wahrscheinlich, daß spezifische Erreger hier im Spiele sind, da oft gruppenweise Erkrankungen und speziell Spitalsendemien vorkamen, so haben die bakteriologischen Forschungen der letzten Jahre mit Sicherheit dargetan, daß einzelne derartige Epidemien (Jehle) als echte Dysenterie aufzufassen sind, verursacht durch den Shiga-Kruseschen Dysenteriebazillus. — Knöpfelmachers Untersuchungen haben gezeigt, daß die Mehrzahl dieser rhurartigen Erkrankungen, welche ohne eigentlichen Dysenterieherd zur Beobachtung kommen, auf der Infektion mit einem anderen Krankheitskeim beruht, nämlich mit dem Bacillus dysenteriae Flexner, der sich vor allem dadurch von dem anderen Dysenteriestamm unterscheidet, daß er keine wahrnehmbaren Toxine bildet. Auch Varietäten des Flexnerbazillus wurden gefunden, so daß für diese Krankheitsgruppe der gewählte Name Paradysenterie sehr zweckmäßig erscheint. Hinsichtlich bakteriologischer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen. Die bakteriologische Diagnose des Einzelfalles hat insoferne Bedeutung, als in Fällen echter Shiga-Kruse scher Dysenterie ein bereits erprobtes antitoxisches Serum mit gutem Erfolg verwendet werden kann, welches gegen die Paradysenterie keine Wirkung entfaltet.

Das therapeutische Vorgehen gestaltet sich nach Knöpfelmachers Vorschlägen folgendermaßen: Jedes Kind, welches schleimig-eitrig-blutige Entleerungen hat, muß isoliert werden, da die Erkrankung durch die Entleerungen selbst und durch alles, was mit ihnen in Berührung kam, übertragen werden kann. Die Entleerungen werden desinfiziert (Chlorkalk, Lysol, Sublimat usw.), desgleichen alle Gebrauchsgegenstände, die Hände der Pflegerin, des Arztes etc. In allen Fällen echter Shiga-Krusedysenterie wird das Serum in großen Mengen angewandt (20 ccm ein- bis mehrmals im Tage); in allen sehr schweren Fällen, namentlich solchen, die mit toxischen Symptomen einhergehen, soll das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung nicht abgewartet werden, sondern von vornherein Dysenterieserum zur Anwendung kommen, obwohl wir wissen, daß es nur dann einen Effekt haben kann, wenn echte Dysenterie besteht.

Pub

Im übrigen richtet sich die Behandlung gegen die lokale Erkrankung des Colon. Zu Beginn wird ein Abführmittel gegeben (Ol. Ricini oder Calomel). Vom ersten oder zweiten Tage an wendet Verf. Eingüsse an, und zwar Stärkeklysmen oder Klysmen mit Acidum tannicum (1—2%) oder Argent. nitric. (1 : 5000 Aq.) oder Liq. Plumbi acetici [subacet] (10 : 1000 Aq.). Intern Tanninpräparate (Tannigen, Tannalbin, Tannopin u. a.) in 3—4 täglichen Dosen von 0,2—0,5, je nach dem Alter des Kindes. Die Herzkraft erfordert besondere Beachtung und veranlaßt ev. Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, die Anwendung von Digalen und von Kampher. — Wichtig ist ferner die Diät, In den ersten Tagen wird nur Tee gegeben; sind die ersten 2 bis 3 Krankheitstage vorüber, so wird auf kohlehydratreiche verdünnte Milch, am besten Liebigsche oder Kellersche Malzsuppe übergegangen.

Nach des Ref. Erfahrungen ist in solchen Fällen das Rizinusöl als Abführmittel dem Calomel durchaus vorzuziehen. Unter den Tanninpräparaten hat sich im bei längerer Fieberdauer spez. auch das Chininum tannicum bewährt.

2. bis 6. Die fünf Arbeiten berichten übereinstimmend gute Erfolge von der intraduralen Anwendung des Meningokokkenserums; speziell die amerikanischen Berichte über das Flexnersche Serum lauten sehr günstig. Dem Ref. sind gegenteilige Berichte in der Literatur bisher noch nicht bekannt geworden; es scheint hier in der Tat ein Heilmittel gefunden zu sein, das dem Diphtherieheilserum an die Seite zu stellen ist. Wie dieses entfaltet es seine günstigen Wirkungen besonders augenfällig dann, wenn es am ersten oder zweiten Krankheitstage zur Anwendung kommt, andererseits vermag es auch in schweren und in chronisch verlaufenen Fällen oft noch das Krankheitsbild zu wenden.

Es sei hier besonders auf den Aufsatz von Levi hingewiesen, der eine solche Fülle technischer Details und beachtenswerter Winke enthält, daß auf eine auch nur annähernde Wiedergabe an dieser Stelle verzichtet werden muß. In manchen Punkten stimmen seine Ratschläge mit kürzlich hier mitgeteilten Erfahrungen amerikanischer Autoren (Dunn) überein. Hervorgehoben sei, daß Verf. dringend empfiehlt, zur Injektion Spritzen von 20—40 ccm Inhalt zu benützen, da eine Injektion der in der Regel benötigten Mengen von 30—40 ccm mit kleineren Spritzen, die mehrmals nachgefüllt werden müssen, nicht leicht ist, und in den Pausen, bis die geleerte Spritze wieder gefüllt ist, ein großer Teil des Serums aus der Kanüle wieder abfließen kann. — Um ein nachträgliches Aussickern des Serums unmöglich zu machen, und auch, um zu erreichen, daß das im Vergleich zum Liquor cerebrospinalis spezifisch schwerere Serum zum Gehirn abfließt, wendet Verf. die Beckenhochlagerung an, die er für sehr wichtig hält. Eine zu brüske Umlagerung kann Kollapserscheinungen im Gefolge haben. Verf. läßt zunächst den Patienten einige Minuten in Horizontallage mit hohlem Rücken und manueller Kompression der Stichöffnung liegen, um ihn dann erst in erhöhte Beckenlage umzubetten. Die Lumbalpunktionen mit anschließender Seruminjektion sind so lange täglich zu wiederholen, bis eine endgültige Besserung eingetreten ist, die nur erschlossen werden kann aus dem übereinstimemnd befriedigenden Verhalten von Fieber, makroskopischem Verhalten des Liquors und Allgemeinbefinden (subjektive Beschwerdefreiheit, Verlangen nach fester Nahrung). Bemerkenswert ist schließlich die Forderung des Verfassers, daß die Behandlung der Genickstarrekranken in geeignet gelegenen Krankenhäusern zentralisiert werden solle. Hierfür spricht außer den technischen Schwierigkeiten der intraduralen Serumbehandlung auch die Schwierigkeit, geeignetes Serum in genügender Menge überall bereit zu halten, da der Gehalt des Serums an wirksamen Immunkörpern außerordentlich schnell abnimmt, so daß es nach 3 Monaten schon nicht mehr verwendet werden soll. Da ferner die Aussichten der Serumbehandlung um so besser sind, je früher sie eingeleitet wird, die Erkrankung aber bei der Genickstarre außerordentlich schnell verläuft, empfiehlt Verf. die Genickstarrekranken wie Verunglückte mit Umgehung aller zeitraubenden Formalitäten sofort in die hierfür bestimmten Krankenhäuser zu überführen.

7. Allen Starr berichtet über die bemerkenswertesten Ergebnisse der Beobachtung einer großen Epidemie von spinaler Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta), welche New York im Sommer und Herbst 1907 heimsuchte und mehr als 2000 Einzelfälle aufwies. Die vielen interessanten klinischen Einzelheiten mögen im Original eingesehen werden. Das Initialstadium wird in der Regel bei sporadisch auftretenden Fällen selten richtig gedeutet werden können, dagegen wohl in Epidemien, die ja in den letzten Jahren z. B. die nordischen Länder mehrmals heimsuchten, während Deutschland von einem epidemischen Auftreten des Leidens, soweit man dies aus der Litteratur schließen kann, verschont blieb. Nur aus dem Jahre 1898 liegt eine diesbezügliche Mitteilung von Zappert von, die Wien betrifft, und aus dem gleichen Jahre eine solche von Auerbach, die eine kleine Epidemie in Frankfurt a. M. schildert.

Hinsichtlich der Behandlung gibt Starr folgende Ratschläge: Im Initialstadium auf den Rücken trockene Schröpfköpfe von kurzer Dauer, aber zwei- bis dreimal täglich, um die Kongestion zu bekämpfen. Eisschlauch auf die Wirbelsäule kann die gleiche Wirkung entfalten und Schwammbäder mit kühlem Wasser oder Wasser mit Alkohol können das Fieber einigermaßen niederhalten. In der Regel leiden die Kinder in diesem Stadium erhebliche Schmerzen und bedürfen eines beruhigenden Mittels (Acetanilid, Antipyrin oder Phenacetin in geeigneter Dosis), auch Pulvis Doweri kann Verwendung finden. Die Kinder müssen möglichst ruhig gehalten werden. Ein wirksames Laxans soll gegeben werden, und die Ernährung soll in den ersten zwei oder drei Tagen nur aus Milch bestehen. Nach Untersuchungen von Cushing, die Starr bestätigen konnte, geht bei Verabreichung von Urotropin Formaldehyd in die Cerebrospinalflüssigkeit über. Starr rät in Hinblick darauf, im akuten Stadium der Poliomyelitis vom Urotropin in angemessener Dosis Gebrauch zu machen, so lange Fieber besteht. Auch Salizylpräparate können mit Nutzen gegeben werden.

Nach Ablauf des Initialstadiums, wenn die Schmerzen geschwunden sind, soll zwei Wochen lang von jeder Medikation Abstand genommen und dann zum Strychningebrauch übergegangen werden, womit man bis zu den höchsten Dosen gehen soll, die sich ohne Schaden verabreichen lassen, natürlich in langsamer Steigerung der täglichen Menge. Daneben findet Massagebehandlung und Elektrotherapie statt, und ein- oder zweimal täglich ein warmes Bad von halbstündiger Dauer. Wichtig ist ganz besonders, der Entstehung von sekundären Deformitäten vorzubeugen, die infolge falscher Lagerung, Bettdeckenbelastung etc. leicht entstehen. Später tritt die orthopädische Behandlung in ihr Recht.

Für ganz wertlos erklärt Starr die elektrische Behandlung des Rückenmarks selbst. Nur die lokale Anwendung der Elektrizität auf die einzelnen Muskeln kann Nutzen bringen.

Von Interesse ist die, zuerst von Wickmann mitgeteilte und von A. Starr bestätigte Tatsache, daß im Verlauf derartiger Poliomyelitisepidemien völlige Heilungen öfter zur Beobachtung kommen.

Säuglingsfürsorge.

Referent: Dr. **Gustav Tugendreich,** leitender Arzt der städt.
Säuglingsfürsorgestelle V in Berlin.

1. **Unterricht in der Säuglingspflege für Mütter und ältere Mädchen.** Von Herrman. Arch. of. Pediatrics, August 1908.

2. **Moderne Säuglingspflege und -Fürsorge.** Von Klose. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 23/24.

1. Die Lösung des Problems, die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken, liegt nach der Ansicht des Verf. in der Erziehung des Publikums, in der Belehrung der Mütter. Auf Grund dieser Ueberzeugung wurden in New York vom ärztlichen Departement Unterrichtskurse in der Säuglingspflege eingerichtet; diese fanden auf den Ferienspielplätzen statt, die die meisten öffentlichen Schulen im Sommer einrichten.

Beachtenswert ist die Bemerkung des Verfassers, daß die Kurse bei den jungen Mädchen entschieden erfolgreicher waren, als bei den Müttern, die zu sehr auf ihre eigene Klugheit pochen. Der Verf. empfiehlt, diese Kurse regelmäßig während der regulären Schulzeit abzuhalten, damit alle Mädchen davon profitieren.

2. Klose kommt nach einem Ueberblick über die bestehenden einschlägigen Verhältnisse in Deutschland und im Auslande zu der Forderung, daß staatliche Institute errichtet werden, in welchen den Müttern schon vor ihrer Niederkunft aller Rat, dessen sie bedürfen, erteilt wird. Und zwar soll sich dieser Rat nicht nur auf ärztliche Fragen beschränken, sondern auch rein menschliche beantworten und zu lösen suchen.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

2. **Eubornyl bei Erkrankungen des Nervensystems.** Von Dr. Zingher. Wien, Klin. Rundsch., 1908, Nr. 39.

3. **Ueber das neue Migränemittel Meligrin.** Apothekerztg., 1908, Nr. 84, 88.

4. **Eine Kontroverse über Plejapyrin.** Pharmaz. und Apotheker-Zeitg., 1908, Nr. 91. Pharm. Zeitg., 1908, Nr. 92.

2. Eubornyl ist nach dem Bericht von Dr. Zingher eine Kuppelung des Bornyvals mit Brom, ein bromierter Isovaleriansäure-Borneolester, der zu 33⅓ % in Spiritus gelöst ist. Eubornyl stellt eine wasserklare Flüssigkeit von stark aromatischem Geruch und Geschmack dar, die in Wasser unlöslich ist und sich an der Luft bräunlich färbt. Aus der Zusammensetzung geht schon die Wirkungsweise des Mittels hervor. Zingher wandte das Mittel bei Hysterie und Neurasthenie mit gutem Erfolge an. Eubornyl wird in Tropfen (dreimal täglich 20 Tropfen) oder in Pillen (täglich 3 Stück) von der Firma Lüdy & Co. in Burgdorf (Schweiz) in den Handel gebracht.

3. Nach der „Apotheker-Zeitung“ (1908, Nr. 84 und 88) wird das Migränemittel Meligrin, welches die Firma Hoeckert & Michalowsky in Berlin in den Handel bringt, angeblich durch Verdichtung von Dimethyloxychinin mit Methylphenylacetamid hergestellt. Es bildet ein weißes Pulver von bitterem, etwas brennendem Geschmack, das sich sehr leicht in Wasser löst. Das Meligrin soll einen Ersatz des Migränin, das nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden darf, darstellen. In der „Apotheker-Zeitung“ äußert sich nun Reinhold Albert dahin, daß zunächst die chemische Bezeichnung des einen Bestandteiles, Metylphenylacetamid, durchaus nicht korrekt ist, was er begründet. Außerdem läge im Meligrin gar keine Amidverbindung vor, da beim Erhitzen mit Natronlauge keine Spur von Ammoniak entsteht. Dagegen bleiben nach dem Ausschütteln mit Aether kleine Kristalle zurück, die sich als Phenyldimethylpyrazolon erwiesen. Aus diesem Grunde dürfe Meligrin nicht im Handverkauf abgegeben werden.

4. In ähnlicher Weise wird auch das neue Migränemittel Plejapyrin angegriffen, das von Dr. Voswinkel (Berlin) in den Handel gebracht wurde und laut Prospekt durch Kondensation gleicher Moleküle Benzamid und Phenyldimethylpyrazolon gewonnen sein soll. Wie in Nr. 88 der „Süddeutsch. Apotheker-Zeitung“ ausgeführt wird, ist das Plejapyrin — ebenso wie das Meligrin — keine einheitliche chemische Verbindung, da es freies Dimethylphenylpyrazolon enthalte, und dürfe aus letzterem Grunde im Handverkauf nicht abgegeben werden. Gegen diese Behauptung wendet sich Dr. Voswinkel in einem längeren Artikel („Pharmaz. Zeitg.“, 1908, Nr. 92), in welchem er nachzuweisen sucht, daß im Plejapyrin tatsächlich ein neuer Körper vorliege. Seine Beweisgründe hier anzuführen, würde den Rahmen eines Referates überschreiten. Nur soviel sei erwähnt, daß eine Verbindung mit sehr labilen Eigenschaften vorliege, die durch Kochen mit Wasser oder Spiritus in ihre Komponenten zerlegt werden könne. Dies sei um so leichter der Fall, wenn man chemische Agentien, wie Pikrinsäure, einwirken lasse, wie es der Verfasser jenes abfälligen Artikels getan habe. Dann werde die Verbindung genau so gespalten, als wenn man Soda mit Salzsäure übergieße. — Ob durch diese Argumentationen die geäußerten Bedenken gegen den Handverkauf des Plejapyrin beseitigt werden, bleibe dahingestellt. Jedenfalls hat die „Pharmaz. Zeitg.“ recht, wenn sie sagt: „Die Veröffentlichung beweist in interessanter Weise, daß man auch ohne amtliche Untersuchungsanstalt über den Charakter jedes auf den Markt kommenden chemischen Präparates sehr prompt und sicher unterrichtet wird. Dafür sorgt schon die liebe Konkurrenz.“

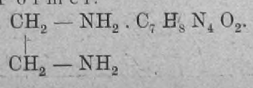
Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Euphyllin.

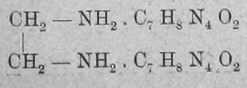
Formel:

I.



$$\begin{array}{l} CH_2 - NH_2 . C_7 H_8 N_4 O_2. \\ | \\ CH_2 - NH_2 \end{array}$$

II.



$$\begin{array}{l} CH_2 - NH_2 . C_7 H_8 N_4 O_2 \\ | \\ CH_2 - NH_2 . C_7 H_8 N_4 O_2 \end{array}$$

Eigenschaften: Das Euphyllin ist eine kristallinische, weiße Verbindung von alkalischer Reaktion und aufzufassen als ein Salz des amphoteren Theophyllins mit Aethylendiamin. Es besteht aus gleichen Teilen des primären und sekundären Salzes (s. obige Formel). Der Theophyllingehalt beträgt 78%. Das Euphyllin ist in kaltem Wasser leicht und völlig löslich. Wie auch die anderen Doppelsalze des Theophyllins wird das Euphyllin durch Kohlensäure in seine Komponenten zerlegt.

Indikationen: Das Euphyllin ist ein Diureticum und wird bei Oedemen gegeben, die auf primäre Schwächezustände des Herzens zurückzuführen sind, oder wo inkompensierte Klappenfehler oder Insuffizienz des myokarditischen Herzens vorliegt. Sind die Stauungserscheinungen die Folge einer Erkrankung der Nieren, so wirkt das Euphyllin gut, wenn die Erkrankung des Nierenparenchyms nicht zu weit vorgeschritten ist. Es wirkt also ähnlich wie das Theophyllin und seine bekannten Doppelsalze. Eine Schädigung der Nieren durch Euphyllin wurde nie beobachtet. Bei Herzschwäche ist eine gleichzeitige Anwendung eines Cardiacums angebracht. Noch günstigere Erfolge sieht man, wenn z. B. Digitalispräparate etwa 2 Tage vor dem Euphyllin gegeben werden. Dann trifft die Digitaliswirkung mit der des Euphyllin zusammen und der Effekt ist ein gesteigerter. Die Wirkung des Euphyllin setzt rasch ein; man gibt es etwa 4 Tage, in denen zuweilen ganz erhebliche Urinmengen abgehen. Ein Nachteil des Mittels ist der, daß es nicht nachhaltig wirkt, und daß man es etwa nur 4 Tage mit Erfolg anwenden kann. Es wirkt aber auch bei wiederholten Applikationen; dann ist es jedoch notwendig, zwischendurch eine kurze Pause eintreten zu lassen.

Dosierung und Darreichung: Infolge der großen Löslichkeit des Euphyllins wirkt es bei innerlicher Darreichung prompt. Aber es kann auch rektal und intramuskulär verabfolgt werden — ein Vorzug vor den anderen Diureticis, da diese bei Stauungen im Bereiche des Magendarmtraktus schlecht vertragen werden, wenn man sie per os gibt. 2 ccm einer 24 proz. Lösung sollen genügen, um eine sehr reichliche Diurese zu erzielen. Dr. Dessauer, Assistenzarzt an der I. inneren Abteilung des Krankenhauses Urban, hat mit Euphyllin Versuche angestellt und hält die rektale Anwendung für eine Applikationsart, die große Vorteile bietet, da die Wirkung stets prompt und sicher, dabei von Nebenerscheinungen frei war. Die intramuskuläre Anwendung eignet sich hervorragend für Urämiker oder Leute in benommenem Zustande, bei denen innerliche oder rektale Einverleibung des Mittels unmöglich ist. Entzündungen der Haut, Abszesse oder besondere Schmerzhaftigkeit nach den Injektionen wurden nie beobachtet. Euphyllin ist bisher das einzige Mittel, das intramuskulär verabreicht werden kann.

Für die Einverleibung per os gibt man mehrmals täglich 0,1—0,2. Muskuläre Injektionen werden 3—4 mal täglich vorgenommen. Zu Klysmen nimmt man 0,25 g.

Rezeptformeln:

Rp. Solut. Euphyllin . . 1,0/160,0
Tct. Cort. Aurant.
Sir. spl. . . . . āa 20,0
D. S. 2 stündl. 1 Eßl.

Zur intramuskulären Injektion bringt die Fabrik sterile, gebrauchsfertige Ampullen à 2 ccm — 1 ccm enthält 0,24 Euphyllin — in den Handel. Preis einer Schachtel von 6 Stück = 3,50 M. Oder man verordnet:

Rp. Sol. Euphyllin . . 2,4/10,0
D. S. 3 Injekt.

Als Klysma ordiniert man:

Rp. Euphyllin 1,0
solv. in aq. q. s.
Decoct. Salep. . ad. 120,0
D. S. Zu 4 Klysmen.

oder:

Rp. Euphyllin solut. . . 1,0/100,0
D. S. Die Hälfte in einer Klystierspritze voll Haferschleim.

Es werden auch Suppositorien à 0,36 g Euphyllin in Originalpackung (10 Stück zu 3,50 M.) abgegeben.

Literatur: Dr. P. Dessauer. Therapeutische Monatshefte, 1908, Heft 8.

Firma: Chemische Werke vorm. Dr. Heinrich Byk, Berlin-Charlottenburg.

Public

Technische Neuerscheinungen.

Scheidenspültrichter

nach Dr. **Behm**, Berlin.

Dieser Scheidenspültrichter soll nicht nur zum Schutz bei Heißwasserspülungen oder bei die äußeren Genitalien reizenden Spülungen dienen, sondern für jede Art Scheidenspülungen, wobei er durch Aufstauung der Spülflüssigkeit in der Scheide bewirkt, daß diese sich völlig entfaltet und die Flüssigkeit in alle Falten der Schleimhaut eindringt. Weiter kann der Spüldruck als mechanisch wirkender Heilfaktor für eine Reihe von Erkrankungen in der Umgebung des Uterus herangezogen werden, durch Heben und Senken des Irrigators und Verengen des Abflußschlauches läßt sich der Druck der aufgestauten Wassersäule in weitem Umfange variieren. Der leicht zerlegbare Scheidenspültrichter besteht aus 2 Teilen, einem Hartgummi-Schutztrichter und einem doppelläufigen Glasspülrohr mit größerem Zufluß und geringerem Abflußrohr. Er vereinigt die Vorzüge der Heiß-Spülbirnen mit denen der Heißwasser-Spülspiegel, ohne die Nachteile beider zu besitzen. Besondere Vorzüge sind die folgenden: Am Schluß der Spülung ist der Abfluß der aufgestauten Flüssigkeit leicht vollständig zu bewerkstelligen durch Herausziehen des Spülrohres, während der Schutztrichter noch in seiner Lage festgehalten wird. Wegen der konischen Verjüngung genügt eine Größe für alle Fälle, es wird keine größere Schleimhautfläche, wie bei weit eingeführten Spiegeln, der Einwirkung der Spülflüssigkeit entzogen. Der Trichter ist billig und wenig zerbrechlich, die einzelnen Teile lassen sich leicht ergänzen. Er kann zweckmäßig zu jeder Art von Klystieren verwandt werden; um die Klystierflüssigkeit zurückzuhalten, drückt man den Trichter fest gegen den Sphinkter ani, damit kann man auch bei schlaffem Schließmuskel größere Mengen Flüssigkeiten vom Darm aus zur Aufnahme bringen. Eine vollständige Desinfektion des ganzen Apparates mit heißem Sodawasser ist leicht zu bewerkstelligen. (Fabrikant M. Pech, Berlin.) M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Taschenbuch der Mikroskopischen Technik. Von Böhm u. Oppel. 6. Auflage, München u. Berlin, 1908. Verlag von R. Oldenbourg.

Die knappe und durchweg klare Darstellung, die Vollständigdes Inhalts, die besondere Erläuterung gerade der schwierigeren Gebiete, die Uebersichtlichkeit und kompendiöse Form erklären den Erfolg, welches dem Werk zuteil geworden ist. Die vorliegende jüngste Auflage liefert außerdem ein möglichst umfassende Berücksichtigung zu neueren Methoden und kann als zuverlässiger Ratgeber allen denjenigen, welche sich mit mikroskopischen und embryologischen Untersuchungen (Mensch, Wirbeltiere) beschäftigen, empfehlen werden.

R. Oestreich (Berlin).

Medizinalkalender und Rezept-Taschenbuch 1909. Herausgegeben von der Redaktion der „Allgem. med. Central-Ztg.“ Dr. H. Lohnstein und Dr. Th. Lohnstein. 16. Jahrg. Preis 2 M. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30.

Der 16. Jahrgang des bekannten Medizinal-Kalenders ist nach Plan, Inhalt, Anordnung und äußerer Ausstattung unverändert geblieben. Die im Laufe der Zeit notwendigen Ergänzungen, Verbesserungen und Ausmerzungen von Veraltetem sind in den einzelnen Abschnitten, besonders im pharmakologischen Teile, vorgenommen worden. Neu ist der Abschnitt über zu vermeidende Arzneimischungen. Sehr zu begrüßen ist die Neuerung, daß die Preise für die Arzneistoffe für das Jahr 1909, die naturgemäß bei Fertigstellung des Kalenders, die ja einige Monate vor dem Jahresschluß erfolgen soll, noch nicht aufgenommen werden konnten, sofort nach Erscheinen der Arzneitaxe für 1909 zusammengestellt und den Abnehmern des Kalenders kostenlos zugesandt werden sollen. Damit kommt die Redaktion vielfachen Wünschen nach. Im übrigen kann ich den Kalender, den ich seit Jahren gebrauche und als überaus zweckmäßig befunden habe, alle Kollegen sehr empfehlen.

W. Krüger, Magdeburg.

Aerzte und Patienten mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Von einem praktischen Arzte. Verlag von Benno Konegen, Leipzig. Preis geh. 5 M., geb. 6 M.

Das 238 Seiten starke Buch ist eine überaus gelungene Satire auf das Leben und Wirken des Arztes. Vielleicht ist „Satire“ zuviel gesagt. Denn es ist nicht eine Spottrede, ein Spottgedicht auf die Schwächen unseres Standes. Vielmehr werden in nüchterner Prosa, aber mit feinem Witze alle Seiten des ärztlichen Berufes beleuchtet, unsere Schwächen uns rücksichtslos vorgehalten, ohne daß die guten Seiten vernachlässigt werden — also ein Spiegelbild des Arztes, ein Buch, in welchem jeder Arzt, wenn er ehrlich ist, an irgendeiner Stelle sein eigenes Ich in so glänzenden Farben gemalt findet, als ob das Gelesene nur für ihn geschrieben wäre. Vielleicht wird der eine schmunzeln, der andere entrüstet sein, je nachdem er sich unter den Guten oder Bösen entdeckt. Das ist aber nicht die Absicht des Verfassers, die vielmehr dahingeht, für die praktischen Aerzte einzutreten, für ihre treue Pflichterfüllung unter oft schwierigen Verhältnissen, für ihre stille Tätigkeit, die oft genug weder von den Patienten, noch von staatlichen Organen, noch von höhergestellten Kollegen anerkannt wird. Da kann jeder Arzt und jeder Patient lernen; denn auch für diese ist das Buch geschrieben . Auch ihre Schwächen sind gegeißelt, und die Absicht des Verfasers geht dahin, sie möchten zu der Erkenntnis kommen, was sie an den praktischen Aerzten, ihren nächsten Helfern in Krankheit und Not besitzen, damit sie lernen, ihr Verhalten ihnen gegenüber einzurichten — nicht in klingender Münze, sondern in wirklicher Anerkennung des vom Arzte Geleisteten. Nur so wird das Verhältnis von Patient zu Arzt ein anderes, wieder ein besseres. Und der Kritiker muß anerkennen, daß das Werkchen von einem Manne geschrieben wurde, der aus der Fülle reicher Erfahrungen schöpfte und unbekümmert, ob er Freude oder Mißgunst erregte, seiner Feder freien Lauf ließ und sich und seine lieben Kollegen gleichsam „mit Röntgenstrahlen durchleuchtete“. Das Buch kann jedem Kollegen empfohlen werden.

Dr. Krüger, Magdeburg.

Allgemeines.

Zum Kampfe zwischen der deutschen Aerzteschaft und dem Verbande Deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften faßte die am 8. November zusammengetretene Vertrauensmänner-Versammlung des Leipziger Verbandes der Aerzte Deutschlands einstimmig folgenden Beschluß:

> „Die am 8. November in Leipzig versammelten Vertrauensmänner stimmen dem bisherigen Vorgehen ihres Verbandsvorstandes in dem Konflikte mit dem Verbande Deutscher Lebensversicherungsgesellschaften zu und erklären ausdrücklich, daß sie ihren Vorstand auch weiterhin nach besten Kräften unterstützen werden, solange der Kampf währt.
>
> Da sie aber in voller Uebereinstimmung mit ihrem Vorstande einen befriedigenden, friedlichen Ausgleich des Kampfes für wünschenswert halten, so sind sie auch jetzt noch zu entsprechenden Verhandlungen bereit.“

Aus der Praxis für die Praxis berichten unabhängig von einander sechs Aerzte über die mit Fucol, einem aus Meeralgen hergestellten Nährfett, erzielten überaus günstigen Erfolge. Fucol ist nicht allein leichter zu nehmen, sondern wirkt auch schneller und energischer als Lebertran. Orig.-Flaschen à 1/2 Liter kosten Mk. 2,—. Obenerwähnte Abhandlungen kostenfrei durch Karl Fr. Töllner, Bremen.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau,** Berlin, Prof Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann,** Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof. Dr. **E. Enderlen,** Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald,** Berlin, Prof. Dr. **A. Fränkel,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax,** Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer,** Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek,** Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **Kausch,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks,** Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz,** Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Pfannenstiel,** Kiel, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter,** Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz,** Königsberg i. Pr., Hofrat Prof. Dr. **M. Schottelius,** Freiburg i. B., Prof. Dr. **E. Schultze,** Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer,** Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 13. Dezember 1908. **Nr. 50.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet jährlich 8 M., für das Ausland 10 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:

Eschweiler, Bonn: Therapeutische Sünden in der Oto-Rhinologie . . . 741
K. Lengfellner, Berlin: Beitrag zur Lösung der Schuhleistenfrage . . . 743
A. Stephan, Wiesbaden: Ueber Jodvasogen . . . 746

Referate:

O. Fellner, Wien: Gonorrhoe des Weibes . . . 747
E. Küster, Freiburg i. B.: Bakteriologie . . . 747
M. Halle, Charlottenburg: Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 748
M. Peltzer, Steglitz: Soziale Medizin . . . 749
E. Margulies, Kolberg: Bericht über den 4. internationalen Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia . . . 750
W. Esch, Bendorf a. Rh., und F. von den Velden, Frankfurt a. M.: Varia . . . 751

Mitteilungen über Arzneimittel:

W. Krüger, Magdeburg: Referate . . . 752
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 752

Technische Neuerscheinungen:

Ach, München: Automatischer Bauchdeckenhalter . . . 753

Bücherbesprechungen:

Bresgen: Die Erkrankung der Atemwege und ihre Heilung durch die Kurmittel Wiesbadens auch während der Wintermonate (Ref.: Max Halle, Charlottenburg) . . . 753
Bing: Ohrenheilkunde, zwölf Vorlesungen für Studierende und Aerzte (Ref.: M. Halle, Charlottenburg) . . . 753
v. Liebermann: An die akademischen Bürger und Abiturienten höherer Lehranstalten. Zur Aufklärung in sexuellen Fragen (Ref.: v. Rutkowski, Berlin) . . . 754
Allgemeines . . . 754

ORIGINALIEN.

Therapeutische Sünden in der Oto-Rhinologie.

Von Prof. Dr. **R. Eschweiler** in Bonn.

In den ärztlichen Fortbildungskursen, in den Lehrbüchern und in den in Mode gekommenen Fortbildungsartikeln der medizinischen Wochenschriften wird Bedeutendes geleistet, um dem praktischen Arzt das für ihn Wichtige aus den Spezialfächern in knapper und doch zur Orientierung genügender Form zu bringen. Aber diese Vorschriften bewegen sich in ausschließlich positiver Richtung: sie geben an, was geschehen soll, und betonen nicht, was nicht geschehen soll. Es dürfte daher zweckmäßig sein, einige Punkte zu berühren, in denen erfahrungsgemäß sehr häufig fehlerhafte therapeutische Anordnungen getroffen werden.

1. Nasenbluten.

Vielfach wird hier vom Arzte verordnet oder wenigstens geduldet, daß während der Blutung kalte oder adstringierende Flüssigkeiten durch die Nase geschnauft werden, z. B. Eiswasser und Essigwasser. Vor diesen in Laienkreisen sehr beliebten Hausmitteln ist dringend zu warnen. Man erreicht dadurch nur eine Loslösung von Gerinnseln und Thromben, die die Blutstillung einleiten, und unterhält geradezu die Blutung. Mancher, der sich so geholfen hat, wird einwenden, daß er auf diese Weise doch zum Ziel gekommen sei; es ist aber zu entgegnen, daß ohne Aufschnauben des Wassers die Blutung noch rascher gestanden haben würde.

Da die blutende Stelle meist vorn am Septum liegt — an dem sogenannten Locus Kieselbachii —, so genügt zur momentanen Blutstillung fast immer die digitale Kompression der Weichteile der Nase. Man muß kräftig zufassen, alle Weichteile bis zum Rand der knöchernen Nase zwischen Daumen und Zeigefinger fassen und mindestens fünf Minuten komprimieren. Wenn man so die Blutung vorläufig gestillt hat, so kann zur definitiven Blutstillung die blutende Stelle mit dem rotglühenden Galvanokauter kauterisiert werden — eine Manipulation, welche natürlich Fertigkeit im Rhinoskopieren voraussetzt. Vielfach wird man tamponieren müssen, damit man den Patienten ohne Sorge allein lassen kann, oder wenn die Kompression nicht zur Blutstillung hinreicht. Der Tampon darf dann nicht zu früh entfernt werden. Ich habe öfters beobachtet, daß durch täglichen Tamponwechsel die Blutung unterhalten wurde und die Patienten sehr herunterkamen. Wenn der Tampon gut sitzt, so zeigt sich das daran, daß er schon nach 24 Stunden anfängt, blaßrot zu werden. Nach zwei Tagen ist er, wenn keine neue Blutung erfolgt ist, weiß, und nun erst darf man an die Entfernung denken. Man zieht ihn dann mit leichter Hand heraus, soweit er sich ohne Gewalt und ohne Blutung lösen läßt. Nirgendwo darf der herausgezogene Tamponstreifen von frischem Blut gerötet sein. Wenn noch nicht alles aus der Nase herausgezogen werden kann, so wird der Streifen dicht am Nasenloch abgeschnitten und am

Pub

nächsten Tage wieder ein Versuch zur Entfernung gemacht, und so dauert es oft vier oder mehr Tage, bis der ganze Tampon heraus ist.

Zu verwerfen ist ferner der Gebrauch von Eisenchloridwatte. Zwar ist die Blutstillung etwas energischer, als bei Verwendung von Gaze, aber man verschorft sich die Nasenschleimhaut so sehr, daß die Heilung nachher oft wochenlang dauert und das Herausfinden der Blutungsquelle zwecks endgültiger Stillung durch den Galvanokauter für lange Zeit unmöglich wird.

2. Die Webersche Nasendouche.

Das harte Urteil vieler Autoren: „Weg mit der Weberschen Douche!" beruht zum größten Teil darauf, daß oft Mißbrauch mit diesem schätzenswerten Mittel getrieben wird. Teils ist es indikationsloser Gebrauch, teils fehlerhafte Technik. Zur Reinigung der Nase von eitrigem und schleimigem Sekret, sowie von Borken gibt es kein wirksameres Mittel als die Spülung mit dem Irrigator und der Nasenolive. Voraussetzung für die Verordnung ist natürlich eine vorherige Untersuchung der Nase, um festzustellen, ob beide Nasenseiten durchgängig sind; bei Kindern außerdem eine Exploration des Nasenrachenraumes, weil das Vorhandensein adenoider Vegetationen eine Kontraindikation für die Nasendouche abgibt. Die ersten Sitzungen müssen unter ärztlicher Leitung gemacht werden, damit der Patient die Kautelen beobachten lernt, welche zur Vermeidung von Schaden notwendig sind. Das ist in erster Linie die Beschränkung des Wasserdruckes. Nie darf der Wasserspiegel im Irrigator mehr als 30 cm über Nasenhöhe stehen. Läuft bei dieser Druckhöhe das Wasser nicht bequem durch die Nase, so darf unter keinen Umständen durch Heben des Irrigators der Druck gesteigert werden. Während des Durchlaufens des Wassers durch die Nase darf der Patient nicht sprechen und nicht schlucken, und nach Beendigung der Douche darf er während einer Stunde noch nicht mit Heftigkeit die Nase schneuzen. Wird gegen einen dieser Punkte gefehlt, so ist allerdings das Mittelohr in Gefahr durch Eindringen von Wasser und Nasenschleim infiziert zu werden.

3. Wärme oder Kälte bei Otitis media acuta?

Die Anwendung der Wärme, speziell des feuchtbleibenden Verbandes bei der akuten Mittelohrentzündung kann nicht ohne weiteres als fehlerhaft bezeichnet werden. Dennoch wird in der hausärztlichen Behandlung ohrkranker Kinder unserer Erfahrung nach zu viel Gebrauch von ihr gemacht. In den meisten Fällen steigert die Applikation von Wärme die Heftigkeit der Entzündung, d. h. führt zu einer Vermehrung der Schmerzen, während die Eisblase sehr wohltuend wirkt und vor allem ein Kupieren des Krankheitsprozesses ermöglicht. In erster Linie soll daher der Hausarzt bei Mittelohrentzündung nicht Wärme, sondern Kälte anwenden. Am besten die Eisblase, in Ermangelung einer solchen Umschläge mit stets erneuerten kalten Kompressen. Wenn die Schmerzen geschwunden sind, wird zunächst gar nichts gemacht, sondern der Kranke nur vor schädigenden äußeren Einflüssen geschützt. Das oft noch sehr unangenehme Gefühl von Völle und Druck im Ohr darf nicht zu einem vorzeitigen Gebrauch der Luftdouche verleiten. Erst wenn der kurze Hammerfortsatz aus dem entzündeten Trommelfell wieder auftaucht, kann sparsamer Gebrauch vom Politzerschen Ballon gemacht werden. Einzelne Patienten vertragen die Lufteinblasung überhaupt nicht, sondern reagieren sofort wieder mit Schmerzen auf dieselbe. Man muß also streng individualisieren und nur dann Lufteintreibungen machen, wenn dadurch die Hörschärfe sich hebt und das subjektive Befinden sich bessert.

4. Die Politzersche Luftdouche.

Die Luftdouche nach Politzer ist bei ihrer Zweckmäßigkeit und leichten Handhabung so recht geeignet, auch von Nicht-Spezialisten gebraucht zu werden; aber manchmal wird sie gar zu sehr als Universalmittel gebraucht. Vor allem ist es fehlerhaft, ohne otoskopische Diagnose Lufteinblasungen ins Mittelohr vorzunehmen. Auch wenn nach der Beschreibung des Patienten ein einfacher Mittelohrkatarrh vorzuliegen scheint, ist nur dann das Politzersche Verfahren anzuwenden, wenn die Konstatierung des objektiven Befundes die subjektiven Klagen des Patienten belegt. Auch intelligente Kranke, sogar Aerzte können das Druckgefühl im Ohr bei Verstopfung durch einen Zeruminalpfropf von demjenigen bei Trommelfelleinziehung nicht unterscheiden. Es ist also auf die Schilderung der Beschwerden ein sehr geringer diagnostischer Wert zu legen.

Durchaus zu verwerfen ist ferner, daß der Politzerballon dem Laien für sich oder seinen Angehörigen in die Hand gegeben wird. Wenn der Laie einmal die wohltätige Wirkung einer Lufteinblasung beim Mittelohrkatarrh kennen und schätzen gelernt hat, so ist er versucht, jedesmal bei Wiederkehr des Druckgefühls eine Lufteintreibung zu machen. Ein zu häufiger Gebrauch kann aber nicht nur den Katarrh zur Entzündung und Eiterung heranzüchten, sondern auch zu einer verhängnisvollen Erschlaffung des Trommelfells führen.

Daß die Mutter dem Kinde Lufteinblasungen macht, ist unstatthaft. Es fehlt ihr, die nicht das Mittelohr des Kindes auskultieren kann, jedes Kriterium für die Stärke der Lufteintreibung. Sie wird — und das ist meist der Fall — entweder zaghaft sein und bei der in der Regel starken Tubenstenose gar nicht das Mittelohr ventilieren, oder sie wird zu starke Einblasungen machen und dadurch das Ohr schädigen.

5. Ausspülen des Ohrs.

Was vom Politzerschen Verfahren gilt, das ist auch von dem indikationslosen Ausspritzen des Ohrs zu sagen. Dem Wunsche des Patienten, „mal eben das Ohr ausgespritzt zu bekommen", wird von vielen Kollegen zu leicht willfahrtet. Ehe man ausspritzt, soll man sich vergewissern, ob auch wirklich ein Zeruminalpfropf vorhanden ist, und ferner, ob keine trockene Trommelfellperforation besteht. Wenn man beim Ausspülen infolge einer alten Perforation Wasser ins Mittelohr bringt, kann man eine akute Exazerbation der Eiterung erleben. Bei Ansammlung trockner Epidermisschollen im Gehörgang, oder gar bei trocknem Cholesteatom des Mittelohrs kann durch Quellung der Epithelmassen ein ganz bedrohlicher Zustand, der unter Umständen sofortiges Operieren erfordert, herbeigeführt werden. Wenn man also einen Zeruminalpfropf diagnostiziert, so vergewissert man sich durch Erhebung der Anamnese, ob man mit einem sonst gesunden Ohr zu tun hat. Wenn die Angaben des Patienten keine völlige Aufklärung schaffen, so ist es zweckmäßig, die Politzersche Luftdouche zu machen, um auf Perforationsgeräusch zu fahnden. Wenn letzteres vorhanden ist, so muß der Pfropf instrumentell entfernt werden.

Die Ohrspritze darf keinen olivenförmigen oder an der Spitze verdickten Ansatz haben. Der olivenförmige Ansatz reicht nicht weit genug in den Gehörgang, um tiefsitzende Massen herauszuholen und birgt vor allem die Gefahr, daß man bei der Einführung den Gehörgang abschließt und durch den Wasserdruck das Trommelfell zersprengt oder gar eine schwere Labyrinthschädigung verursacht.

Der Spritzenansatz muß spitz, aber nicht scharf sein. Wer mit einem solchen Ansatz eine Trommelfellverletzung zu machen fürchtet, soll lieber gar nicht ausspritzen.

6. Ohruntersuchung bei fiebernden Kindern.

Die Erhebung eines Ohrbefundes bei fiebernden Kindern sollte strenggenommen niemals unterlassen werden, auch wenn das Fieber aus anderer Ursache erklärt ist.

Bei Kindern, welche ohne nachweisbare Ursache fiebern, ist aber die Ohruntersuchung unbedingt erforderlich, widrigenfalls sich der Arzt der Gefahr aussetzt, ein Kind an Ohrsepsis zu verlieren. Ganz kleine Kinder wissen bekanntlich den Schmerz noch nicht zu lokalisieren und machen infolgedessen keine zuverlässigen Angaben. Bei größeren schulpflichtigen Kindern habe ich schon erlebt, daß sie hoch fieberten, jeden Ohrschmerz auf Befragen leugneten, und daß die Ohruntersuchung eine durch Parazentese bestätigte Eiterverhaltung hinter dem Trommelfell ergab. Eine derartige kindliche Dissimulation ist vor allem bei denjenigen zu erwarten, welche schon einmal Ohrschmerzen resp. eine schmerzhafte Ohrbehandlung (Trommelfellstich) durchgemacht haben. Da die Otoskopie bei Kindern doppelt schwer ist, so wird der Hausarzt vielfach nicht in der Lage sein, selbst die Diagnose zu stellen. Ein einfaches Hilfsmittel, um auch ohne Konsultation sich zu orientieren, ist bei älteren, schulpflichtigen Kindern die Prüfung des Sprachgehörs. Wenn mit jedem Ohr Flüsterzahlen auf zwei bis drei Meter Entfernung gehört werden, darf man im allgemeinen einen akuten eitrigen Prozeß im Mittelohr ausschließen. Den umgekehrten Schluß darf man natürlich nicht machen, da auch ein Katarrh oder alte Narben im Trommelfell an der Schwerhörigkeit schuld sein können.

Beitrag zur Lösung der Schuhleistenfrage.

Von Dr. med. **Karl Lengfellner.** Chirurg u. Orthopäde, Berlin,
früher Assistent der Hoffaschen Klinik.

Die Zeiten sind längst vorüber, wo der Arzt von Schuhwerk nichts zu verstehen brauchte; *der intensive Zusammenhang zwischen Fußdeformitäten und schlechtem Schuhwerk liegt dermaßen deutlich auf der Hand*, daß von großer Rückständigkeit zu sprechen ist, wenn jemand das schwierige Arbeiten auf dem Gebiete der Schuhwerkherstellung als eines Arztes unwürdig ansieht. Im Gegenteil, die Menschheit wird künftighin mit vollem Recht verlangen, daß die Aerzte hierin Bescheid wissen und geben. Ebenso aber, wie es nicht gleichbedeutend ist, ob jemand am Tage 10 Füße oder 100 Füße zu sehen bekommt, so ist auch ein Wissen auf dem Gebiete des Schuhwerkes Sache großer Erfahrung und reicher Praxis. *Die Grundlage für ein richtiges Schuhwerk bildet selbstverständlich ein richtiger Leisten.* Meine weitgehenden Arbeiten berechtigen mich, darüber ein endgültiges Resultat mitzuteilen; ich glaube kaum, daß daran je noch künftighin zu rütteln sein wird. Will man über die Beschaffenheit des Leistens urteilen, so sind dabei Vorderpartie, Wölbungsteil und Fersenteil zu besprechen. Sodann kommen noch in Betracht die Randpartien eines Leistens, die Sprengung, die Leistenachse, ferner der Unterschied von individuellen und fabrikmäßigen Leisten.

Nie im Leben wird es dazu kommen, daß fabrikmäßiges Schuhwerk aus der Welt zu schaffen sein wird; infolgedessen ist es geradezu eine soziale Frage, einen möglichst erfolgreichen Kompromiß zwischen wissenschaftlichen Forderungen und fabrikmäßiger Darstellung zu schließen.

Hier soll zunächst im allgemeinen von der Beschaffenheit eines Leistens die Rede sein, und es sollen die Möglichkeiten dargelegt werden, welche überhaupt bei Reformierung eines Leistens sinngemäß in Betracht kommen.

Auf Grund eines überreichen Materials kann ich meine Behauptung von früher nur wiederholen, daß der Plattfuß der Zukunftsfuß ist und daß jeder Mensch mit einer Senkung des Fußgewölbes zu rechnen hat, der eine mehr, der andere weniger. Die Statistik hat, wenn sie nicht im höchsten Grad unvollkommen und nutzlos sein will, heutzutage unbedingt mit dem von mir eingeführten Begriff „Senkfuß" zu rechnen. Dadurch wird das Bild ein vollkommen anderes, und niemand wird sich wundern, daß ich als erste Bedingung eines richtigen Leistens eine richtig ausgearbeitete Leistenwölbung stellte.

In einer grundlegenden Abhandlung in der „Med. Klinik" habe ich die längst anerkannten Gesetze dargelegt; es bedarf also nur einer kleinen Rekapitulation. Die Leistenreformierungen erstreckten sich früher nur auf Formenveränderungen. Von der so wichtigen Leistenwölbung war bisher nichts oder nur eine ganz undefinierbare Einhöhlung vorhanden, die an ganz unzweckmäßiger Stelle ihren Anfang und ihr Ende nahm. *Von einer Wölbung, die einer Fußwölbung gleichkam, war nichts zu sehen. Die Fersenpartie war durchwegs zu lang und zu breit gearbeitet, das allmähliche Einsetzen und Abklingen der Fußwölbung, ebenso auch die ganze innere Fußwölbung blieben unberücksichtigt.* Daß diese Leistenwölbung und die darüber gebaute Schuhwölbung von größtem Einfluß war, zeigte folgender Versuch. Ich ließ für ein und denselben Fuß zwei Schuhe bauen, den einen nach gewöhnlicher Herstellungsweise mit bequemem Ballenmaße, den anderen mit knappem Ballenmaße, aber mit ausgearbeiteter Schuhwölbung. Beim Anziehen verursachte der Schuh mit weitem Ballenmaß Druckschmerzen an Zehen und Ballen, während der Schuh mit knappem Ballenmaß, aber ausgearbeiteter Schuhwölbung nicht die geringsten Schmerzen bereitete. Die Lösung des Rätsels lag auf der Hand. Wird ein Leisten gebaut, der eine richtige Fußwölbung besitzt, und wird eine Schuhwölbung hergestellt, die dieser Leistenwölbung entspricht, so spielt die breite Spitzenform eine nebensächlichere Rolle, wenn nur ein richtiges Ballen- und Ballen-Kleinzehenmaß genommen wurde. *Durch die der Leistenwölbung entsprechende Schuhwölbung wird der Fuß verhindert, sich bei jedem Schritt zu sehr nach vorne zu bewegen und zu verlängern*, ferner wird er verhindert, sich zu verbreitern, was stets Hand in Hand mit der Verlängerung geht und Ursache für die Druckschmerzen gibt. Dadurch, daß man mit dieser Verschiebung des Fußes rechnete, erstreckten sich die ganzen Reformbewegungen dahin, für diese Vorwärtsbewegung des Fußes möglichst viel Spielraum zu lassen, und man baute die Spitzenpartie, um von vornherein Unannehmlichkeiten vorzubeugen, immer breiter und plumper. Die Leistenwölbung berücksichtigt — kann man der Leistenspitze mit gutem Gewissen ein ästhetisches Aussehen geben, natürlich ist eine sehr spitze Form ausgeschlossen. Bei allen Menschen also, die überhaupt nur einige Anlage zum Einsinken der Wölbung haben, ist diese Hemmung des Vorwärtsgleitens des Fußes eine notwendige. Ich gehe aber sogar weiter und behaupte, daß dieselbe für jeden Fuß nötig ist. Jeder, auch der normalste Fuß, zeigt seine Vorwärtsbewegung und ist dadurch naturgemäß im Schuhwerk gewissen Gefahren ausgesetzt. Auf der einen Seite steht fest, daß heutzutage das Schuhwerk für jeden Menschen nötig ist, auf der anderen Seite steht ferner fest, daß das Schuhwerk, wenn es nicht richtig angefertigt ist, eine große Gefahr, auch für den gesunden Fuß bildet; daraus resultiert von vornherein bereits die größte Vorsicht.

Was die Fersenpartie des Leistens betrifft, so wurde dieselbe bisher stets zu breit gearbeitet; gerade die Ferse bedarf eines festen Haltes. Um die Beschaffenheit des Fersenteiles eines Leistens näher zu beschreiben, greife ich auf meinen Gipsleimleisten zurück (Centralblatt für

Public

Chirurgie, Nr. 34, 1907). Während beim bisherigen Leisten Ferse, Wölbungsteil und Ballen beinahe in einer geraden Linie lagen, sieht man bei meinen Gipsleimleisten, daß die Ferse des Leistens entsprechend der menschlichen Ferse ein abgerundetes Ganze bildet, daß sie einen Teil des Leistens bildet, der durch sein Hervortreten sofort dokumentiert, daß er seine selbständige Berechtigung hat.

Beim alten Leisten befindet sich die Ferse im gleichen Flächenniveau, wie alles übrige. Von einem Ueberragen derselben ist keine Rede. Darin liegt schon ein Grundfehler des alten Leistens. Es ist von Wichtigkeit, die Fersenpartie des Leistens so auszuarbeiten, daß sich die Ferse genau so differenziert, wie an dem von mir vor Jahresfrist angegebenen Gipsleimleisten. Die Ferse muß sich von dem anschließenden Fußgewölbe genau differenzieren; sie muß, wenn der Leisten am Boden steht, tiefer als derselbe stehen, was sie auch tut, wenn sie entsprechend der menschlichen Fußferse geformt ist. Ein wirkliches Leistengewölbe muß einen aufsteigenden und absteigenden Ast haben. Beide Aeste müssen entwickelt sein, wenn von einem Gewölbe die Rede sein soll. Darin aber, daß bisher der aufsteigende Ast mehr oder minder gar nicht entwickelt war, auch wenn die Wölbung mehr oder minder ausgearbeitet war, lag der zweite Grundfehler des alten Leistens. Dadurch, daß der Fersenteil nicht entsprechend der Fußferse gearbeitet war, differenzierte sich am Leisten die Fersenpartie nie von dem Beginn der Wölbung, und eben dadurch, daß Ferse und Beginn der Wölbung in einer Fläche lagen, wußte man erstens nicht, wo hört die Fersenpartie auf, wo beginnt die Wölbung, zweitens ging dadurch der so hochwichtige aufsteigende Ast verloren. Durchwegs ist nun auch bei sämtlichen Leisten zu bemerken, daß die Fersenpartie überall viel zu lang gearbeitet ist; ferner ist dadurch, daß die Ferse vollkommen flach gehalten ist, von einem aufsteigenden Ast keine Rede. Denkt man sich nun unter eine so gearbeitete Leistenfersenpartie noch einen Lederabsatz, so bildet der Fersenteil den Berg und die Wölbung bereits das Tal, anstatt daß die Ferse das so tief wie möglich gelegene Tal wäre und von hier aus der Aufstieg erfolgen würde. Es ist also ganz klar und unabweisbar, daß die Ferse am Leisten so abgerundet und differenziert erscheinen muß, wie sie sich am Fußmodell zeigt. Dies war mir bereits vor einem Jahre klar, und darnach fiel auch der Holzleisten aus. Der Gipsleimleisten zeigt genau, daß die Fersenpartie verhältnismäßig kurz ist, trotz ihrer Kürze aber in zwei Teile zerfällt: erstens in den Calcaneusteil oder den knöchernen und den präcalcanealen Teil oder den fleischigen. Dieser Teil bildet die Grenze zwischen Fersenteil und Wölbung, d. h. dem aufsteigenden Ast derselben, und ist von großer Wichtigkeit. In diesen fleischigen Teil kann ein Hauptstützpunkt beim Auftreten im Schuhwerk erfolgen. Verfolgt man dieses Prinzip, so sind die so häufig vorkommenden Fersenschmerzen stets verchwunden. Daß der Calcaneus als Knochen für sich ein vom Schöpfer beabsichtigter spezieller Stützpunkt sein soll, ist keineswegs anzunehmen, denn nur zu leicht ist zu beweisen, daß unser Calcaneus einstens viel höher oben als Sprunggelenk thronte und von seinem erhabenen Stande, den er jetzt noch bei den vierbeinigen Tieren einnimmt, umsomehr nach unten wanderte, als die vorderen Extremitäten sich zu speziellen Greiforganen, die hinteren Extremitäten sich zu speziellen Gehorganen entwickelten. Meine embryologischen Untersuchungen beweisen haarscharf, daß es ein Stadium in der menschlichen Embryologie gibt, das dem vierbeinigen Dasein in jeder Beziehung entspricht. Genau ist sodann der Uebergang zur aufrechten Haltung zu verfolgen. In den Fällen, wo die Pfannenverhältnisse nicht rasch genug mit den von einem von mir während der ganzen Entwickelung angenommenen Wachstums- und Entwickelungszentrum beabsichtigten Bewegungen, hier also mit einer Streckung zum aufrechten Gange, gleichen Schritt halten, haben wir als deutlichen Beweis die kongenitale Hüftgelenksluxation vor unseren Augen. Die Möglichkeit derselben ist noch in einem späteren Stadium gegeben, nämlich beim selbständigen Eingreifen der Muskulatur. Der Unterschied besteht in der Richtung, nach welcher der Kopf luxiert. Genau zu verfolgen ist ein Stadium der unteren Extremität beim Embryo, wo die Extremität eine gestreckte Linie bildet. Zehen und Oberschenkelkopf liegen in einer geraden Linie. Nun kommt die Zeit, wo sich der Fersenknochen allmählich in Form eines hochliegenden Sprunggelenkes bemerkbar macht, wie es z. B. bei den Pferden der Fall ist. Es beginnt nun ein Kürzerwerden und Ineinanderschieben der Knochen, bis wir den Calcaneus ziemlich tief und die Spitzfußstellung und etwas später die Klumpfußstellung (4—7 Monate) des Fötus sehen. All dies sind vom Wachstumszentrum und vom Entwickelungszentrum, welche sich annehme, beabsichtigte Bewegungen. Der Calcaneus tritt sodann noch tiefer, und es steht für mich fest, daß jedes ausgetragene neugeborene Kind in einer Fußstellung zur Welt käme, welche einer, wenn auch sehr geringen Dorsalflexion mit tiefstehendem Calcaneus und Supinationsstellung entspräche. Bekanntlich aber kommen die reifen Kinder fast alle mit forcierter Dorsalflexion zur Welt, was durch das Anpressen der Uteruswand ohne jeden Zweifel bedingt ist. Durch jede Dorsalflexion natürlich ist, wenngleich Supinationsstellung vorhanden ist, eine Abflachung der Sohlenverhältnisse bedingt. Wenn ich zugebe, daß abgesehen von den Fällen mit angeborenem Plattfuß, und das sind keineswegs so verschwindend wenig, eine Reihe von Kindern mit gutem Gewölbe zur Welt käme, so wird dies eben durch die starke Darsalflexion verhindert. Jedes neugeborene Kind hat meiner Ansicht nach einen Plattfuß insofern, als bei Belastung keine Wölbung vorhanden ist. Im unbelasteten Zustand zeigt eine Reihe von Kindern bei der Geburt Wölbung, eine Reihe derselben erhält die Wölbung nach Wochen und Monaten. Ein ziemlicher Prozentsatz der Kinder kommt ohne Zweifel mit plattem Fuße zur Welt. Ich unterscheide hier zwischen angeborenem Plattfuß und verstehe darunter einen Plattfuß, der bereits durch die Entwickelung (Keimanlage, Wachstums- und Entwickelungszentrumseinfluß) bedingt ist und einen durch die Dorsalflexion bedingten Plattfuß, der nach Aufhören des Druckes der Uteruswand seine Wölbung wieder gewinnt. Die ganze Entwickelung des Fußes aber zeigt genau, daß wir es beim Fußgewölbe nicht mit einem regulären Gewölbe zu tun haben, sondern einen gewölbeartig angeordneten Knochenkomplex, dessen gewölbeartige Anordnung durch die auf embryologisch und phylogenetisch früheren Stufe notwendige Anordnung bedingt war und aus der Senkung des ganzen Komplexes resultiert. Würde es sich um ein wirkliches von der Natur beabsichtigtes Gewölbe handeln, so würde die Anordnung des Unterschenkels zum Gewölbe eine ganz andere sein. Demgemäß darf man aber auch nicht erstaunt sein, wenn das Einsinken des Gewölbes immer mehr überhandnehmen wird und der Zukunftsfuß der platte Fuß sein wird. Ein paar hundert Jahre machen in der Entwickelung wenig aus, wohl aber ein paar tausend Jahre, wenigstens bei Kleinigkeiten. So stellen denn auch ältere Volksstämme als die Deutschen bereits ein viel ansehnlicheres Kontingent beim platten Fuß als wir. Wie der weitere Plan der Natur verläuft, wenn alle Füße platt sind, ist schwer vorauszusagen. Wohl dürften die Absichten wieder auf eine Verkürzung der Fußfläche hinausgehen. — Um wieder zum eigentlichen Thema zurückzukehren (— die Abschweifung hielt ich zum Verständnis für sehr wichtig —) muß der Calcaneus von vornherein als Stützpunkt beim Auftreten angenommen werden. Ohne Zweifel war bei seiner Wanderung von oben nach unten unangenehm, daß er sich nur wenig mitnehmen konnte, was ihm bei seiner Landung am Boden als Unterlage dienen konnte und ihn gegen die Unbillen des Bodens schützte. Denn er war in seiner früheren Funktion Muskelhalter und Stützer, und bedurfte dazu keiner besonderen Fettpolster. Diese vermißt er nun auch in seiner neuen Würde. Leider sieht man bei vielen Füßen den Calcaneus in ganz bedenklicher Blöße hervortreten. Besser daran ist der präcalcaneale Teil; ich verstehe darunter den Teil, wo die Sohlenmuskulatur und -Bänder ansetzen. Hierher kann beim Schuhwerk der Druck verlegt werden. Diese Absicht kann beim Leisten dadurch verwirklicht werden, daß dementsprechend weggenommen wird. Auf die Wichtigkeit dieser Tatsache kam ich dadurch, daß es sich zeigte, daß bei Fersenschmerzen eine Einlage dann nutzte, wenn ich den Fersenteil tief ausbeulte und den aufsteigenden Schenkel des Einlagengewölbes steil ansteigen ließ. Um aber eine derartige Einlage über einem Gipsmodell anzufertigen und genau anzupassen, mußte bei den Modellen (gewonnen durch den *Hoffa-Lengfellner*schen Gipsbreiabdruck) der Teil, der dem präcalcanealen Teil entsprach, korrigiert, d. h. herausgenommen werden. Diese Korrektur hat sich ebenso wie die an dem Gipsleimleisten bereits vor Jahresfrist angewandte Ballenkorrektur sehr bewährt. Durch das Tiefsitzen der Ferse, durch die Steilheit des aufsteigenden Wölbungsschenkels wird verhindert, daß der Fuß bei jedem Schritt nach vorn rutscht.

Der Zweck eines Leistens, der nach meinen Prinzipien geformt ist, besteht darin, durch die genannten Hemmungsvorrichtungen den Fuß am starkem Rutschen zu verhindern und dadurch die Zehen zu entlasten, sodann die Knochenstützpunkte (Fersen und Ballen), die so häufig das große Schmerzenskind darstellen, von der alleinigen Unterstützungsaufgabe zu befreien und die Drucklast mehr zu verteilen mit Berücksichtigung der Fleischpartien. In allen Fällen, wo es sich um eine Senkung des Fußgewölbes handelt, ist die Unterstützung der Wölbung ein unbedingtes Postulat. Bei ganz gesunden Füßen, wo man nur ein zu starkes Rutschen vermeiden will, könnte man an eine isolierte Ballenhemmung denken. Bezüglich der differenzierten, tiefliegenden Ferse möchte ich noch erwähnen, daß die Fälle mit verkürzter oder geschrumpfter Achillessehne, ferner diejenigen mit Spitzfußanlage erst dann die tieferliegende Fersenpartie vertragen können, wenn die Fußstellung korrigiert ist. *Was die Leistensprengung anlangt, so kann dieselbe entschieden eingeschränkt werden.* Es ist ein Unsinn, einen möglichst klassischen Schuhunterbau zu erstreben, wie dies gerade in jüngster Zeit fabrikmäßig geschieht. Die Sprengung darf nur eine mäßige sein, wenn der Leisten orthopädisch sein soll.

Nun noch einige Worte über die Leistenachse oder Leistenlinie. Diese Linie müßte einer Fußlinie entsprechen, wie sie zum Beispiel Professor *Meyer* konstruierte. Es ist aber meines Erachtens unnütz aufgewendete Zeit, darauf versessen zu sein, eine Normalfußlinie zu finden. Alle bisher mühsam gefundenen Linien, entbehren meiner Prüfung nach der Berechtigung. Auch die oben erwähnte Professor *Meyer*sche Linie ist weit davon entfernt, das Ideal einer Normalfußlinie darzustellen. Selbst wenn sie durch die Mitte des Fersenbeins und nicht durch die Mitte der Ferse ginge, wäre sie immer noch nicht richtig. *Die menschlichen Füße sind beständig verändernden Entwickelungen unterworfen, nicht zwei menschliche Füße gleichen sich absolut, ja meist ist der Unterschied der zwei Füße des gleichen Individuums ein verhältnismäßig sehr großer.* Es wäre Unsinn, einem Fuß eine herausgeknobelte Normal-Fuß- und Leistenlinie aufzuoktroyieren. Davon kann manches traurige Lied gesungen werden. Meines Erachtens kommt es nur auf ein zu berücksichtigendes Moment an, nämlich auf das Verhältnis des Vorderfußes zum Hinterfuß. Es wäre also die Frage, muß der Vorderteil des Leistens winkelig verschoben gegen den Hinterteil sein und in welchem Sinne? Bekanntlich ist ja die sogenannte rationelle Form die, bei welcher der Vorderteil erheblich nach innen strebt. Ist nun z. B. diese Form berechtigt? Ja, für diejenigen Füße, wo die Fußlinie damit harmoniert. Dies ist aber meiner Statistik nach — und ich dürfte wohl momentan über das größte Fußmaterial verfügen — nur in einem kleinen Bruchteil der Fall. Für alle anderen Füße bildet diese Form ein Nonsens. Auch bei dem kleinen Bruchteil der Füße, der für die rationelle Form passend wäre, muß man sich vorsehen, daß nicht der dabei so oft begangene Beobachtungsfehler unterläuft, nämlich die winkelige Verschiebung des Vorderfußes zum Hinterfuß sich durch eine winklige Stellung des ganzen Fußes zum Unterschenkel im Sinne einer Drehung im Talocruralgelenk vortäuschen zu lassen. Die Erklärung für all diese Trugschlüsse liegt in der falschen Deutung der meisten Fußdeformitäten begründet. All die Theorien über den Plattfuß z. B. sind samt und sonders nur dazu da, Unklarheit in die Sache zu bringen. Ich habe mit Recht den Plattfuß den Zukunftsfuß genannt. Darin liegt die Erklärung des Plattfußleidens. Ich will damit sagen, *die Plattfußdeformität ist weiter nichts als ein Fußentwickelungsstadium, das auf Grund der Entwickelungsvorgänge allmählich bei allen Menschen mit Sicherheit eintritt. Es ist eines der vielen Degenerationszeichen, welche dem Uebergang zum aufrechten Gange folgten, und es ist unmöglich zu leugnen, daß mit dem aufrechten Gang und der Vergrößerung des Gehirns die Degeneration des Körpers ihren Anfang nahm.* Hat man individuelles Maßschuhwerk anzufertigen, so ist die Achsenfrage so wie so erledigt. Man gibt dem Stiefel einfach die Achse, welche der einzelne individuelle Fuß zeigt. Bei fabrikmäßigem Schuhwerk und Militärschuhwerk z. B. wird es sich nur um eine gerade Achse in meinem Sinne handeln, d. h. es wird keine winklige Verschiebung des Vorderfußes zum Hinterfuß vorhanden sein dürfen. Bei Kinderschuhen ist das gleiche zu berücksichtigen. Der Umstand, daß die Kinder so vielfach nach einwärts gehen, ist nur auf *Stellungs*-Anomalie des Fußes zurückzuführen, die daher rührt, daß eine gewisse fötale Stellung der Beine beibehalten wurde. Nur in den allerseltensten Fällen handelt es sich hierbei um winklige Verschiebung des Vorderfußes zum Hinterfuß,

Pub

Aus dem analytischen Laboratorium der Hirsch-Apotheke in Wiesbaden.

Ueber Jodvasogen.

Von Dr. **A. Stephan.**

Seit einer Reihe von Jahren werden von der Firma Pearson & Co. in Hamburg Vasogenpräparate in den Handel gebracht, von welchen die Firma angibt, daß sie oxygenierte Kohlenwasserstoffe seien. Letztere hätten die hervorragende Eigenschaft, daß sie mit Wasser emulgierbar seien und infolgedessen sehr leicht von der Haut resorbiert würden. Die Mischung der Vasogene mit den verschiedenen Arzneimitteln wurde von genannter Firma nicht der Rezeptur der Apotheke überlassen, sondern die genannte Firma brachte 17 verschiedene Vasogene in den Handel und bemerkte auf den Etiketten den Prozentgehalt der betreffenden Medikamente. Jodvasogen ist bezeichnet: Vasogen 90, Jodi resublimati 10. Jeder Arzt muß beim Lesen des Etikettes annehmen, daß das Jodvasogen aus 90 % Vasogen und 10 % resublimiertem, also freiem Jod besteht.

Ueberall findet man auch in der Vasogenliteratur die Auffassung, daß das Vasogen freies Jod enthält, welches sehr schnell resorbiert wird bezw. sich verflüchtet, so daß die Jodfärbung nach kurzer Zeit vollständig verschwindet (vergl. die Artikel von Dr. Leistikow in den Monatsheften für praktische Dermatologie, Bd. 19, 20 und 23).

Es wurde daher das Jodvasogen der stark färbenden Jodtinktur vorgezogen, ferner auch als Ersatz für Jodsalze empfohlen.

Die Aerzte sind aber durch die Angaben der Firma Pearson & Co. irregeführt worden, denn weder besteht Vasogen aus oxygenierten Kohlenwasserstoffen, noch enthält das Vasogen eine Spur Jod, wie die Resultate der nachstehend mitgeteilten Untersuchungen ergeben. Das Jodvasogen wird also unter falscher Deklaration in den Handel gebracht. Um die Täuschung vollständig zu machen, ist dem Jodvasogen durch Zusatz eines Farbstoffes eine der Jodtinktur ähnliche Farbe gegeben worden. Von der aufsehenerregenden Erfindung, welche den Vorzug hat, daß das Jod keine färbenden und reizenden Eigenschaften mehr haben soll, bleibt nichts übrig, als eine gefärbte Ammoniakseife, welche Ammonium jodatum enthält. Nach Arzneitaxe 10,0 gleich 30 Pfg. Also das bekannte oder vielmehr in Vergessenheit geratene Linimentum jodatum (Ammonium jodatum 10, Limentum saponatum camphoratum 90) in etwas veränderter Form und irreführender Bezeichnung.

Wiederholt wurde der Firma Pearson & Co. in der Pharm. Ztg. und der Apoth.-Ztg. vorgehalten, daß das Jodvasogen kein freies Jod enthalte. Die Firma brachte darauf die Ausrede, daß freies Jod im Vasogen nicht haltbar sei, dasselbe lagere sich an die organischen Substanzen an. Ich hielt es deshalb für angebracht, eine ausführliche Untersuchung von Jodvasogen vorzunehmen, die nachstehende Resultate ergeben hat:

Qualitative Prüfung.

A) Jod: Beim Schütteln des Jodvasogens 10 % mit Stärkekleister entstand keine Blaufärbung. Mit Wasser und Chloroform geschüttelt, blieb das Chloroform farblos, erst der Zusatz von Schwefelsäure färbte das Chloroform rot. Freies Jod war also in dem Präparat nicht enthalten.

Jodvasogen wurde mit verdünnter Schwefelsäure versetzt, das abgeschiedene Oel in Aether gelöst und solange mit Wasser zusammengeschüttelt, bis die Flüssigkeit auf $AgNO_3$ nicht mehr reagierte. Das von Aether befreite Oel gab beim Erhitzen mit konzentrierter Schwefelsäure keine Joddämpfe ab. Gebundenes Jod war somit nicht vorhanden.

Jodvasogen wurde mit Wasser geschüttelt und das Filtrat abgedampft. Es blieb ein weißes Salz zurück, welches mit Kalilauge erwärmt Ammoniak entwickelte und mit $AgNO_3$ die Jodreaktion gab.

Aus Vorstehendem geht hervor, daß im Jodvasogen, welches nach dem Etikett aus 90 % Vasogen und 10 % resublimiertem Jod bestehen soll, weder freies noch gebundenes Jod enthalten war. Das Präparat enthielt nur Jodwasserstoffsäure, an Ammoniak gebunden, das Ammonium jodatum des Arzneibuches.

B) Oelsäure und Vaselinöl: Das bei der Prüfung auf gebundenes Jod isolierte Oel wurde mit alkoholischer Kalilauge verseift und mit Wasser verdünnt. Das von der Seifenlösung getrennte Unverseifbare deutet infolge seiner Fluoreszenz und seiner Unverseifbarkeit auf Vaselinöl.

Die Seifenlösung wurde mit Schwefelsäure zerlegt, mit Aether ausgeschüttelt und von dem nach dem Abdampfen des Aethers hinterbliebenen Oel die Jodzahl und die Säurezahl bestimmt, ferner die Elaidinprobe angestellt.

Jodzahl. 0,247 Verseifbares wurden mit der chemischen Jodlösung versetzt und nach 6 Stunden mit Natriumthiosulfat titriert. Es wurden verbraucht 1,9 ccm Natriumthiosulfat; 1 ccm Natriumthiosulfat entsprach 0,118 Jod. Die gefundene Jodsalbe beträgt demnach 90,77. Nach Hager schwankt die Jodzahl der Oelsäure je nach Reinheit zwischen 72 bis 90.

Säurezahl. 2,537 Verseifbares gebrauchten zur Neutralisation 8,0 ccm alkoholischer Kalilauge n/1. Die Säurezahl ist demnach 177. Nach Hager liegt dieselbe zwischen 185 und 202.

Die Elaidinprobe ergab ein positives Resultat. Das Verseifbare des Jodvasogens charakterisiert sich demnach als Oelsäure.

C) Alkohol. Etwas Jodvasogen wurde vorsichtig der Destillation unterworfen, das Destillat gab beim Erwärmen mit Kalilauge und Jod die Jodoformreaktion.

D) Ammoniak. Beim Erwärmen mit Kalilauge entwickelte Jodvasogen einen starken Ammoniakgeruch.

Demnach besteht Jodvasogen aus Ammonium jodatum, Oelsäure, Vaselinöl und Ammoniak.

Quantitative Prüfung.

A) Jodwasserstoffsäure. 10,00 Jodvasogen 10 % wurden mit Säure und Aether versetzt, dann mit Wasser ausgeschüttelt, bis dasselbe keine Silbernitratreaktion mehr gab. Das ausgeschüttelte Wasser wurde auf 500 ccm aufgefüllt, davon 50 ccm mit Natriumnitrit und Schwefelkohlenstoff versetzt. Das ausgeschiedene Jod wurde mit Natriumthiosulfat titriert. Es wurde ein Jodwasserstoffsäure-Gehalt im Mittel von 9,80 % entsprechend 11,1 % NH_4J ermittelt.

B) Oelsäure und Vaselinöl. 28,00 Jodvasogen wurden wie bei A) behandelt. Das ausgeschiedene, in Aether gelöste Oel wurde durch getrocknetes Natriumsulfat vom Wasser befreit, danach der Aether verdunstet und der Rückstand gewogen. Er betrug 19,700 gleich 70,36 %. Darauf wurde der Rückstand mit alkoholischer Kalilauge verseift, abgedampft und mit getrockneten Natriumsulfat gemischt, bis eine krümelige Masse entstand. Letztere wurde im Soxhlet-Apparat mit Petroläther erschöpfend extrahiert. Der Petrolätherrückstand des Unverseifbaren betrug 7,08. Demnach ergab sich ein Gehalt von 25,28 % Vaselinöl. Der Gehalt an Oelsäure ergibt sich aus der Differenz zu 45,08 %. Der Trockenrückstand von 5,010 Jodvasogen (bestehend aus Oelsäure, Vaselinöl und Ammonium jodatum 11,1 %) betrug 4,055 gleich 80,9 %.

C) 47,00 Jodvasogen mit Phosphorsäure und Wasser versetzt, wurden der Destillation unterworfen. Das Destillat wurde zur Entfernung der übergegangenen Fettsäure mit gebrannter Magnesia geschüttelt, filtriert und wiederum destilliert. Das spezifische Gewicht von 125 ccm Destillat betrug 0,993 g, woraus sich ein Alkoholgehalt (90 Volumen-Prozent) von 14,5 % ergab.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

D) Ammoniak. Das nach B) zum Ausschütteln verwendete Wasser, welches den gesamten Ammoniak enthielt, wurde auf 250 ccm aufgefüllt, davon 50 ccm mit Kalilauge und Wasser versetzt und destilliert. Der Ammoniak wurde in vorgelegter Salzsäure aufgefangen, die 19,6 ccm Normal-Kalilauge entsprach. Zur Neutralisation der Säure wurden 10,5 ccm Normalkalilauge gebraucht. Die Differenz 9,1 ccm entsprach einem Ammoniakgehalt von 2,76 %. An Jodwasserstoffsäure ist 1,3 % Ammoniak gebunden, mithin an Oelsäure 1,46 %.

Der Ascherückstand von 2,025 Jodvasogen betrug 0,005, entsprechend 0,24 %. Er bestand hauptsächlich aus Eisenoxyd. Nach meinen vorstehenden Untersuchungen setzt sich das Jodvasogen wie folgt zusammen:

Ammonium jodatum 11,1 %, Oelsäure rund 45 %, Vaselinöl rund 25 %, Spiritus rund 15 %, Ammoniak an Oelsäure gebunden 1,5 %, Asche 0,24 %.

Resorptionsversuche mit Jodpräparaten.

Die Versuche wurden in der Weise angestellt, daß die Jodpräparate 10 Minuten lang auf dem Arme eingerieben wurden. Der Urin wurde während der nächsten 24 Stunden in getrennten Portionen gesammelt und auf Anwesenheit von Jod bezw. Jodsalzen untersucht. Zur Feststellung wurde der Urin angesäuert und mit Natriumnitrit versetzt, darauf mit Schwefelkohlenstoff ausgeschüttelt.

1. Jodvasogen 10 prozentig 5 g verrieben. Sämtliche Urinproben waren vollständig frei von Jod.

2. Jodkalisalbe 5 g. Dasselbe negative Resultat.

3. Vasolimentum jodatum 10 prozentig 5 g verrieben. Nur der nach 10 Stunden entleerte Urin enthielt geringe Mengen Jod.

4. Jodneol, ein neues freies Jod enthaltendes Präparat von Apotheker Boer, Berlin. Nur der nach 12 Stunden entleerte Urin enthielt geringe Mengen Jod.

5. 1 g Jodkali per os gegeben. Sämtliche Urinproben gaben starke Jodreaktion.

Die Resorption des Jodvasogen steht also hinter der des Vasolimentum jodatum wesentlich zurück.

Zum Schluß möchte ich noch bemerken, daß der Apotheker, der doch gesetzlich für die von ihm abgegebenen Arzneimittel verantwortlich ist, keinesfalls Jodvasogen mit falscher Inhaltsbezeichnung abgeben darf. Er ist unbedingt verpflichtet, die falsche Deklaration auf Flasche und Karton richtigzustellen, sowie den beigelegten Prospekt zu entfernen.

REFERATE.

Gonorrhoe des Weibes.

Sammelreferat

von Frauenarzt Dr. **Otfried O. Fellner**, Wien.

Mendes de Leon untersuchte 22 Kinder mit Ausfluß. 10 von ihnen boten sehr heftige Erscheinungen dar, von diesen hatten 8 Gonokokken, bei den 2 anderen fand man sehr viele Epithelzellen. Von 12 Fällen mit schwachen Erscheinungen hatten 9 Staphylokokken in Reinkultur. Kontrolluntersuchungen zeigten das Fehlen dieser Mikroorganismen. Man sollte also die gonorrhoischen Kinder von den mit Staphylokokken behafteten trennen. 0,5 proz. Chlorzinkirrigationen leisteten bei den gonorrhoischen Fällen Ausgezeichnetes, bei den anderen erreichte man mit 0,5 proz. Zinksulfat die besten Resultate.

E. Neter berichtet von einem 3¼jährigen Mädchen, das seit mehr als einem Jahre an Fluor litt. Es bestand hartnäckige Obstipation. N. leitete eine diätetische Behandlung ein. Es schwand die Obstipation und mit ihr der Fluor und der Intertrigo. Zweimal im Laufe des Herbstes zeigte sich etwas Fluor, stets im Anschluß an ein Rezidiv der Operation. Ein Abführmittel beseitigte den Fluor.

Stary empfiehlt bei Zervikalgonorrhoe Instillationen von Natrium lygosynatum, das ist ein Kondensationsprodukt von Salizylaldehyd und Azeton. Die Erfolge waren ausgezeichnete, da die Gonokokken dauernd aus dem Sekrete verschwanden.

Pyozyanase bei weiblicher Gonorrhoe versuchte J. Hofbauer mittels Wattestäbchen bzw. mittels Spritze, und in der Urethra mittels Katheterspritze. Er achtete darauf, daß die Pyozyanase mindestens 20 Minuten verblieb. Verwandt wurde zum Teil unverdünnte Pyozyanase. Einen geringen Zusatz von Essigsäure hält H. für vorteilhaft. Die Gonokokken schwanden rasch aus dem Sekret. Sobald aber eine Unterbrechung in der Behandlung stattfand, kehrten sie sofort wieder. Es scheint also die Pyozyanase nur auf die oberflächlichen Schichten, nicht in die Tiefe zu wirken.

Eine Patientin Füths war 8 Wochen wegen einer chronischen Urethritis behandelt worden. Es bestanden doppelseitige Adnexerkrankungen und spitze Kondylome. Die Urethra erschien namentlich hinter der äußeren Mündung sackartig ausgestülpt. F. spaltete nach der Vagina zu. Verabreichung harntreibender Mittel. Der Ausfluß veränderte sich und enthielt keine Gonokokken mehr. Die Wunde schloß sich spontan. In einem zweiten Falle war selbst Kurettage ohne Erfolg gewesen. F. führte ebenfalls die Inzision aus. Es entleerte sich später nur wenig helles Sekret ohne Gonokokken. Im dritten Falle lagen Adnexe und Urethritis vor. Sackartige Ausbuchtung hinter der Mündung. Inzision. Gonokokken verschwanden aus der Urethra und dem Sekret. F. glaubt nicht, daß sich eine Striktur bilden werde. Es handelt sich nicht um die von Fellner beschriebenen urethralen Eiterungen.

Unmittelbar nach der Entbindung fand A. Bauer bei einem 23 jährigen Mädchen, welches seit 6 Jahren prostitutiert ist, das Gebiet der Vulva und des Dammes durch eine in der Mitte zweigeteilte Geschwulstmasse eingenommen. Diese ist mannskopfgroß. Die beiden Hälften der Geschwulst entsprechen im wesentlichen den Schamlippen, sie sind in ihrer Ausdehnung ungleich großhöckerig. An der Oberfläche findet man zahlreiche schmutzige Borken. Die Natur des Tumors wird ersichtlich aus den Teilen, die am Damme nach dem After liegen. Dort springen die Ränder des Tumors spitz und vielfach gezähnt vor. Es handelt sich um spitze Kondylome. Die angeratene Operation verweigerte die Patientin und übte ihr Gewerbe weiter aus.

Literatur.

1. A. Bauer: Spitze Kondylome von besonderer Größe. Monatsschrift f. Geburtshilfe, September 1908.

2. Hofbauer: Einige Versuche zur therapeutischen Verwertbarkeit der Pyozyanase bei weiblicher Gonorrhoe. Zentralblatt für Gynäkologie, 1908, Nr. 6.

3. Füth: Operative Behandlung hartnäckiger Urethritiden beim Weibe. Folia urologica, Oktober 1907.

4. Mendes de Leon: Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. Nederl. Tijdschr. vor Genesk., Dezember 1907.

5. E. Neter: Zur Pathogenese des Fluor albus. Münch. med. Wochenschrift, 1908, Nr. 2.

6. Stary: Therapie der Zervikalblennorrhoe. Casop. lék. cesk, Nr. 22.

Bakteriologie.

Referent: Privatdozent Dr. **E. Küster**, Freiburg i. B.

1. **Bemerkungen zur Technik der intralumbalen Anwendung des Meningokokkenheilserums (Kolle - Wassermann).** Von Levy, Essen. Med. Klinik, 1908, Nr. 40 u. 41.

2. **Zur bakteriologischen Technik.** Von E. Schottelius. Münch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 42.

3. **Beitrag zur Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** Von O. Orth. Münch. med. Wochenschr., 1908, S. 2183.

4. **Weitere serodiagnostische Untersuchungen bei Syphilis.** Von Grosz und Volk. Wiener klin. Wochenschr., 1908, S. 1522.

5. **Ueber die Wirkung von atoxylsaurem Quecksilber bei Spirochätenkrankheiten, insbesondere bei der experimentellen Syphilis.** Von Uhlenhuth und Manteufel. Med. Klinik, 1908, S. 1651.

1. Nach einem Ueberblick über die Statistiken der verschiedenen Autoren über Mortalität bei Genickstarrefällen, die mit oder ohne Serum behandelt waren, geht L. dazu über, daß der Grund für die Mißerfolge bei Serumbehandlung in der Art der subkutanen Anwendung zu suchen sei. Der Hauptsitz der Me-

ningokokken bei der Genickstarre ist in den zarten Häuten von Gehirn und Rückenmark. Hier hinein muß also das Serum dringen, um eine Wirkung entfalten zu können, und dieses findet nur bei der direkten Injektion in den Durasack statt. Er empfiehlt daher die intralumbale Injektion von Kolle-Wassermann-Serum, die ihm sehr gute Resultate lieferte, denn er hatte bei 29 mit Antiserum behandelten Fällen nur 10,34 % Mortalität, und rechnet man auch noch die hohe Mortalität von 10 nicht spezifisch behandelten Fällen (von 90%) dazu, so ergibt sich für die Stadt Essen dennoch eine Gesamtmortalität von nur 30,7%, während die Mortalität im Landkreis Essen über 60% betrug. Solche Zahlen, die auch dem Skeptiker einleuchten müssen, ließen sich jedoch nur durch eine subtile Technik erzielen. Diese ist durchaus nicht einfach. Bietet schon die einmalige Lumbalpunktion eines Pat. gewisse Schwierigkeiten, so erfordert die tägliche für längere Zeit zu wiederholende Punktion, besonders wenn Verwachsungen der Rückenmarkshäute eingetreten sind, ganz besondere Uebung. Grundbedingung ist, daß bei der Punktion reichlich Liquor abfließt, nicht etwa wenige Kubikzentimeter blutig-seröser Flüssigkeit. Die abgezapfte Lumbalflüssigkeit wird darauf durch injiziertes Serum ersetzt; durch Beckenhochlagerung wird das Vordringen des spez. schwereren Antiserums im Rückenmarkskanal ermöglicht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden, dessen Lektüre jedem Arzte zu empfehlen ist, da ja sporadische Genickstarrefälle überall in Deutschland vorkommen.

Abgesehen von der Schwierigkeit der Technik, kommt noch der Umstand erschwerend in Betracht, daß das Serum in etwa drei Monaten bei der Aufbewahrung seine Wirksamkeit einbüßt. Der einzelne Arzt kann also davon keinen Vorrat halten. Da nun jedes Zuwarten bei der Genickstarre den Wert der ganzen Behandlung in Frage stellen kann, so ist dem Vorschlag Levys, die Behandlung zu zentralisieren, zur Zeit nur beizupflichten. In Städten ist dies verhältnismäßig leicht durchzuführen, auf dem Land wird es kaum zu erreichen sein, zum mindesten große Schwierigkeiten haben. Vielleicht gelingt es, ein haltbareres spezifisches Serum zu finden; bei Verwendung von Kolle-Wassermann-Serum muß wenigstens ein leicht erreichbares Zentraldepot mit einem ständigen Vorrat von wirksamem Serum eingerichtet werden. Hierfür sind nach meiner Ansicht in erster Linie die staatlichen und städtischen Untersuchungsämter, die jetzt überall eingerichtet sind, in Vorschlag zu bringen, von dort aus könnten auch eventuell die Lumbalpunktionen und Seruminjektionen vorgenommen oder doch den behandelnden Aerzten die nötigen praktischen Anleitungen gegeben werden.

2. Eine Reihe speziell menschenpathogener Keime: Meningokokken, Influenzabazillen, Keuchhustenerreger, Gonokokken, Streptokokken wachsen gut und differenzierbar nur auf Menschenblutagarnährboden. Bisher bot die Beschaffung von Menschenblut in genügender Menge immer große Schwierigkeiten. Es verdient daher folgender Vorschlag des Autors besondere Beachtung.

Man reinigt das Nagelglied des linken Mittelfingers mit Alkohol, staut das Blut durch Umwicklung des Fingers mit einer kleinen Binde, bestreicht die gereinigte Stelle mit Kollodium und sticht mit einer feinen Glasspitze, die man sich durch Ausziehen einer Glaskapillare leicht herstellen kann, durch die Kollodiumschicht hindurch in den Finger wiederholt ein; ist die Spitze recht dünn, so sind diese Einstiche fast schmerzlos. Das reichreich hervorquellende Blut bleibt auf der Kollodiumunterlage steril, man läßt es in ein flüssig gemachtes Agarkulturröhrchen direkt eintrocpen. Etwa 8 gtt genügen. Durch Neigen des Röhrchens wird das Blut im Agar gleichmässig verteilt und darauf dieser flüssig Blutagar in dünner Schicht auf Schrägegarröhrchen oder Agarplatten ausgegossen und zum Erstarren gebracht. Auf diese Weise kann man jederzeit sich rasch sehr gut brauchbare Blutagarnährböden herstellen.

3. Orth behandelte 2 Fälle von Cerebrospinalmeningitis mit Aronsonschem polyvalentem Antistreptokokkenserum. Bei dem ersten Fall wurde jeweils durch Lumbalpunktion Liquor abgelassen und dann subkutan Serum injiziert. Ein sichtbarer Erfolg, der dem Serum hätte zugeschrieben werden müssen, trat nicht ein. Darauf wurde das gleiche Serum intralumbal (2 ccm) gegeben und Beckenhochlagerung durchgeführt: es trat eine fast momentane Beeinflussung der Temperatur und eine Besserung des Allgemeinbefindens ein. Die Injektion mußte zwar mehrfach mit Intervallen von einigen Tagen wiederholt werden, aber der Heilerfolg war nicht zu verkennen. Ein zweiter Fall wurde von Anfang an intralumbal behandelt und verlief ebenfalls günstig. Wenn auch 2 Fälle keine großen Rückschlüsse gestatten, so erscheint mir doch hier einwandsfrei festgestellt, daß auch mit Aronsonserum bei epidemischer Meningitis sich Erfolge erzielen lassen.

4. Wenn auch die theoretische Grundlage der Serodiagnose der Lues der Kritik nicht standzuhalten vermochte, so hat sich die Reaktion doch praktisch bewährt. Nur bei Framboesia, Lepra und einigen Fällen von Diabetes, Malaria und Neoplasmen wurde (außer bei Lues) positive Reaktion gefunden. Interessant ist, daß man bei Luetikern durch Lecithineinspritzung die positive Reaktion zum Schwinden bringen kann, ohne daß die Krankheit selbst dadurch günstig beeinflußt wurde. Die Autoren nehmen des weiteren Stellung zu einigen Neuerungen in der Technik der Reaktion und bringen endlich ihre Gesamtresultate: „Der negative Ausfall ist nicht imstande, den für eine spezifische Erkrankung sprechenden klinischen Befund zu erschüttern. So wenig ihm im diagnostischen Kalkül eine Valenz zuerkannt werden darf, so bedeutungsvoll und richtunggebend für Diagnose und Therapie kann ein positiver Befund sein.“

5. In einer vorläufigen Mitteilung berichten die Autoren über ihre therapeutischen Resultate mit atoxylsaurem Quecksilber. Das Präparat ist ein wirksames Schutz- und Heilmittel für die Hühnerspirillose. Es hat einen durchschlagenden Erfolg bei experimenteller Kaninchensyphilis, es wirkt auch günstig bei Rekurrenzinfektion der Ratten und bei Trypanosomiasis; im Reagenzglas tötet es Trypanosomen und Spirochäten energisch ab. Es wäre sehr zu wünschen, daß die begonnenen therapeutischen Versuche beim Menschen ein entsprechend günstiges Resultat lieferten.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Halle,** Charlottenburg.

1. **Histologische Untersuchungen zur Kenntnis der Entstehung der Taubheit infolge von angeborener Syphilis.** Von Dr. Otto Mayer. Archiv f. Ohrenh., Bd. 73, Heft 3/4.

2. **Sind „Totalaufgemeißelte“ kriegsdiensttauglich?** Von Dr. Zeman, ebenda.

3. **Zur Kenntnis der primären Mittelohrdiphtherie.** Von Dr. Stein. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde, Bd. 56, Heft. 4.

4. **Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose.** Von Dr. Albrecht, ebenda.

5. **Ueber die operative Behandlung der eitrigen Meningitis bei Labyrintheiterungen.** Von Dr. Wittmaack. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 47.

1. Das wichtige pathologisch-anatomische Substrat für die Entstehung der Taubheit auf syphilitischer Basis sucht Mayer beizubringen. Im Gegensatz zum klinischen Symptomenbild war es bisher nicht genügend sichergestellt. Verfasser untersuchte Schläfenbeine hereditär syphilitischer Kinder, die möglichst bald post mortem herausgenommen und fixiert wurden. Er nahm an, „daß bei Kindern, die mit ausgebreiteten luetischen Veränderungen behaftet waren, und die infolge der Schwere der Infektion zugrunde gingen, doch manchmal dieselben Veränderungen im Gehörorgan, nur vielleicht in noch früheren Stadien, zu finden sein würden, wie bei solchen, die im Pubertätsalter ertaubt sind, und die dann nach Jahren zur Obduktion gelangten.“

Sein Material bestand aus elf Schläfenbeinen, die möglichst frisch dem Körper entnommen und eingelegt wurden. Die Einzelheiten des Befundes lassen sich nicht kurz referieren. Das Ergebnis faßt Mayer in drei Sätzen zusammen des Inhalts, daß sich bei hereditär luetischen Kindern spezifische entzündliche Prozesse an den Meningen abspielen, die einhergehen mit einer spezifischen interstitiellen Entzündung des Acusticus. Diese Entzündung pflanzt sich in das innere Ohr fort. Die Ertaubung erfolgt wahrscheinlich durch Exazerbation einer latenten meningitischen Reizung.

2. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

Diensttauglich ist, wer

1. die vorgeschriebene Hörschärfe besitzt (2 m für akzentuierte Flüstersprache, mindestens 6 m für das gesunde Ohr) bei Intaktheit des statischen Apparates,
2. keine retroaurikulären Oeffnungen hat,
3. bei wem die Operation erfolgreich war,
4. wenn die Operationshöhle allseitig von Knochen umgeben ist.

Beiderseitig „radikal" Operierte sind immer als dienstuntauglich anzusehen.

3. Den bisher bekannten drei Fällen von primärer Diphtherie des Mittelohrs fügt Verfasser drei selbst beobachtete zu. Im Anschluß an Schnupfen trat eine Mittelohrentzündung mit hohem Fieber auf, Druckschmerz auf den Warzenfortsatz, Erbrechen. In der Tiefe beider Gehörgänge fanden sich „weiße, schwammige, leicht zerreißliche Massen", die von einem Tage zum anderen nachgewachsen waren. An denselben wurden Diphtheriebazillen nachgewiesen. Verfasser nimmt an, daß der Schnupfen den Boden vorbereitete, auf dem sich die Diphtheriebazillen ansiedeln konnten. Alle Patienten erhielten Seruminjektionen. Alle drei heilten ohne weitere Komplikationen.

4. Die Aetiologie der Kehlkopftuberkulose ist noch immer nicht geklärt. Als sicher gilt, daß primäre Kehlkopftuberkulose sehr selten ist, daß sie sich vielmehr meist an eine bestehende Lungentuberkulose anschließt. Von hier werden nach der Annahme der Autoren die mit Bazillen durchsetzten Schleimmassen gegen die Schleimhaut der hinteren Larynxwand und der Aryknorpel geschleudert, welche oberflächlich lädiert wird und dann die Einwanderung der Bazillen gestattet. Gegen diese Theorie lassen sich gewichtige Bedenken erheben, und so sind als weitere Infektionswege die Blut- und die Lymphbahnen bezeichnet worden. Albrecht versuchte deswegen, durch Tierexperimente über die Entstehung der Kehlkopftuberkulose Klarheit zu schaffen.

Er tracheotomierte das Tier, bestrich mit gerauhter Sonde mehrmals die hintere Larynxwand, nachdem die Sonde mit infektiösem Material beschickt war. Es gelang auf diesem Wege fast regelmäßig, Tuberkulose des Kehlkopfs zu erzeugen, und zwar von den leichtesten bis zu den schwersten Formen. Auch eine Infektion auf dem Wege des Blutstroms gelang dem Verfasser, doch nur unter besonders günstigen, praktisch kaum in Frage kommenden Verhältnissen. Auf dem Wege der Lymphbahn gelang es ihm nicht, Tuberkulose des Kehlkopfes zu erzeugen, doch sind hier seine Versuche nicht eindeutig.

Als wichtiges Resultat dieser Arbeit ist wohl festgestellt, daß in der Tat der Hauptweg der Infektion der durch Kontakt ist, während die anderen praktisch seltener in Frage kommen.

5. Die lange herrschende Ueberzeugung, daß eine eitrige Meningitis immer den Tod des Patienten bedeutet, kann, wenigstens für die otogen entstandene Meningitis — die bei weitem häufigste Ursache — nicht mehr aufrecht erhalten werden. Nachdem durch die Arbeiten Jansens, Neumanns, Alexanders u. a. das Uebergreifen der Eiterung vom Labyrinth durch Porus acusticus internus und Aquäductus vestibuli auf die Meningen nachgewiesen war, ergab sich auch der Weg zur Hilfe, nämlich eine breite Freilegung des Labyrinths und Spaltung der Dura, um dem entzündeten Prozesse einen breiten Abfluß zu verschaffen.

Dieser hauptsächlich von der Wiener Schule vertretenen Anschauung schienen eine Zeitlang die wenig ermutigenden Resultate zu widersprechen. Nachdem man sich aber zu einem möglichst frühzeitigen Eingriff entschloß, wurden die Erfolge verblüffend gut. Wittmaack, der selbst angibt, mit großer Skepsis an dieser Operation herangegangen zu sein, berichtet über zwei glänzende Heilungen in Fällen, die fraglos früher verloren gewesen wären. Er eröffnete das Labyrinth nach der Neumannschen Methode, legt die Dura in der hinteren und mittleren Schädelgrube frei und spaltete sie von dem Sinus sigmoideus bis zum Porus acusticus internus. Als bestes Mittel zur Sicherung des geeigneten Zeitpunktes bezeichnet er die Lumbalpunktion. Ergibt diese eitriges Punktat oder zeigt sich bei wiederholter Punktion ein Fortschreiten der Trübung, so ist die Spaltung der Dura indiziert.

Soziale Medizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer**, Steglitz.

1. **Honorierung klinischer Arbeiten.** Med. Reform, 1908, Nr. 40, Artikel „Die freie Vereinigung der med. Fachpresse".

2. **Seminar für soziale Medizin.** Ibid., kleine Mitteilungen.

3. **Zur Reform des Krankenversicherungsgesetzes. Prophylaxe Wohnungshygiene.** Von Dr. R. Lennhoff. Ibidem, Nr. 41.

4. **Zentralkomitee der Auskunftsstellen für Alkoholkranke in Berlin und Provinz Brandenburg.** Ibidem, Nr. 41, kleine Mitteilungen.

5. **Mutterschaftsversicherung.** Von Dr. med. Alfons Fischer, Karlsruhe i. B. Ibidem, Nr. 42.

6. **Zur sexuellen Aufklärung der Jugend.** Ibidem, Nr. 42, S. 507.

7. **Gewerbliche Bleivergiftungen in der ungarischen Tonwarenindustrie.** Von Dr. Heinr. Pack, Magyrarfalu. Ibidem, Nr. 43.

8. **Aerzte als Zeugen beim Strafgericht.** Ibidem, Nr. 43, kleine Mitteilungen.

9. **Kurpfuschereigesetz.** Ibidem, Nr. 43, kleine Mitteilungen.

10. **Fürsorge für erkrankte unbemittelte Schulkinder.** Ibid., Nr. 44, S. 531.

11. **Eröffnung des neuen Säuglings- und Mutterheims in Charlottenburg.** Ibidem, Nr. 44, S. 532.

12. **Die Säuglingsklinik des Komitees zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses in Charlottenburg.** Ibidem, Nr. 44, kleine Mitteilungen.

13. **Säuglingsfürsorge in Schöneberg.** Von Rabnow. Med. Reform, 1908, Nr. 45.

14. **Kinderheim in Offenbach.** Ibidem, kleine Mitteilungen.

15. **Mutterschutz in Oesterreich.** Ibidem.

16. **Aerztliche Ethik in Amerika.** Von Dr. Kee, Cincinnati. Aerztl. Centralanzeiger, 1908, Nr. 45.

1. Die neuerdings mehrfach erörterte Frage der Honorierung klinischer Arbeiten und ärztlicher Gutachten über neue, von den Fabriken versandte Mittel wurde auch in der Generalversammlung der freien Vereinigung der med. Fachpresse am 24. IX. zu Köln unter Vorsitz Posners verhandelt. Das Ergebnis läßt sich im allgemeinen kurz dahin zusammenfassen, daß gegen eine Honorierung wirklich solider, nicht nur der Reklame dienender Arbeiten nichts einzuwenden ist. In dieser Beziehung zweifelhafte, ihnen zugehende Arbeiten sollen die Redaktionen zurückweisen. Ehrlich wies auf die oft sehr kostspielige experimentelle Prüfung neuer Arzneimittel hin. Er selbst hat von den Fabriken nie ein Honorar verlangt oder erhalten. v. Noorden hat sich öfter eine Summe für den Freibettfonds in den ihm unterstellten Krankenhäusern ausbedungen.

2. Wir referierten kürzlich über den von verschiedenen Seiten ausgesprochenen Wunsch nach sozialem Unterricht der jungen Mediziner. Unterm 19. IX. hat der Kultusminister Anweisung ergehen lassen, Medizinalpraktikanten das Seminar für soziale Medizin in Berlin zu empfehlen.

3. In Gemäßheit eines Erlasses des Ministers für Handel und Gewerbe vom 26. VIII. ist es den Krankenkassen unter der Geltung des gegenwärtigen Krankenversicherungsgesetzes nicht mehr gestattet, Gelder für Wohnungsenqueten aufzuwenden, also, wie Lennhoff hinzufügt, Prophylaxe zu treiben. L. betrachtet daher den Erlaß als Material für die künftige Umgestaltung des genannten Gesetzes.

4. Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke, in denen jedoch eine ärztliche Behandlung nicht stattfindet, befinden sich in Berlin: in der Poliklinik für Nervenkranke der Charité, Alexanderufer (Montags und Donnerstags 5—7 Uhr) für N. und NW., Linkstraße 11 (Freitags 6—8) für W. und SW., Gormannstraße 13 (Mittwochs 6—8) für O. und NO. Kranke in Behandlung eines Arztes haben von diesem einen Ueberweisungsschein an die Fürsorgestellen mitzubringen.

5. Das Mutterschaftsversicherungsproblem wird zurzeit mehrfach erörtert. In dem Artikel „Mutterschaftsversicherung. Zu den Verhandlungen des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit in Hannover am 17. und 18. IX." bespricht Dr. Alf. Fischer, Karlsruhe, ein Buch zu diesem Thema, auf das hiermit hingewiesen sei. Es ist dies die soeben erschienene Schrift von Dr. Alice Salomon: „Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung." (84. Heft der Schriften des genannten Vereins.)

6. Ueber die Stellung der Schule zur sexuellen Aufklärung der Jugend nahm der Rektorentag der Provinz Sachsen in Halle nach einem Vortrage des Stadtarztes und Universitätsprofessors Dr. v. Drigalski Leitsätze an, die uns das Richtige diesem modernen Thema gegenüber zu treffen scheinen. Die in Großstädten notwendige, sonst erwünschte Aufklärung im letzten Schuljahr soll die Erziehung durch die Schule ergänzen, die Dinge unbefangen und zugleich zurückhaltend behandeln, auf verschiedene Entwicklungsstufen der Hörer berechnet sein, ihre ethischen und menschlichen Empfindungen berücksichtigen, nicht

Pub

Digitized by UNIVERSITY OF MICHIGAN Original from UNIVERSITY OF MICHIGAN

die Sinnlichkeit und Neugierde erregen, durch einen Arzt erfolgen, und nur in gesundheitlichen Ermahnungen (auch vor dem Alkohol) bestehen. Die allgemeine Annahme und Verbreitung dieses Programms dürfte gewissen neuzeitlichen radikalen Aufklärungsbestrebungen einen Damm entgegensetzen.

7. Unter dem unter obiger Nr. 7 erwähnten Titel ist kürzlich im Verlag der Ungarischen Gesellschaft für gesetzlichen Arbeiterschutz ein Buch von Dr. Adalbert Chyzer, Chefarzt-Stellvertreter der ungar. Staatsbahnen, erschienen, das Dr. H. Pach a. a. O eingehend und lobend bespricht. Wir selbst haben hier mehrfach über gewerbliche Bleivergiftungen referiert, erwähnt sei nach Pach aus dem Chyzerschen Buch das Vorkommen von Blei in Kleidern und Bettwäsche, so von 0,243 g im Rock eines 5 jährigen Knaben (mit Bleisaum), in der Mütze desselben (0,0144), im Rock eines Töpfers (3,90), im Polsterüberzug eines schwer bleikranken Mädchens (0,0897), im gesamten Wiegeninhalts eines Säuglings (ca. 2,0).

8. Infolge einer Eingabe der Wiener Aerztekammer an das Oberlandesgericht, Prozesse, in denen Aerzte vernommen werden sollen, als erste am Vormittag anzusetzen, hat der Präsident dieses Gerichts unter gewissen Einschränkungen, die auch den Wünschen anderer Rechnung tragen, tunlichste Berücksichtigung in Aussicht gestellt.

9. Wir referierten s. Z. über den Entwurf eines Kurpfuschereigesetzes und behielten uns Stellungnahme dazu vor. Jetzt verlautet, daß in Preußen von den Provinzialbehörden ein so umfangreiches gutachtliches Material eingegangen ist, daß seine Bearbeitung noch Monate beanspruchen wird. Erst dann kann es an das Reichsamt des Innern gelangen, was vor Ende des Jahres nicht zu erwarten ist. Da der Gesetzentwurf dann noch den Bundesrat durchlaufen muß, kann er im Reichstag nicht vor dem Winter 1909 beraten werden.

10. Die Charlottenburger Armendirektion hat den Stadtärzten mitgeteilt, daß ihnen erkrankte unbemittelte Schulkinder unmittelbar zugeführt oder überwiesen werden können. Bisher mußten die Eltern erst den Armenkommissionsvorsteher aufsuchen und von ihm einen Schein zur freien Behandlung erbitten. Infolgedessen unterblieb die Behandlung häufig überhaupt.

11. In Charlottenburg hat der Verein „Säuglingsheim“, dessen Säuglings- und Mutterheim sich bisher in Schöneberg in Mietsräumen befand, sein neues Heim im eigenen Gebäude, Westend, Platanenallee, eröffnet. Es gewährt 40 Säuglingen und deren unverehelichten oder eheverlassenen Müttern für je drei Monate nach der Entbindung unentgeltlich Unterkunft und Pflege. Das Mütterheim nimmt ferner 40 Mütter mit ihren Kindern gegen Zahlung von monatlich 20 Mk. für die Mutter und 5 Mk. für das Kind ohne Zeitbeschränkung auf. Schwangere können auch schon vor der Entbindung, die im Krankenhause erfolgt, aufgenommen werden, ebenso Säuglinge ohne Mütter. Die Stadt zahlt 6000 Mk. Zuschuß.

12. Die Säuglingsklinik des Komitees zur Errichtung eines Säuglingskrankenhauses in Charlottenburg, Christstraße 9, die vor einem Jahr mit vorläufig 16 Betten eröffnete, hat sich jetzt auf 29 erweitert. Verpflegungssatz für Unbemittelte 2,50, sonst 6 Mark.

13. Die am 1. V. 07 in Schöneberg bei Berlin, Ebersstraße 2, eröffnete Säuglingsfürsorgestelle hat bis 31. XII. 07 200 Brust- und 131 Flaschenkinder, zusammen 331, versorgt. Davon waren 310 ehelich, bei der Aufnahme 167 im 1., 43 im 2., 28 im 3., 22 im 4., 28 im 5. Lebensmonat, 43 waren ½ Jahr und darüber. Gestorben sind 12, davon nur 1 (Frühgeburt) an Verdauungsstörung. Ausgeschieden sind 66 (8 Brust- und 58 Flaschenkinder). Es wurden bis jetzt nur gesunde Säuglinge aufgenommen, diese sollen vor Erkrankungen durch fehlerhafte Ernährung geschützt werden. Zu diesem Zweck werden bedürftige Mütter, um ihnen das Stillen zu erleichtern, vor und nach der Geburt durch Verabfolgung von Milch und Geld, sowie Stellung einer ganz oder teilweise freien Hauspflege während der ersten 14 Tage nach der Entbindung unterstützt, außerdem werden ihnen Stillprämien in Form von Sparkassenbüchern gewährt. Es erhielten 163 Brustkindermütter zur Fortsetzung des Stillens 10 703 Liter Milch für 2061,40 M. 191 Mütter erhielten zusammen 1142,50 M. Für 12 Sparkassenbücher wurden 81 M. ausgegeben. 90 Mütter, die nicht stillen konnten, erhielten 5528¾ Liter Milch für 1784 M. Von den Müttern zurückerstattet wurden 428,21 M. Die Gesamtkosten betrugen einschließlich der Gehälter für 1 Hilfsarzt, 1 Schwester und Miete, aber außer Bureaukosten, 6439,13 M. Organe sind der Leiter (Stadtarzt für Wohlfahrtspflege), dessen Hilfsarzt, die Fürsorgeschwester und Damen als ehrenamtliche Mitarbeiterinnen. Weitere Fürsorgeeinrichtungen, wie eine Entbindungsanstalt mit Schwangeren- und Säuglingsheim, werden erwogen.

14. Anfang November dieses Jahres ist in Offenbach ein städtisches Kinderheim (Krippe für Kinder von 6 Wochen bis 3 Jahren, und eine Kleinkinderschule für Kinder von 3 bis 6 Jahren) für Kinder, die den Tag über unbeaufsichtigt sind, ohne Unterschied der Konfession eröffnet. Das Pflegegeld beträgt 20 Pfg. täglich. Für die Nacht, für Sonn- und Feier- und andere Tage, an denen die Kinder nicht in die Krippe gebracht werden, wird ihnen die nötige Milch gekocht mitgegeben.

15. Der österreichische Bund für Mutterschutz bereitet eine Petition an das Abgeordnetenhaus des Reichsrats vor, in der er die Notwendigkeit des Mutterschutzes darlegt und aus Anlaß der bevorstehenden Reform der Arbeiterversicherungsgesetze um Einführung einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung (obligatorische Ruhe und Unterstützung 6 Wochen vor und 6 Wochen nach der Entbindung, Angliederung an die Krankenversicherung) bittet. Wir erinnern hierbei an das Referat über „Mutterschaftsversicherung“ von Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe i. B.

16. In St. Franzisko soll es Regel sein, daß der Arzt für jedes Rezept vom Apotheker Prozente erhält, in Cincinnati ist jede Assoziation zwischen Arzt und Apotheker richterlich für ungesetzlich und gemeinschädlich erklärt worden. England hat gegen diese und ähnliche gegen die ärztliche Ethik verstoßende Unsitten jüngst die prevention of corruption act erlassen.

Bericht über den 4. internationalen Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia.*)

Von Dr. **E. Margulies**, Kolberg.

Meine Herren! Ueber den vierten internationalen Kongreß für Thalassotherapie, zu dem Sie mich zu delegieren die Freundlichkeit hatten, ist ein Bericht von Hennig bereits in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ erschienen, und wird ein von mir abgefaßtes kurzes Referat in der neubegründeten Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene im Januarheft abgedruckt werden. Außerdem soll der ausführliche Kongreßbericht, wie mir mitgeteilt wurde, möglichst schnell zur Ausführung gebracht werden. Ich werde mich daher nur auf einige kurze Bemerkungen beschränken, von denen ich annehmen darf, daß sie gerade für uns Ostseeärzte ein besonderes Interesse bieten.

Da käme in erster Reihe in Betracht das Referat von Haeberlein-Wyk „über die Anzeigen und Gegenanzeigen der Seebadekur bei der Behandlung von Fällen der Chlorose und Anämie“. In vielen Hand- und Lehrbüchern, deren sich Medizinstudierende wie Aerzte bedienen, herrscht noch heute die Meinung vor, daß der Seeaufenthalt für Blutarme und Bleichsüchtige ungeeignet wäre. Demgegenüber können wir uns ebenso wie alle Diskussionsredner des Kongresses den aus Blutuntersuchungen an 80 Kindern und Erwachsenen gezogenen Schlüssen anschließen, daß der Aufenthalt an der See für Anämische wie Chlorotische in der Regel recht gute Erfolge aufzuweisen hat; haben doch die Untersuchungen eine Steigerung des Hämoglobingehaltes und Vermehrung der roten Blutkörperchen ergeben. Bei kräftigen Individuen und leichter Anämie sind auch kalte Seebäder angezeigt, sonst aber warme Bäder vorzuziehen. Gegenanzeigen kommen eigentlich nur für schwerste Fälle mit großer allgemeiner Schwäche, Herzbeschwerden usw. in Frage, auch steigert sich bisweilen eine mit der Anämie verbundene Nervosität an der See und bedingt eine Gegenanzeige der Seebadekur.

Aus der Diskussion möchte ich eine Mitteilung besonders hervorheben, nach welcher Professor Adolf Loewy bei der diesjährigen Fortsetzung seiner physiologischen Untersuchungen am Seegestade die überraschende Feststellung gemacht haben soll, daß das Seeklima den Blutdruck nicht steigert, sondern herabsetzt. Wenn unsere ersten Autoritäten so häufig den Patienten mit nachweisbarer Arteriosklerose den Seeaufenthalt verbieten, befürchten sie wahrscheinlich die bisher vermutete blutdrucksteigernde Wirkung desselben; wir haben aber ganz besonders oft schnell eintretendes Wohlbefinden bei Arteriosklerotikern beobachten können, das durch die Feststellung Loewys wohl seine beste Erklärung finden dürfte. Es wird daher unsere Aufgabe sein, die diesbezüglichen Veröffentlichungen des bekannten Forschers aufmerksam zu verfolgen, bisher herrschenden Vorurteilen entgegenzutreten und das große Gebiet der mit Arteriosklerose verbundenen Krankheitszustände für den Aufenthalt an der See zu erschließen.

---

*) Vorgetragen in der IX. Jahresversammlung des Vereins der Badeärzte an der Ostsee am 6. Dezember 1908.

Im weiteren Verlaufe der ersten Sitzung teilte Mol, Scheveningen, seine Erfahrungen über die Behandlung der Tuberkulose an der Nordseeküste mit. Das Klima der holländischen Nordseeküste eignete sich sowohl im Sommer als im Winter sehr gut für die Behandlung der Lungentuberkulose, und es ließe sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Sommer- und Winterkuren nicht nachweisen. Lungenkranke sollten in einiger Entfernung vom Strande in geschützter Lage verbleiben. Auch vorgeschrittene Fälle könnten von dem Aufenthalt an der Nordsee großen Nutzen ziehen, wenn nur der Allgemeinzustand ein leidlicher wäre. Daß Bluthusten und Fieber von dem Seeklima hervorgerufen würden, ließe sich durch die Erfahrung nicht bestätigen. — Meine Herren! Wenn der Windschutz neben dem Seeklima bei der Behandlung der Lungentuberkulose eine Rolle spielt, so darf die Ostseeküste mit ihren Waldungen und Höhenzügen der Nordseeküste nicht hinangesetzt werden; diesem Gedankengange hat vor mehr als Jahresfrist Kobert gelegentlich der Studienreise durch die Ostseebäder beredten Ausdruck verliehen, ihn haben Röchling, Lange und ich in der Arbeit: „Der Heilwert der Ostsee“ nachdrücklich vertreten, und auch Hennig ist in einem Vortrage in Abbazia für Schaffung von Lungenheilstätten an der Ostseeküste eingetreten.

Am zweiten Verhandlungstage ist zunächst der Einfluß der Seebadekur auf Frauenkrankheiten behandelt worden. Die hierzu bestellten Referenten waren leider beide nicht erschienen, und so äußerte sich der durch sein Gewaltinstrument in Aerztekreisen wohlbekannte Prof. Bossi, Genua, zuerst zu der Frage und meinte, daß die Seebadekur als konservative Behandlungsmethode um so mehr zu berücksichtigen sei, als sich heutzutage eine Abkehr von der operativen Polypragmasie bemerkbar machte. Es bestände ein prinzipieller Unterschied zwischen den südlichen und nördlichen Meeren, und er hielte nach seinen Erfahrungen die südlichen für kranke Frauen für mehr geeignet. Der in Abbazia als Frauenarzt praktizierende Dr. Kurz konnte in seinem Vortrage auf Grund längerer Beobachtung von ca. 400 gynäkologischen Fällen bestätigen, daß die südlichen Seebäder bei der Behandlung von Frauenkrankheiten in vielen Fällen mit Erfolg angewendet werden könnten. Sie übten einen günstigen Einfluß aus bei nervösen Zuständen, die sich im Gefolge von Frauenleiden zeigten, eine kräftigende Wirkung bei Schwächezuständen sowie in der Rekonvaleszenz nach Operationen, sie zeigten einen resorptionsfördernden Einfluß bei den chronisch entzündlichen Affektionen, hätten bei Lageveränderungen der Gebärmutter eine auflockernde und die Korrektur bedeutend erleichternde Wirkung, zeigten einen gewissen Heileffekt bei Menstruationsanomalien, bei Myomen — und öfter eine günstige Beeinflussung des Klimakterium. Bei gewissen Fällen von Frauenkrankheiten wäre die Seeheilkunde allerdings entweder kontraindiziert oder käme höchstens, falls eine chirurgische Behandlung notwendig würde, als Vorbereitung im Sinne einer Kräftigung des Organismus vor einer Operation in Betracht. — Hennig will auch an der Ostsee — in Cranz — vielfach günstige Beeinflussung der verschiedenartigsten Frauenkrankheiten gesehen haben; die Behandlung von Frauenleiden würde dort besonders unterstützt durch das Vorhandensein einer großen Warmbadeanstalt, in der Mineralmoorbäder von einer in der Nähe gewonnenen guten Moorerde verabreicht würden.

Meine Herren! Dem Studium des Einflusses der Seebadekur auf Frauenleiden werden wir Ostseeärzte um so größere Aufmerksamkeit zuwenden müssen, als unter den fünf Themen, über die bei dem nächsten Kongreß verhandelt werden soll, auch diese Frage wieder gestellt worden ist. Wir werden aber gut tun, auch Spezialärzte im Binnenlande, besonders aber Forscher an den Universitäten, zur Mitarbeit in diesem wie in allen anderen Punkten nach Möglichkeit mit heranzuziehen. Haben sie doch ein größeres Material, ferner größere Vertrautheit mit der wissenschaftlichen Behandlung derartiger Fragen, endlich wird den Resultaten ihrer Arbeiten größere Objektivität zuerkannt.

Auf Anregung von Hans Leyden, Berlin, fand die Frage der schwimmenden Sanatorien an diesem und dem dritten Sitzungstage sehr ausführliche Besprechung. Bassenge, Berlin, Diem, Wien, und Castiglioni, Triest, lieferten interessante Beiträge über die Indikationen zur Seeheilkunde auf Hochseeschiffen, über den Heilwert der Seereisen und über den Bau, die Einrichtung und Leitung derartiger Kurschiffe. Glax äußerte berechtigte Bedenken wegen der hohen Kosten derartiger Kuren, die nur für besonders Begüterte in Betracht kommen könnten. Da war es für die Vertreter der Ostsee eine große Freude, daß Lindemann, Zoppot, darauf hinweisen konnte, daß die Frage an der Ostsee in bescheidenem Maße diesen Sommer gelöst sei. In der Danziger Bucht hätte in den warmen Sommermonaten ein Schiff mit 24 Kurbedürftigen täglich mehrere Stunden lang gekreuzt, was sich mit geringen Mitteln erzielen ließ, und die Resultate wären sehr befriedigend gewesen.

Am letzten Verhandlungstage haben sich die Vorträge sehr gedrängt und mußten zum Teil stark verkürzt zu Gehör gebracht werden. Wenn Glax, der auch erst an diesem Tage zu seinem Referate „Ueber die verschiedenen Meeresklimate und die Bedingungen ihrer Wirksamkeit“ gelangte, nur einen Teil seiner tiefgründigen Arbeit verlesen hat, so kann er sicher sein, daß sich wohl alle Thalassotherapeuten dem Studium seiner Arbeit noch nachträglich unterziehen werden. Wir Ostseeärzte schulden ihm aber besonderen Dank, daß er trotz der Abkürzung seines Referates nachdrücklich hervorgehoben hat, daß die klimatischen Verhältnisse unserer nördlichen Meere in keiner Weise Berechtigung gewähren, den Heilwert der Nordsee höher zu stellen als den der Ostsee.

Auch äußerlich hat die Ostsee diesesmal besonders gut abgeschnitten. Dem aus 9 Mitgliedern bestehenden Präsidium, in welchem der ewig jugendliche Altmeister Exzellenz v. Leyden den Ehrenvorsitz und Professor Glax den Vorsitz führte, gehörten zwei Ostseeärzte an. Und dem vom Vertreter des Ostseebäderverbandes gestellten Antrage, bei der Wahl des nächsten Kongreßortes, falls Deutschland berücksichtigt würde, die Einladung des Ostseebades (Kolberg) der des Nordseebades (Westerland-Sylt) vorzuziehen, wurde von der Kommission und von der Schlußversammlung stattgegeben.

Ihren Verein, meine Herren, bitte ich, bei dem fünften internationalen Kongreß für Seeheilkunde nach Kräften mitzuwirken und halte es für selbstverständlich, daß — wo auch immer der Kongreß stattfinden mag — der Vorsitzende Ihres Vereins, der gleichzeitig der ärztliche Berater des Ostseebäderverbandes und Mitglied des permanenten internationalen Komitees für Thalassotherapie ist, der Leiter des nächsten Kongresses sein wird.

Möge der nächste Kongreß dahin führen, daß dem Heilwert der Ostsee endlich die ihm gebührende Würdigung zuerkannt wird.

Varia.

Der Magen als Exkretionsorgan.

Mit diesem interessanten Kapitel der Physiologie beschäftigen sich zwei Arbeiten, die hier kurz erwähnt werden sollen:

1. **Ausscheidung von Chloroform durch den Brechakt.** Von Dr. Gelpke, Liestal. Korr. f. Schw. Aerzte, 1908, Nr. 13.

2. **Ueber die Aetiologie und Therapie des Schwangerschaftserbrechens.** Von Dr. Schwarzenbach, Zürich. Ibidem, 1908, Nr. 14.

1. Gelpke führt folgendes aus: Ebenso, wie subkutan beigebrachtes Morphin und Brechweinstein vom Magen ausgeschieden und erbrochen werden (Magendie, Hermann), und wie bei manchen akuten Krankheiten, bei Migräne, Nephritis, Tabes, Sepsis, sowie bei Gravidität oft Erbrechen (und Diarrhöe) eintritt, ist auch das Brechen nach Chloroformnarkose als ein Exkretionsakt des Magens aufzufassen, dem stellenweise, ähnlich wie Nieren, Haut, Lungen die Aufgabe zufällt, den Organismus zu entgiften.

Der Nachweis von Chloroform in den erbrochenen, vor Verdunstung geschützten Massen gelingt durch Zusatz von einem Tropfen Anilin und etwas Natronlauge zu dem filtrierten Mageninhalt, dann Kochen: Es tritt ein charakteristischer, stechender Geruch nach Isonitril auf. (Bunge.)

2. Nach Schwarzenbach handelt es sich bei der Hyperemesis gravidarum um einen Intoxikationszustand, bei dem das betreffende Gift in dem Magen ausgeschieden wird und hier durch die Reizung der Schleimhaut das Erbrechen anregt:

Public

Bei nüchternem Magen, der das Gift in konzentriertem Zustande enthält, reagieren die Frauen besonders heftig auf Nahrungszufuhr, während das Frühstück behalten wird, wenn die Schwangeren vorher irgendeine Flüssigkeit genommen und diese erbrochen hat. Ergo: Oefter kleine Mahlzeiten unter suggestivem Zureden. W. Esch.

Ein Fall von erworbenem Myxödem. Von A. Herz. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 39.

Bei dem 45jährigen Manne hatte sich ohne ersichtlichen Grund Myxödem entwickelt, daß sich unter der Behandlung mit Schilddrüsentabletten in einem Vierteljahr bis auf geringe Reste zurückbildete. Die Stickstoffausscheidung vermehrte sich während der Behandlung auf das 2—2½fache, die mydriatische Wirkung des Serums auf das Froschauge verschwand, das Körpergewicht nahm um 30 Pfund ab. Leichte Symptome von Tetanie wurden beobachtet und überdauerten die Behandlung.

F. von den Velden.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Erfahrungen über Anwendung von Isoform als Streupulver, Gaze, Zahnpaste (Saluferin-Zahnpaste) etc.** Von Dr. C. Siebert. Therap. Monatshefte, Nov. 1908.
2. **Bromvalidol.** Von Dr. G. Schwersenski. Ibidem.
3. **Ueber Sabromin.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg. Med. Klinik, 1908, Nr. 45.
4. **Ueber Jod- und Bromglidine-Tabletten.** Von Prof. Diettrich. Pharmaz. Zentralhalle, 1908, Nr. 46.

1. An der Breslauer Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten hat Dr. Siebert das Isoform als Streupulver, Gaze, Zahnpaste etc. angewendet. Er bespricht die chemische Beschaffenheit des Präparates, seine Wirkungsweise, sein Anwendungsgebiet und seine Kontraindikationen in einem kurzen Artikel, dem wir folgendes entnehmen: Das 1905 von v. Mikulicz in die Therapie eingeführte Isoform ist ein Parajodoanisol und kommt durch die Chemische Fabrik am Vorgebirge in Bonn a. Rh. in den Handel als Pulvis Isoformii, eine Mischung āā von Parajodoanisol mit Calc. phosphor. Infolge seiner großen Desinfektionskraft ist Isoform gegenüber den anderen Wundstreupulvern nicht so indifferent gegen die Gewebe und erfordert daher auch eine andere Anwendungsweise als diese. Während es für die normale Haut völlig indifferent ist, ätzt es bei Wunden, Granulationen etc. die Gewebe oberflächlich etwa wie Karbolsäure oder Jodtinktur. Reines Isoform wird deshalb nur bei verschmierten, unreinen Wunden mit starker Eitersekretion angewendet. Sobald letztere abgenommen hat, wird ein indifferentes Streupulver angewendet. Die Hauptindikationen für reines Isoform sind ferner Furunkel, Ulcera cruris und mollia, ferner Pyozyaneusinfektionen. Nach Reinigung der Wunden kann man statt der Verdünnungen (Isoform 2—5%), Streupulver etc. auch Isoformgaze auflegen. Diese kommt als 10-, 3- und 1proz. in den Handel und stellt einen ausgezeichneten, geruchlosen und desinfizierenden Verbandstoff dar. Die 10proz. Isoformgaze wendet man bei stark verunreinigten Wunden an. Auf reinen Granulationsflächen wirkt sie leicht ätzend und verschmierend. Der Verf. hält besonders die höherprozentige Gaze für steril. Falls man doch eine Sterilisation für wünschenswert hält, soll diese nicht mehr als zweimal vorgenommen werden, da die Gaze ca. ⅓ ihres Isoformgehaltes einbüßt. Um die Umgebung von Wunden vor einer Reizung mit Isoform zu schützen, ist es zweckmäßig, dieselbe mit Salbe zu bedecken. 50proz. Isoform-Glyzerin dient zum Bedecken und zum Schutz der Hände gegen Infektion (bei Operationen) und hat weder bei Verf. noch bei seinen Kollegen irgendeine Reizung der Haut hervorgerufen. Zur Prophylaxe und Therapie der Stomatitis mercurialis empfiehlt S. die Saluferin-Zahnpaste mit einem Gehalt von 5% Isoform (Norddeutsche Chem. Werke, Berlin). Dieselbe hat sich bei Hunderten von Patienten der Breslauer Klinik aufs beste bewährt. Bei Stomatitis ulcerosa wurde reines Isoform aufgestreut, bei Ulzerationen des Zahnfleischsaumes 10proz. Isoformbrei aufgelegt (Zusammensetzung: Isoform. 2,0, Glycerin. 8,0, Mucilag. Gumm. 4,0, Bol. alb. 10,0), oder es wurde der Raum zwischen Wange und Zahnreihe mit 1—3proz. Isoformgaze tamponiert.

2. Dr. Schwersenski, der im Jahre 1897 das Validol, den Valeriansäuremethylester des Menthols, in die Therapie einführte, hat behufs Verstärkung der beruhigenden Baldrianwirkung — er glaubt, daß der Baldrian eine tonisierende, daneben aber auch belebende, „animierende“ Wirkung entfalte — dem Validol das Bromnatrium hinzugefügt. Denn die notwendige, mehrfach verwendete chemische Verbindung von Brom und Baldrian, die Bromvaleriansäure, erscheint ihm gänzlich unwirksam. Nach dem Rezept: Natr. bromat. 1,0, Magnes ust. 0,1, Validol gtt. V., hat er von den vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. Tabletten herstellen lassen. Die Kombination erwies sich als besonders günstig gegen nervöse Ueberreiztheit durch Berufsarbeit und hartnäckige hysterische Zustände beim Beginn des Klimakterium. Sch. gab täglich eine Tablette in einem halben Glase Wasser. Damit erzielte er wohltuende Beruhigung ohne Ermüdung. Zwei Tabletten auf einmal erzielten erquickenden Schlaf ohne jede Nachwirkung. Durch die Auflösung der Tabletten wird das Wasser milchig, opaleszierend, und hat einen leicht salzigen, erfrischenden Geschmack. Die Tabletten sind leicht löslich. Eine Preisangabe fehlt.

3. In einer kurzen Publikation berichtet Geheimrat Eulenburg über seine Erfahrungen mit Sabromin, das er seit März dieses Jahres an insgesamt 14 Krankheitsfällen verschiedener Herkunft angewendet und studiert hat. Er benutzte ausschließlich die von der Firma Fr. Bayer & Co. hergestellten Tabletten zu 0,5 g und gab 0,5—1 g in Einzeldosen, über 3,0 (6 Tabletten) als Tagesdosen nicht hinaus. Die Tabletten wurden nach der v. Meringschen Vorschrift eine Stunde nach den Mahlzeiten gereicht; sie wurden zerkaut oder zerstoßen in Wasser genommen. Da sie geschmacklos sind, wurden sie ohne Widerwillen genommen. Bei der angegebenen Dosis hat E. gastro-intestinale Störungen nie gesehen, auch nach längerem Gebrauch das Auftreten von Bromismus nicht bemerkt. Nur einmal beobachtete er eine leichte Bromakne. Die Krankheitszustände, gegen die er Sabromin reichte, waren idiopathische Epilepsie, Neurasthenie, Angstneurose, Hysterie, psychische Depressionszustände. Während in den letztgenannten Krankheitsfällen das Sabromin gute Resultate zeitigte, wies es bei sechs Fällen von Epilepsie nur Palliativwirkungen auf. Nur in einem Falle setzten die epileptischen Anfälle ganz aus und traten auch fünf Monate nach Beginn der Krankheit nicht wieder ein. Nach E.'s Erfahrungen verdiente aber Sabromin insofern den Vorzug vor anderen Brompräparaten, besonders den Bromalkalien, als kleinere Dosen notwendig waren, um gleiche Effekte zu erzielen, wie mit jenen. Dieser Umstand, ferner der Mangel an Nebenerscheinungen, vor allem an Bromismus, und nicht zuletzt der nicht zu hohe Preis des Mittels lassen dasselbe zu allgemeiner und prolongierter Verwendung geeignet erscheinen.

4. Prof. Diettrich in Heidelberg hat Jod- und Bromglidine-Tabletten verschiedener Herkunft, teils von der Firma selbst (Dr. Klopfer in Dresden-Leubnitz), teils aus verschiedenen Apotheken untersucht, um festzustellen, ob der Gehalt an Jod bezw. an Brom den in den Prospekten gemachten Angaben entspricht. Die Untersuchungen ergaben, daß die Tabletten, die eine bräunliche Farbe besaßen und zwischen den Fingern leicht zerbröckelten, bei einem Gewicht von 0,77—0,88 g (für Jodglidine) und 0,844—0,885 g (für Bromglidine) den von der Fabrik angegebenen Gehalt an Jod (=0,05 g) und an Brom (=0,06 g) besassen. Es konnte weder freies Jod noch freies Brom nachgewiesen werden.

Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Camphosan.

Eigenschaften: Camphosan ist eine Lösung von 15 Teilen neutralem Kampfersäuremethylester in 85 Teilen reinem Santalol. Der neutrale Kampfersäuremethylester wird durch Methylieren der offizinellen Rechtskampfersäure mittels Dimethylsulfat in alkalischer Lösung dargestellt. Er bildet ein wasserklares, farbloses Oel und hat einen schwach aromatischen Geruch und kühlend bitteren Geschmack. In Wasser ist er unlöslich, in Oelen und deren Lösungsmitteln ist er leicht löslich.

Das reine terpenfreie Santalol, der chemisch reine, wirksame Bestandteil des ostindischen Sandelholzöles, ist ein klares Oel mit den bekannten Eigenschaften. Das sich aus diesen beiden Bestandteilen zusammensetzende Camphosan bildet gleichfalls eine klare ölige Flüssigkeit, die einen schwach aromatischen, an Kampfer und Sandelöl erinnernden Geschmack besitzt und in Aether, Alkohol, Chloroform leicht, in Wasser unlöslich ist.

Indikationen: Camphosan wird angewendet in Fällen, bei denen durch Verweilkatheter oder häufiges Katheterisieren die Gefahr einer Infektion besteht, also besonders bei Prostatikern, bei denen es sich als vorzügliches Adjuvaus und Heilmittel bewährt. Ferner ist es indiziert bei Entzündungen und Katarrhen der Harnröhre, der Blase und des Nierenbeckens; endlich bei Gonorrhoe.

Pharmakologisches: Die Wirksamkeit des Camphosans beruht einerseits auf dem Gehalt an Kampfersäure, die ein mildes, dabei nachhaltig wirkendes, leicht anregendes und desinfizierendes Adstringens ist und infolge des Methylierens diese Eigenschaften in erhöhtem Maße besitzt. Außerdem wirkt es anästhesierend. Seine Wirksamkeit beruht andererseits auf seinem Gehalt an Santalol, dem wirksamen Gehalt des Sandelholzöles, dessen günstige Wirkungen auf die Schleimhäute der Harnwege in kleinen Dosen seit altersher bekannt sind.

Dosierung und Darreichung: Das Camphosan kommt in elastischen Gelatine-Kapseln zu je ca. 0,3 g in den Handel. Man gibt 3—5 mal täglich 2 Kapseln. Eine Originalschachtel enthält 32 Kapseln.

Firma: J. D. Riedel, A.-G., in Berlin N.

Technische Neuerscheinungen.

Automatischer Bauchdeckenhalter.

Von Dr. **Ach**, München.

Das Instrument besteht aus zwei großen Armen, von denen jeder an seinem Ende einen löffelartigen Haken mit leicht auslösbarer Fixation trägt. Am anderen Ende weisen die Arme eine runde Platte mit dem Schloßteil auf; das Schloß ist so konstruiert, daß dasselbe in jeglicher Winkelstellung der Arme durch Sperrung stehen bleibt; durch Druck auf einen an demselben angebrachten Knopf wird die Sperrung aufgehoben. Zwischen den Armen liegt ein dritter, löffelartiger Haken, der durch ein bewegliches rhombisches Gestell an den beiden Armen fixiert ist. Die Konstruktion ermöglicht eine weitgehende Bewegungsfähigkeit dieses dritten Löffels; einesteils geht derselbe bei Oeffnung der beiden Arme mit, d. h. er bewegt sich von selbst auf das Schloß zu; andernteils kann man, wenn diese Bewegung zu gering erscheint, denselben durch einfachen Druck weiterhin nach dem Schloß zu verschieben. Dieser Bauchdeckenhalter ist auch als Wundsperrhaken (sogen. stummer Assistent) zu verwerten, indem man statt der löffelartigen Haken kurze Krallen oder scharfe rechenartige Haken einsetzt. Fabrikant: Stiefenhofer, München, Karlsplatz. M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Die Erkrankungen der Atemwege und ihre Heilung durch die Kurmittel Wiesbadens auch während der Wintermonate. Von Maximilian Bresgen. Wiesbaden 1908, Verlag Moritz & Münzel.

Der Umstand, daß Bresgen seine Arbeit für Aerzte und Kranke bestimmt hat, ist wohl die Veranlassung, daß er die Erkrankungen der Atemwege, sein durch die Wortstellung als solches bezeichnetes Hauptthema, nur ganz oberflächlich behandelt. Das Wertvolle der Arbeit liegt einmal in dem Nachdruck, mit welchem Bresgen hier wie stets für die Bedeutung der Nase als ätiologischem Faktor bei den Erkrankungen der Atemwege eintritt. Ferner bringt er einen hübschen historischen Ueberblick über die Bewertung Wiesbadens als Badeort seit dem Jahre 1610, hebt die bessere Würdigung der Quellen im allgemeinen und der Wiesbadener Thermalquelle im besonderen nach der Kenntnis der Radioaktivität hervor, vergißt aber auch nicht, die Temperatur des Kochbrunnens und seinen geringen Kochsalzgehalt als wichtige Faktoren gebührend zu betonen.

Die Kur soll keine kurze (2—4 wöchige) sein, sondern sich möglichst auf 6 Wochen und länger erstrecken. Da die Wirkung der Quellen die gleiche im Sommer und Winter ist, so soll eine notwendige Kur nicht des Winters wegen aufgeschoben werden, zumal der Kranke nach der Kur seiner früheren Beschäftigung schneller und besser nachgehen kann, weil er in adäquaten klimatischen Verhältnissen gelebt hat.

Als besonders wertvolle Anwendungsweise der Quelle betrachtet Autor das Trinken derselben, das Gurgeln mit geringen Mengen in bestimmter vorgeschriebener Weise und das Bad. Von der Inhalation hält er nicht viel, wohl sehr mit Recht.

Daß Bresgen keine Umgrenzung der Indikationen für dieses bestimmte Gebiet angegeben hat, liegt wohl an den teilweise für Kranke geschriebenen Arbeit. Dennoch hätte vielleicht darauf einiger Wert gelegt werden müssen. Zu beachten ist ferner, daß Erkrankungen der Atemwege, die auf einem Nasenleiden basieren, überall durch Beseitigung desselben geheilt werden können. Für diese und viele andere Leiden dürfte Wiesbaden in gleicher Weise wie eine Anzahl anderer namhafter Bäder, die Haupterfolge in der Beseitigung der mehr oder minder schweren sekundären Störungen erzielen, wobei für bestimmte Fälle Wiesbaden gewisse große Erfolge besitzt.

Auf eins scheint es mir wichtig, einmal nachdrücklich hinzuweisen. Seit Entdeckung des Radiums, seiner therapeutischen Bedeutung und der Radioaktivität zahlreicher Quellen, wird neben ihren bisher bekannten Bestandteilen auf die Emanation von Radium als ihrem spezifischen Heilfaktor besonders hingewiesen. Nicht daß Bresgen das vorzugsweise für Wiesbaden täte! Er betont ja genügend die Wichtigkeit anderer Eigenschaften. Auch soll der Wert der Radioaktivität gewiß nicht herabgesetzt werden. Aber wie, wenn morgen nachgewiesen wird, daß noch andere bisher unbekannte Stoffe existieren, welche den Quellen ihren besonderen Wert verleihen. Die Möglichkeit, ja die Wahrscheinlichkeit dürfte unter dem Zeichen der neuen Entdeckungsära ja weniger als je bestritten werden können. Wird dann wieder jede Quelle den neugefundenen Stoff als wertvollen Bestandteil und spezifisch für ihre Erfolge bezeichnen müssen!?

Dem Radium gebührt neben vielem anderen das Verdienst, die Quellen wieder in den früheren Stand der Wertschätzung zurückgeführt zu haben, nachdem man lange glaubte, man könne sie auch ebenso gut daheim trinken oder ihnen überhaupt nur geringe Wirkung zuerkannte. Allenfalls wurde noch die Loslösung von der Berufsarbeit als wichtig für die Badereise anerkannt. Heute ist die Stellung der Badeorte in der Therapie gefestigter als seit langem und manche neue Entdeckung dürfte weiter zu ihrer Wertschätzung beitragen. Um so mehr aber soll man sich hüten, nach der anderen Seite zu übertreiben.

Dr. Max Halle, Charlottenburg.

Ohrenheilkunde, zwölf Vorlesungen für Studierende und Aerzte. Von Prof. Albert Bing-Wien. Graumüller, Wien und Leipzig.

In zweiter Auflage ist das Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Bing erschienen. Der Verfasser nennt es allerdings nicht „Lehrbuch", da er nur eine kurze Uebersicht über das umfassende Gebiet der Ohrenheilkunde geben will, um dem Studierenden und Praktiker eine durch die Vorlesungsform besonders bequeme Orientierung zu ermöglichen. Dennoch enthält das Buch wohl alles, was für die Praxis notwendig ist. Auf Literaturangaben hat Bing fast ganz verzichtet. Für den wissenschaftlichen Arbeiter, dem dieselben unentbehrlich sind, ist das Buch ja auch nicht gedacht. Sonst aber enthält es eine Fülle von Anregungen, selbständigen Gedanken, wertvollen Hinweisen, die Eigenart und die Erfahrung des Autors besonders hervortreten lassen. Ueberall ist besonders auf Verhältnisse der Praxis hingewiesen, sind einfache und bequeme Hilfsmittel angegeben, wird neben Diagnose auch die Therapie und Prognose eingehend gewürdigt. Wenn man überhaupt etwas auszustellen haben könnte, so wäre es der Umstand, daß die Wichtigkeit der Nase und des Nasenrachenraumes für die Entstehung der Ohrerkrankungen noch mehr hätte betont sein dürfen.

Das Buch wird sich zu den alten viele neue Freunde erwerben. M. Halle-Charlottenburg.

Public

An die akademischen Bürger und Abiturienten höherer Lehranstalten. Zur Aufklärung in sexuellen Fragen. Verfaßt von Dr. L. v. Liebermann. Halle a. S. 1908, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung.

Verfasser fordert während der Entwicklungsjahre vollkommen sexuelle Abstinenz, weil sonst die besonders während der Zeit der Entwicklung überanstrengten Fortpflanzungs-Organe Ursache einer vorzeitigen Impotenz werden können. Auch dient der Samen nicht nur zur Befruchtung, sondern er enthält auch Stoffe, die wieder in den Kreislauf des Blutes und von dort in verschiedene Organe gelangen, und für eine kräftige, männliche Entwicklung des Körpers von größter Bedeutung sind. Im zweiten Kapitel gibt Verfasser in gemeinverständlicher Weise eine Beschreibung der Gonorrhoe und der Lues, um am Schluß seiner Arbeit als Schutz gegen Geschlechtskrankheiten peinlichste Sauberkeit und den Gebrauch von Präservativen zu empfehlen.

v. Rutkowski, Berlin.

Allgemeines.

Bericht über die IX. Jahresversammlung des Vereins der Badeärzte an der Ostsee am 6. Dezember 1908.

Nach der Begrüßung der anwesenden Herren durch Herrn Hofrat Dr. Röchling erfolgte die Verlesung des Jahresberichts durch Herrn San.-Rat Dr. Rhode, in dem des Verlustes des Herrn Med.-Rats Dr. v. Münchow durch den Tod gebührend gedacht und die Neuaufnahme der Herren San.-Räte Dr. Hennig und Dr. Koßwig vermeldet wurde. Ueber mehrere interessante Tagesfragen berichtete sodann Herr Hofrat Dr. Röchling, so über die Frage der Gründung einer Balneologischen Zentralstelle, über den Vorstandswechsel in der Balneologischen Gesellschaft, über den bekannten Unfall auf Sylt (der dadurch zu erklären ist, daß das Publikum in seiner Aufregung den Schwimmer an der Leine, an die er angebunden war, zurückzog, noch ehe er den mit den Wellen kämpfenden Badegast erreicht hatte), über die Aufstellung von Warnungstafeln usw. usw. R. erklärte es ferner — unter dem Beifall der Anwesenden — für sehr wünschenswert, wenn sich speziell die Berliner Kollegen für die Ostsee noch mehr als bisher interessieren würden. Ueber die Indikationen und den Heilwert der Ostsee unterrichtet eine vor kurzem erschienene Broschüre, auf die auch an dieser Stelle aufmerksam gemacht werde. Besonders nachdrücklich wies der Herr Vortragende darauf hin, daß die allgemein verbreitete Annahme, die Nordsee sei die „stärkere" Schwester der Ostsee bezüglich ihrer Einwirkung auf den Organismus, falsch sei.

Der nächste Punkt der Tagesordnung war die Aussprache über den Plan eines Zusammenschlusses der Ost- und Nordseebadeärzte zu einer Deutschen Gesellschaft für Seeheilkunde (Thalassotherapie) unter Hinzuziehung binnenländischer Interessenten. Nach lebhafter Diskussion einigte man sich dahin, daß der Verein der Badeärzte an der Ostsee der Idee zur Gründung einer solchen Gesellschaft sympathisch gegenüberstehe, auf jeden Fall aber seine Selbständigkeit bewahren wolle. Der Vorstand wurde gebeten, sich mit dieser Angelegenheit weiter zu befassen.

Den Bericht des Herrn Dr. Margulies, der am Erscheinen verhindert war, verlas Herr San.-Rat Dr. Rhode; er ist im Referatenteil dieser Nummer abgedruckt.

Dr. Lungwitz bat sodann die Versammlung, ihr offizielles Organ intensiver als bisher zu benutzen und sich durch Abfassung wissenschaftlich und praktisch wichtiger Arbeiten reger an der medizinischen Publizistik zu beteiligen. Als offizielles Organ wurde die „Therapeutische Rundschau" weiterhin beibehalten.

Die weiteren Punkte der Tagesordnung (Bericht des Kassenführers Dr. Paulsen und der Kassenprüfer, Vorstandswahl, Verschiedenes) erledigten sich rasch ohne Debatte. Sämtliche Herren, die bisher dem Vorstand angehört hatten, wurden wiedergewählt.

Lungwitz.

Zeitschrift für Stadthygiene. In dieser Woche noch wird eine neue Zeitschrift mit dem angegebenen Titel das Licht der Welt erblicken. Man mag auf dem Standpunkte stehen, daß die Literatur reich genug ist, um nicht Bedürfnis nach neuen Schätzen zu haben, und mancher steht neuen Zeitschriften prinzipiell skeptisch gegenüber. Wir wollen indes nicht wünschen, daß sich infolge einer solchen Skepsis die Verleger schlafen legen und einen sehr wichtigen Teil ihres Berufes, nämlich den des Erfindertums, der Erzeugung neuer Literatur vernachlässigen oder überhaupt aufgeben. Der neuen Zeitschrift dürfte selbst von skeptischer Seite ein besserer Willkomm geboten werden. Sie hat schon vor Erscheinen des Probeheftes ein lebhaftes Interesse erweckt, wie ich verraten darf. Es sei hier ein Abschnitt der „Einst und Jetzt" überschriebenen Einführungsworte abgedruckt:

„Wie ungeheuer wichtig diese Bestrebungen der Stadthygiene sind, braucht nicht angeführt zu werden. In unserer Zeit des fast absoluten Subjektivismus vereinigen sich die die Sicherheit der Gesamtheit wie des einzelnen anstrebenden Bürger der Stadt und des Staates zu einem großen Heere, das mit erfolgreichen Waffen um Güter von höchst sozialer Bedeutung kämpft. Der kalte Egoismus, ein Zeichen des Deutschen, geht unter im Nationalgefühl. Auch wir wollen mithelfen am nationalen Werk. Die Spalten unserer Zeitschrift stehen jedem offen, der zu den Problemen der Stadthygiene etwas Brauchbares beizutragen hat, der Vorschläge und Anregungen gibt und Erfahrungen mitteilen kann, durch welche die Wissenschaft und die Praxis zu kritischer Erwägung herausgefordert wird. Wir wissen, daß die Zahl gleichgesinnter Bürger nicht gering ist, und wir fordern alle auf, unsere Bestrebungen durch Mitarbeit auf den verschiedenen Gebieten der Stadthygiene zu fördern und zu unterstützen."

Das erste Heft, das Interessenten kostenlos zur Verfügung steht, hat folgenden Inhalt:

Einst und Jetzt. Ein Wort zur Einführung. Dr. Cl. Dörr, Charlottenburg: Die Müllanalyse und ihr praktischer Wert für die Müllverbrennung. Branddirektor Effenberger, Hannover: Etwas über die Müllabfuhr. Stadtbaurat Hache, Gleiwitz: Die Kanalisation der Stadt Gleiwitz. Dr. med. et phil. H. Lungwitz, Berlin: Zur Verbilligung und Verbesserung der Ernährung in öffentlichen Anstalten. Dr. med. L. Schaps, Friedenau: Die Säuglingsfürsorgestellen der Stadt Berlin, ihre Einrichtungen und Ziele. Gerichtschemiker P. Lohmann, Gr.-Lichterfelde: Bleihaltige Kinderspielwaren.

Zahlreiche „erste Kräfte" haben ihre Mitarbeit zugesagt. Es besteht kein Zweifel, daß die Monatsschrift in kommunalen Kreisen, in den Kollegien der Städte, bei Technikern, Ingenieuren, Architekten, nicht zuletzt aber auch bei den Aerzten, namentlich den beamteten, lebhaftes Interesse finden wird.

Redakteure: Ingenieur Dr. Cl. Dörr, Charlottenburg, und ich. Verlag: Gustav Ehrke, Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44. Preis: das einzelne Heft 1,25 M., Jahresabonnement (12 Hefte): 12 M.

Lungwitz.

Der 30. Balneologenkongreß wird unter Leitung von Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Brieger (Berlin) vom 4. bis 8. März 1909 in Berlin tagen. Vorträge haben bereits zugesagt die Herren Prof. Bickel (Berlin), Geh.-Rat Brieger (Berlin), Prof. Blumenthal (Berlin), Hofrat Determann (St. Blasien), Geh.-Rat Eulenburg (Berlin), Geh.-Rat Ewald (Berlin), Privatdozent Frankenhäuser (Berlin), Oberarzt Fürstenberg (Berlin), Prof. Grawitz (Charlottenburg), Prof. Gottschalk (Berlin), Privatdozent Gutzmann (Berlin), Privatdozent Grube (Neuenahr), Dr. Hirsch (Kudowa), Prof. Holländer (Berlin), Dr. Immelmann (Berlin), Prof. Klapp (Berlin), Dr. Ledermann (Berlin), San.-Rat

Selbst Dr. Standke's wohlschmeckender Lebertran, das angenehmste Präparat seiner Art, wird nicht so gern genommen wie Fucol. Ueberdies wird er vielfach in unlauterer Weise nachgeahmt. Man gebe daher dem durch D. R. P. geschützten Fucol den Vorzug und verordne Orig.-Flaschen à 1/2 Liter à Mk. 2.—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
ist das allein echte Karlsbader SALZ
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Lenné (Neuenahr), Dr. Löwenthal (Braunschweig), San.-Rat Marcus (Pyrmont), Prof. A. Moeller (Berlin), Prof. O. Müller (Tübingen), Dr. S. Munter (Berlin), Dr. Pariser (Hamburg), Stabsarzt Riedel (Straßburg i. E.), Dr. Sarason (Berlin), Prof. Schreiber (Königsberg), Dr. Siebelt (Flinsberg), Prof. Strauß (Berlin), Prof. Ad. Schmidt (Halle), Privatdozent Schade (Kiel), Dr. Siegfried (Nauheim), Dr. Schuster (Aachen), Dr. Tobias (Berlin).

Weitere Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an den Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft Herrn Geh.-Rat Dr. Brock, Berlin NW., Thomasiusstr. 24.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

Orthopädischer Stiller Stiefel.

Centrale für Herstellung von Plattfuß-Einlagen
nach individuellen Gipsabdrücken
Orthopädisches Maß-Schuhwerk ges. gesch. Systeme Dr. med. Lengfellner
Neu! Fabrikmässig hergestellte Orthopädische Stiefel
für Herren, Damen und Kinder in allen Größen vorrätig
Zu empfehlen bei beginnender Senk- und Plattfussbildung
932 b

Durchgetretenes Fußgewölbe (Plattfuß).

Schuhwarenhaus Carl Stiller Berlin SW.
Die Broschüre „Der Senkfuß" wird auf Wunsch kostenlos zugesandt
Jerusalemerstraße 38/39 (Dönhoff-Platz)

Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch ist
Colloider Knochenstoff
und enthält sämtliche Knochensalze in aufgeschlossener Form. Empfohlen zur prophylaktischen und curativen Behandlung rhachitischer Erkrankungsformen.
Aerztl. Rundschau No. 48.
Therapie der Gegenwart, März 1908.
Abhandlung, Prospekte, sowie Bemusterung des Fabrikates durch Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Haemacolade
das Frühstück
in Sanatorien und Kliniken
für Kranke und der Kräftigung Bedürftige

Friedrichroda i. Th., Dr. Wanke's Kuranstalt
für Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke und Erholungsbedürftige. Klinische Beobachtung und Behandlung. Moderner Komfort. Zentralheizung, elektr. Licht. Familiäres Leben.
Gut empfohlen besonders für schwere Neurosen. Prospekte durch
Dr. WANKE,
früher Ass.-Arzt des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger-Jena.

Noridal-Zäpfchen
gegen
Haemorrhoiden,
Blutungen, Pruritus, Tenesmus, Mastdarmkatarrh, Schrunden und Wundsein der Analgegend, schmerzhafte Stuhlentleerung.
Wirkung ohne irgendwelche Sekundär-Erscheinung.
Literatur: Prof. Boas-Berlin, Kehr-Halberstadt, Pickardt-Berlin, Weiß-Berlin, Landsberg-Berlin, Zibell-München, Wright-London, Silvestri-Rom, Dawson-London.
Proben und Literatur gratis und franko.
Kontor chemischer Präparate Berlin C 2/28.

Cardiotonin
Herztonicum
Bestandteile: Die isolierten, nur cardiotonisch wirkenden Stoffe der Convallaria majalis, Coffeïnum Natrio-benzoicum.
Von autoritativer Seite physiologisch auf ihren Wirkungswert eingestellt und dauernd auf denselben kontrolliert.
Starke Anregung der Diurese.
Keine kumulative Wirkung.
Indikationen: Herzschwäche, besonders bei Infektionskrankheiten, Herzneurosen, Myocarditis, Dilatatio cordis und Kompensationsstörungen.
LITTERATUR u. PROBEN GRATIS u. FRANKO.
Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.
Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate.

FORMAN

Das von uns vor einigen Jahren in den Handel gebrachte Forman hat sich bei katarrhalischen Affektionen der Luftwege, besonders bei Schnupfen, ausgezeichnet bewährt, sodaß wir nicht verfehlen möchten, bei Anrücken der rauhen Witterung die Herren Aerzte auf dieses sehr einfach zu handhabende und besonders in frischen Fällen überraschend wirkende Mittel erneut aufmerksam zu machen.

Zahlreiche Urteile aus Aerztekreisen über die Wirkung des Formans betonen alle die geradezu überraschende und prompte Wirkung desselben; in fast allen Fällen wurde der Schnupfen direkt copiert und wesentlich abgekürzt. Bei rechtzeitiger Applikation, sowie sich die ersten Anzeichen einstellen, ist der Erfolg, wie uns von allen Seiten bestätigt wird, ein prompter.

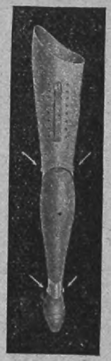
Die vollständigen Publikationen, sowie die weiteren noch erschienenen Arbeiten, senden wir den Herren Aerzten auf Wunsch gern zu.

Dresdener Chemisches Laboratorium Lingner.
Dresden.

Ein praktischer Ausweg

für den Arzt bei der oft schwierigen Frage des Krankengetränkes ist die Verordnung von Kathreiners Malzkaffee. Kathreiners Malzkaffee ist absolut indifferent und bietet dabei die Geschmacks-Annehmlichkeiten des Bohnenkaffees. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu empfehlen.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.



Fernruf 1179

Leistungsfähiges

Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.

Durchweg Neuheiten, begutachtet von Geheimrat Prof. Dr. **Alb. Hoffa,** Berlin.

Auslands-Patent und D. R. G. M

Reparaturen v. chirurg. Instrumenten u. sonst. Apparaten prompt.

Arn. Festerling,
Bielefeld,
Victoriastrasse 6.

PERDYNAMIN ein vorzüglich schmeckendes, flüssiges **HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT** aufs beste bewährt bei Blutarmut, allgemeiner Körperschwäche und Rekonvalescenz. — Unschädlich für die Zähne. Appetitanregend. Leicht verdaulich. Als Perdynamin-Cacao beliebtes Frühstücksgetränk.

Lecithin=Perdynamin ein **HAEMOGLOBIN-LECITHIN-PRÄPARAT** von bewährter Wirkung bei Neurasthenie und sonstigen Nervenkrankheiten, ferner bei Unterernährung und Rhachitis. — Als Lecitogen (Jaffé's Lecithin-Cacao) ein wertvolles Frühstücksgetränk für Nervenleidende.

Guajacol=Perdynamin ein **GUAJACOL-HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT** ärztlich empfohlen bei Lungenkrankheiten, speziell Tuberkulose, Bronchitis, Keuchhusten, Skrofulose, als Vorbeugungsmittel bei Influenza oder sonstiger Neigung zu Lungenerkrankungen. — Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik H. BARKOWSKI, Berlin O. 27, Alexanderstr. 22.

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Albu**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell**, Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel**, Berlin, Geh. Obermed.-Rat Prof. Dr. **Ph. Biedert**, Straßburg i. E., Prof. Dr. **L. Blumreich**, Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau**, Berlin, Prof Dr. **E. Braatz**, Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann**, Halle a. S , Prof. Dr. **C. Bruhns**, Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard**, Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Prof Dr. **E. Enderlen**, Würzburg, Prof. Dr. **R. Eschweiler**, Bonn, Prof. Dr. **A. Fränkel**, Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger**, Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **P. Friedrich**, Marburg, Prof. Dr. **P. Gerber**, Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax**, Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer**, Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing**, Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel**, Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann**, Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt**, Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel**, Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek**, Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann**, Berlin, Prof. Dr. **Kausch**, Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen**, Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann**, Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks**, Bonn, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner**, Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz**, Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky**, Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse**, Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz**, Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch**, Breslau, Prof. Dr. **L. C. Rehn**, Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter**, Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin**, Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf**, Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange**, Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt**, Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler**, Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz**, Königsberg i. Pr., Hofrat Prof. Dr. **M. Schottelius**, Freiburg i. B., Prof. Dr. **E. Schultze**, Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**, Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer**, Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan**, Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze**, Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna**, Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht**, Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius**, Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther**, Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener**, Aachen, Prof. Dr. **G. Winter**, Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke**, Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz**, Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 20. Dezember 1908. **Nr. 51.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet jährlich 8 M., für das Ausland 10 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag, sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:

C. Helbing, Berlin: Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung 757
J. Quadflieg, Bardenberg bei Aachen: Ein Beitrag zur Hautwaschung mit „nur Alkohol“ nach Schumburg 759
F. Bachmann, Harburg a. Elbe: Ueber eine bisher wenig beachtete Beziehung zwischen Fleischnahrung und Krankheit . 761

Referate:

G. Abelsdorff, Berlin: Augenheilkunde 762
K. Helbing und P. Roeder, Berlin: Chirurgie 762
E. Solms, Charlottenburg: Frauenkrankheiten und Geburtshilfe 763
L. Lipman-Wulf, Berlin: Urologie 764
M. Peltzer, Steglitz: Militärmedizin 766
W. Esch, Bendorf a. Rh.: Biologische Therapie 767

Mitteilungen über Arzneimittel:

W. Krüger, Magdeburg: Referate 768
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel . . . 769

Technische Neuerscheinungen:

Rücklauf-Spritze für die Harnröhre (Ref.: M. Plien, Berlin) . 769
Krautschneider, Innsbruck: Ein neuer Injektionsapparat „Injektor“ (Ref.: M. Piel, Berlin) 769

Bücherbesprechungen:

Wilmanns: Ueber Gefängnis-Psychosen (Ref.: Med.-Rat Dr. Hofimann, Berlin) 770
Reinmöller: Das dentale Empyem des Antrum Highmori (Ref.: Peltzer, Steglitz) 770
Sokolowsky: Beobachtungen über die Psyche der Menschenaffen (Ref.: Peltzer, Steglitz 770
Allgemeines 770

ORIGINALIEN.

Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Hüftgelenksverrenkung.

Von Professor Dr. med. **Carl Helbing**, Berlin.

In der Häufigkeitsskala der angeborenen Verrenkungen steht die Hüftgelenksverrenkung obenan. Die Häufigkeit dieses Gebrechens und der Umstand, daß es sich meist um prächtig entwickelte, sonst ganz gesunde und lebensfrohe Mädchen handelt, macht die Aufgabe, das Leiden zu heilen, zu einer außerordentlich segensreichen.

Da die Krankheit eine exquisit erbliche ist, so finden wir das meiste Verständnis und das größte Entgegenkommen gerade bei den Müttern unserer Patienten, welche selbst mit dem genannten Leiden behaftet, ungeheilt durchs Leben gehen resp. watscheln müssen. Das Gebrechen stellt aber keineswegs nur einen kosmetischen Fehler dar, sondern beeinflußt — von seltenen Ausnahmen abgesehen — die Gehfähigkeit bei den älteren Patienten in außerordentlich hohem Maße. Während bei unseren kleinen Patienten das Ermüdungsgefühl beim längeren Gehen sich nur selten bis zu wirklichen Schmerzen steigert, sehen wir bei den erwachsenen Frauen oft unerträgliche Hüft- und Knieschmerzen auftreten, durch die unseren armen Patienten das Gehen zur Qual wird. Denn es kommt an dem luxierten Gelenke sehr häufig späterhin zu chronisch-arthritischen Vorgängen, die mit der Arthritis deformans große Aehnlichkeit besitzen.

Bei diesen bekannten Tatsachen ist es um so erfreulicher, daß unsere Erfahrungen bei der Behandlung des in Rede stehenden Gebrechens, insbesondere die jetzt nahezu vollendete Technik des Gipsverbandes ganz vorzügliche Resultate gezeitigt haben. Die guten Resultate stellen, wie ich an einer kurzen Statistik zeigen werde, jetzt nicht mehr wie früher die Ausnahme dar, sondern die Regel. Mit den Privatpatienten meines verstorbenen Chefs, des Herrn Geheimrat Hoffa, und den der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie zugegangenen Kranken mit angeborener Hüftgelenksverrenkung verfügen wir bis zum Juni 1904 über 714 Fälle, von welchen 442 einseitig, 272 doppelseitig waren. Das Ergebnis der Nachuntersuchung dieser Fälle ist folgendes: Anatomische Heilungen haben wir bei Heranziehung unserer Gesamtstatistik von 714 Fällen bei den einseitigen 30 %, bei den doppelseitigen 10 %. Diese Zahl der anatomisch geheilten Fälle erscheint auf den ersten Blick recht gering. Berücksichtigt man jedoch, daß bei der Gesamtstatistik auch alle die Fälle der früheren Zeit einbezogen sind, bei welchen eine Behandlung oder wenigstens eine unblutige überhaupt besser unterblieben wäre, und ferner die Zeiträume, in welchen man bezüglich der Technik noch keine so festen Grundlagen hatte wie heute, so stellt sich der Prozentsatz schon nicht mehr so ungünstig. Es zeigt sich nämlich, daß das Operationsresultat am meisten beeinflußt wird durch das Lebensalter der Patienten, in welchem die Behandlung eingeleitet wird. Scheiden wir z. B. (aus unserer Statistik) alle Kinder mit doppelseitiger Ver-

Pub

renkung, welche nach dem 5. Lebensjahre, und diejenigen mit einseitiger Luxation, welche nach dem 8. Lebensjahre noch einer unblutigen Behandlung unterworfen worden sind, aus, so stellt sich der Prozentsatz der Heilungen ganz anders. Bei einseitigen Luxationen erzielten wir bis zum Jahre 1904 70 %, bei doppelseitigen 25 % anatomische Heilungen. Seit dieser Zeit hat sich entsprechend der größeren Erfahrung und besseren Beherrschung der Technik der Prozentsatz der Heilungen noch gehoben; doch bin ich nicht imstande, mit statistischen Zahlen aus den letzten vier Jahren dies zu belegen.

Die Statistik wird um so besser, je mehr sie nur die in früher Jugend behandelten Kinder berücksichtigt. Es läßt sich deshalb der Satz formulieren, daß die Resultate der unblutigen Reposition um so idealere sind, je früher das Leiden in Behandlung genommen wird. Für uns gibt es überhaupt kaum eine Altersgrenze nach unten, welche die Behandlung kontraindizieren könnte, seitdem wir gelernt haben, durch Verstärkung des Gipsverbandes mittels Wasserglas auch bei einjährigen Kindern einen gegen Durchnässung genügend widerstandsfähigen Verband herzustellen.

Da eine anatomische Heilung des Gebrechens mit idealer Funktion eben nur bis zu einer gewissen Altersgrenze mit Sicherheit zu erwarten ist, so gewinnt die rechtzeitige Erkennung des Leidens eine ganz besondere Bedeutung. Aus diesem Grunde hängt gerade von den ersten Beratern der kleinen Patienten, den praktischen Aerzten, durch frühzeitige sichere Diagnose des genannten Gebrechens das Wohl und Wehe der mit dem Leiden behafteten Kinder ab.

Gewöhnlich macht sich das Leiden erst dann bemerkbar, wenn die Kinder ihre ersten Gehversuche vornehmen. Da zu dieser Zeit alle Symptome noch nicht sehr ausgesprochen sind, so ereignet es sich sehr häufig, daß bei den kleinen Kindern, besonders wenn sie noch mit starkem Fettpolster ausgestattet sind, das Leiden gar nicht erkannt, und der schon jetzt vorhandene watschelnde Gang oder das leichte Hinken entweder auf das große Gewicht oder auf Rachitis geschoben wird. Tatsächlich besteht ja auch bei Kindern mit rachitisch verbogenen Oberschenkeln ein watschelnder Gang. Wenn man sich aber die Mühe gibt, das Kind nackt zu untersuchen, so ist auch in diesem frühen Alter die Schwierigkeit der Diagnosenstellung nicht zu groß.

Handelt es sich um eine einseitige Luxation, so läßt sich eine geringe Verkürzung des luxierten Beines feststellen, außerdem fällt bei sorgfältiger Betrachtung der vorderen Oberschenkelflächen immer ein Hochstand der Adduktorenfalte auf, der immer den Verdacht einer kongenitalen Luxation auf dieser Seite nahelegt. Hat man die Verkürzung und den Hochstand der Adduktorenfalte festgestellt, so versäume man in keinem Falle die Sicherstellung der Diagnose durch das Röntgenbild. Alle anderen Symptome, die sich bei etwas älteren Kindern mit Leichtigkeit feststellen lassen, sind hier nur mehr oder weniger angedeutet. Je älter die Kinder sind, desto leichter wird die Diagnosenstellung, da mit der weiteren Belastung des luxierten Beines der Kopf allmählich höher tritt. So gelingt bald der Nachweis der leeren Beckenpfanne. Bekanntlich fühlt man die Resistenz des normal gelagerten Schenkelkopfes in der Leistenbeuge da, wo die großen Gefäße des Ligamentum Poupartii kreuzen. Dringt man mit den Fingern an diese Stelle in die Weichteile ein, so vermißt man die normale Resistenz des Schenkelkopfes. Dieses Symptom, welches den positiven Beweis für eine kongenitale Luxation abgibt, ist mit absoluter Sicherheit nur dann vorhanden, wenn der Kopf aus seiner ursprünglichen Subluxationsstellung am oberen Pfannenrande — eine Stellung, die meist bis zum Ende des ersten Lebensjahres stabil bleibt — etwas nach hinten tritt. Da der Nachweis der leeren Gelenkpfanne, wie gesagt, bei Säuglingen schwieriger zu erbringen ist, so können sehr oft Verwechselungen mit der Coxa vara vorkommen. Diese Schwierigkeiten lassen sich aber durch die Anfertigung eines Röntgen-Bildes immer beseitigen. Mit dem Höhertreten des Kopfes verläßt auch der Trochanter major seinen Ort, und die veränderte Lage dieses Knochenvorsprungs läßt sich exakt mit Hilfe der Roser-Nélatonschen Linie feststellen. Es ist jedoch nicht gleichgültig, in welcher Stellung des Oberschenkels zum Becken die Bestimmung der Roser-Nélatonschen Linie vorgenommen wird; nur bei rechtwinklig gebeugtem, adduziertem und leicht nach innen rotiertem Oberschenkel steht der Trochanter major in der Verbindungslinie der Spina anterior superior mit dem Tuber ischii.

Der Nachweis des höherstehenden Trochanters ist selbstverständlich kein absolut sicheres Kriterium für eine vorhandene Luxation, denn bei allen Erkrankungen, die mit einer Verkleinerung des Schenkelhalswinkels (Coxa vara) einhergehen, findet es sich, ohne daß der Kopf die Pfanne verlassen hat.

Zur Diagnose der kongenitalen Luxation gehört deshalb auch der Nachweis der fehlerhaften Lage des Kopfes. Dieses Symptom läßt sich erst dann wahrnehmen, wenn der Kopf über den Darmbeinkamm hinweg nach hinten getreten ist und nun der Hinterfläche der Beckenschaufel aufliegt. Bei einseitigen Luxationen finden wir einen derartigen Hochstand des Kopfes meist erst vom 4. Lebensjahre ab. Wir bezeichnen eine solche Hüftgelenksverrenkung als Luxatio iliaca.

Wir können uns den luxierten Schenkelkopf besonders deutlich fühlbar machen, wenn wir bei gebeugtem Oberschenkel rotierende Bewegungen desselben nach innen vornehmen. Dabei wird der Schenkelkopf vom Os ilii abgehebelt.

Schließlich sei noch eines Symptoms gedacht, das von Trendelenburg zwar für die kongenitale Hüftgelenksluxation angegeben, aber keineswegs dafür pathognomonisch ist; denn es findet sich bei allen Hüftgelenkserkrankungen, die mit Hochstand des Trochanters, des Insertionspunktes der pelvi trochanteren Muskeln einhergehen, also z. B. bei Coxa vara, bei schlechtgeheilten Schenkelhalsfrakturen oder Arthritis deformans.

Wenn man einen Menschen auffordert, sich auf ein Bein zu stellen und das andere in Knie und Hüfte ad maximum zu beugen, so hebt er die freie Gesäßhälfte, über eine Horizontale. Bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation dagegen sind die gedehnten Hüft-Beckenmuskeln nicht imstande, das Becken in dieser Stellung zu fixieren, und es sinkt die freie Beckenhälfte unter die Horizontale.

Wie oben schon erwähnt, nehmen wir die Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation so früh als möglich in Angriff, kommen aber sehr selten in die Lage, vor dem ersten Lebensjahre die Einrenkung vorzunehmen.

Von den älteren Behandlungsweisen, die für uns nur ein historisches Interesse haben, können wir hier absehen, nachdem uns Lorenz in der unblutigen Reposition des Hüftgelenkes den Weg gezeigt hat, der in den meisten Fällen zu einem gelungenen Resultate führt. Ich nehme auch Abstand, die Technik dieser Methode hier zu schildern, da ihre Ausführung eine spezialistische Ausbildung verlangt. Ist die Reposition gelungen, so ist es die wichtigste Aufgabe, den reponierten Kopf für längere Zeit in seiner Stellung zu erhalten. Wir erreichen dies am besten durch den Gipsverband. Dieser muß das ganze Becken und den Oberschenkel bis über die Kondylen hinaus umfassen und aufs exakteste an die Knochenvorsprünge, also an die Darmbeinschaufel und die Oberschenkelkondylen anmodelliert sein. Während wir früher prinzipiell den Oberschenkel in rechtwinkliger, manchmal sogar spitzwinkliger Abduktion, leichter Hyperextension und Außenrotation fixiert haben, geben wir jetzt dem Oberschenkel die Stellung zum Becken, in welcher keine spontane Reluxation erfolgt. Calot wählt eine Abduktions- und Flexionsstellung von 70° und gibt der indifferenten Rotation den Vorzug. Wenn es auch sicher Fälle gibt, in denen bei dieser Femurstellung die Reposition dauernd erhalten bleibt, so stellen diese Fälle nach unseren Erfahrungen sicher die Ausnahme dar. Die Abduktionsstellung läßt sich allerdings in vielen Fällen reduzieren, dagegen können wir nur selten auf die leichte Hyperextension verzichten. Man soll diese aber auch nicht übertreiben, da sonst manchmal der Kopf zu weit nach vorn rückt und späterhin eine Subluxationsstellung nach vorn einnehmen kann. Auch die Abduktionsstellung soll man, wenn sie nicht für das Erhaltenbleiben der Reposition erforderlich ist, nicht übertreiben. Abduktionsstellung über den rechten Winkel hinaus bis zum spitzen Winkel machen die Nachbehandlung oft recht schwierig und zeitigen oft schwer zu bekämpfende Abduktionskontrakturen.

Wir lassen den fixierenden Verband 3—4 Monate lang liegen und verzichten auf jede Nachbehandlung.

Man fürchte sich nicht vor den längere Zeit persistierenden Abduktionsstellungen des Beines nach Abnahme des Gipsverbandes. Sie verschwinden, wenn man die Kinder herumgehen läßt, im Zeitraum eines halben Jahres ganz von selbst.

Die Frage, ob man bei doppelseitigen Hüftgelenksluxationen beide Hüften gleichzeitig einrenken soll oder die zweite erst 1/2 Jahr nach Behandlung der ersten, ist noch unentschieden. Die zweizeitige Methode hat den Vorteil, daß die Kinder während der ganzen Behandlung herumgehen können, jedoch den Nachteil, daß sie fast ein Jahr erfordert und zwei Narkosen beansprucht.

Ich habe bisher der gleichzeitigen Behandlung beider Hüften wegen des abgekürzten Heilverfahrens den Vorzug gegeben.

Aus dem Knappschaftskrankenhause zu Bardenberg bei Aachen.

Ein Beitrag zur Hautwaschung mit „nur Alkohol“ nach Schumburg.

Von Chefarzt Dr. med. **J. Quadflieg.**

Von jeher ist man bestrebt gewesen, eine ideale Hautdesinfektion sowohl der Hände des Operateurs als auch des Operationsfeldes zu erzielen. Viele Wege hat man hierfür eingeschlagen, doch hatte uns keiner bisher an das Ziel unserer Wünsche gebracht. Nicht nur die Chirurgen und Gynäkologen, sondern alle Aerzte sind sehr interessiert, eine ideale Hautdesinfektion zu besitzen. Wir sehen, wie man in der neuesten Zeit bestrebt ist, möglichst die komplizierte Desinfektion der Haut zu vereinfachen.

Während uns Heusner für die Anwendung seines Jodbenzins zu begeistern sucht, hat Doederlein sich bestrebt, die Hautdesinfektion durch Einführung des Gaudanius zu vereinfachen. Klapp und Doenitz haben uns mit den Vorteilen des Chirosoters bekanntgemacht, anderseits Wederhake mit Jodtetrachlorkohlenstoff und mit seiner Jodkautschuklösung.

Halten wir nun einen kurzen Ueberblick über alle bisher angewandten Desinfektionsmethoden der Haut, so sehen wir, daß heutzutage vorzugsweise zwei Methoden um den Vorrang gestritten haben: ich meine die Fürbringersche und die Ahlfeldsche Hautdesinfektionsmethode.

Diese beiden Methoden habe ich auch hinreichend in einer langjährigen, chirurgischen Tätigkeit kennen und schätzen gelernt, ich muß aber bemerken, daß beiden Methoden, wie auch anderseits vielfach nachgewiesen, manche Mängel anhaften.

Während meiner fast 12 jährigen Assistentenzeit habe ich meist die Fürbringersche Methode benutzen müssen.

Seit dem Jahre 1904 habe ich bis anfangs März 1908 ausschließlich die Ahlfeldsche Methode angewandt.

Von März 1908 bin ich dazu übergegangen, die „Nur Alkohol-Methode nach Schumburg allein zu verwenden.

Ich erlaube mir nun, in folgendem meine Erfahrungen über diese drei Methoden in Kürze niederzulegen. Wenn ich auch für die Schumburgsche Methode nur eine geringe Spanne Zeit der Erfahrung für mich habe, so ist diese doch so günstig ausgefallen, daß ich mich berechtigt halte, schon jetzt hierüber eine kleine Mitteilung zu machen.

Die Fürbringersche Methode setzt sich bekanntlich aus drei Teilen zusammen, nämlich aus Waschung mit heißem Wasser mit Seife und Bürste, ferner aus Verwendung von Alkohol und nachfolgender Sublimatwaschung. Anfangs wandte Fürbringer nur heißes Wasser, Seife, Bürste und Sublimat an. Später fügte er die Alkoholwaschung als zweiten Akt der Waschung ein, indem er, anfangs die bakterizide Eigenschaft des Alkohols leugnend, nachher demselben bei seiner Methode vorzüglich die antiseptische Aeußerung zuschrieb, jedoch konnte er sich nicht von der nachträglichen Sublimatwaschung freimachen.

Diese Methode nun, von mir viele Jahre benutzt, hat vorzugsweise den Nachteil, daß sie die Hände des Operateurs zu sehr angreift, indem sie Risse mehr oder weniger intensiver Art der Haut verursacht. Diese Risse in der Haut werden natürlich eine Prädilektionsstelle zur Ansiedelung von Bakterien.

Anderseits führt die Methode leicht Ekzembildung herbei. Schon mancher, der gern die chirurgische Tätigkeit ausschließlich üben wollte, hat dieses Fach verlassen müssen, weil er stets an hartnäckigem Ekzem der Hände litt, bedingt allein nur durch die Fürbringersche Methode. Derartiger Kollegen erinnere ich mich.

Es ist ja außerdem klar, daß die ständig angewandte Bürste ein fortwährendes Trauma für die Haut bildet. Durch das lange Seifen der Haut wird dieselbe sehr aufgeweicht und leicht durch Bürsten verletzt. Dann wirkt auch das Sublimat leicht artifiziell-ekzematös.

Endlich ist die Methode, wie vielerseits bewiesen, nicht imstande, die Haut definitiv keimfrei zu machen. Diese Methode verließ ich nun anfangs 1904 wegen der ihr anhaftenden Mängel.

Ich wandte jetzt ausschließlich bis März 1908 die Ahlfeldsche Methode an, die sogenannte „Heißwasser-Alkohol-Methode“. Zuerst wurden die Hände 10—15 Minuten gründlich mit Seife, Bürste, heißem Wasser behandelt, alsdann der Seifenschaum in sterilem Wasser abgewaschen, hierauf 3—5 Minuten mit 50% Alkohol gewaschen. Die Haut des Operationsgebietes wurde anfangs so behandelt, daß am Tage vor der Operation die betreffenden Hautpartien einige Minuten gründlich abgeseift, rasiert, mit 1% Lysol- oder 0,1% Sublimatlösung einige Minuten gewaschen und hierauf ein 1% Formalinlösung-Umschlag gemacht wurde.

Dieses ganze Verfahren der Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes hat mich niemals befriedigt, da ich manchmal Eiterungen trotz peinlichster Asepsis beobachten mußte. Diese beiden Desinfektionsmethoden von Fürbringer und Ahlfeld werden nicht dauernd alleinherrschend werden, da ihnen viele Mängel anhaften, und sie vor allem nicht geeignet sind, die Bakterien der Haut zu vernichten. Endlich glaube ich, daß wir durch Generaloberarzt Professor Dr. Schumburg, Straßburg, eine Methode kennen gelernt haben, die imstande ist, die

Hautbakterien festzulegen oder die Keimabgabefähigkeit der Haut während der Operation fast aufzuheben.

Schon seit langer Zeit haben die Chirurgen zu Wundverbänden angeblich mit Erfolg Rotwein und „Kampferwein“ benutzt.

Später wies Koch nach, daß sowohl der absolute als auch der verdünnte Alkohol keine oder kaum bakterizide Kraft haben. Es konnte also von einer Desinfektionskraft des Alkohols nicht die Rede sein.

Worin besteht denn nun die Wirkung des Alkohols? Zweifellos die wichtigste Eigenschaft desselben ist seine schrumpfende und härtende Wirkung auf die Haut, so daß die Keimabgabe fast aufgehoben wird.

Professor Schumburg, der Erfinder der Händewaschung „Nur mit Alkohol“, wies bereits 1906 im Archiv für klinische Chirurgie nach, daß die bisherigen Desinfektionsmethoden bezüglich des Keimgehaltes des Desinfektionsfeldes versagten. Seine weiteren fleißigen Forschungen bestätigten, daß dem chirurgischen Seifen die „reine Alkoholwaschung“ vorzuziehen sei.

Kolle bestätigte die Erfahrungen Schumburgs vollauf, wie auch Tavel, daß es ein für die Hände angenehmes Verfahren sei, welches selbst bei langdauernden Operationen ein Aufweichen der Hände verhütet und ein äußerst keimarmes Operationsfeld liefert.

Auch v. Herff-Basel berichtet „Im Kampf gegen das Kindbettfieber“ (Ein Mahnwort an Aerzte, Sammlung klinicher Vorträge, begründet von Richard von Volkmann, Nr. 487, Gynäkologie Nr. 177) nur über günstige Resultate mit dieser „Nur Alkoholwaschung“. Er benutzt $^2/_3$ Alkohol und $^1/_3$ Azeton und hat sich durch bakteriologische Versuche von der Keimarmut der Hände überzeugt. Alkoholazeton wirkt außerordentlich entwickelungshemmend auf Keime der Tiefe und der Oberfläche der Haut.

Ohne Zweifel, sagt er, ist diese Art der Reinigung eine ganz ausgezeichnete und zuverlässige Schnelldesinfektion der Hände, die alles Wünschbare leistet.

Ebenso günstig berichtet über die Schumburgsche Methode Abel, Straßburg.

Meißner, Tübingen (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 58. Band, Heft 1, schreibt über die vorzüglichen Resultate mit der „reinen Alkoholwaschung“ an der dortigen königlichen chirurgischen Klinik im Vergleich zu den früheren Methoden nach Fürbringer und Ahlfeld:

Keine Schädigung der Haut wurde beobachtet. Fünf Minuten langes Waschen, oft wiederholt, wurde gut vertragen. Er meint, die Resultate der v. Brunsschen Klinik seien unter dieser Methode bessere geworden.

Statt des von Schumburg zuerst empfohlenen 96% Alkohol benutzt man am besten, weil auch am billigsten, den 90% Brennspiritus, der stets überall leicht zur Hand ist. Den 96% Alkohol kann man nach erneuter Destillation wieder benutzen, während man den benutzten 90% Brennspiritus noch zu Brennzwecken verwenden kann.

Schumburg benutzte stets als Zusatz ½% Salpetersäure oder zur besseren Härtung der Haut 1% Formalin. Wer noch viel sicherer arbeiten will, kann, so schreibt er, nach der Alkoholwaschung noch seine Hände in 10% Wasserstoffsuperoxydlösung tauchen. Dieses neue Verfahren ist zweifellos imstande, dauerndes Eigentum des Praktikers zu werden. Auch für die Hebammenpraris dürfte es sich sehr empfehlen.

Für die Kriegschirurgie muß natürlich dieses höchst einfache und billige Verfahren von großer Bedeutung sein, und es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß sie sich dasselbe aneignen wird.

Ich benutze nun schon seit 8 Monaten in unserem Knappschaftskrankenhause ausschließlich diese neue Schumburgsche Methode der „Nur Alkoholwaschung“. Ich handelte bei Anwendung der Methode folgendermaßen:

In der ersten Zeit setzte ich dem 96% Alkohol, der erst nach etwa 2 Monaten dem billigeren 90% Brennspiritus weichen mußte, stets ½% Salpetersäure zu. Dann unterließ ich jeden Zusatz, nachdem ich eine bedeutende Trockenheit durch Salpetersäure empfand.

Bevor ich in den Operationssaal trete, wasche ich meine Hände zuweilen etwa ¼ Minute mit warmem Wasser und Seife und trockene dieselben sorgfältig — nötig ist es nicht — alsdann verwende ich Sorgfalt auf die Nagelreinigung (nach von Herff sogar überflüssig).

Alsdann findet im Operationssaal selbst „Nur Alkoholwaschung“ statt, die 3—5 Minuten dauern soll. Für je 2 Personen stehen je 2 Schüsseln zur Hand, von denen die eine 90% Brennspiritus ohne Zusatz mit nicht sterilisierten Wattebäuschen enthält, während über der leeren zweiten Schüssel die beiden Personen ihre Hände und Arme mit den getränkten Wattebäuschen waschen. So geschieht es im aseptischen und im septischen Operationssaal.

Bei septischen Operationen pflege ich die Hände noch mit Chirosoter zu bedecken.

Die gebrauchten Wattebäusche fallen nach genügender Benutzung in die zweite Schüssel, um den Brennspiritus zu eventuellen Brennzwecken aufzufangen. So findet allerdings eine große Ersparnis statt.

Sind die Hände während der Operation mit Blut oder Eiter bedeckt, so tauchen wir dieselben in warmes, nicht sterilisiertes Wasser, spülen sorgfältig alles ab, um alsdann wieder, wenn notwendig, zur 3—5 minutlichen Alkoholwaschung nach vorherigem Abtrocknen der Hände mit „nicht sterilisiertem Handtuch“ zu schreiten.

Wirklich ein höchst primitives Verfahren der Händewaschung!

Das Operationsgebiet selbst pflege ich für die zukünftige Operation in folgender Weise zu behandeln:

Abends vor der Operation erhält der Patient ein Vollbad, wenn angängig. Das Operationsgebiet selbst wird gründlich mit Wattebäuschen abgeseift, rasiert, dann abgetrocknet, mit 90% Brennspiritus 3 Minuten gewaschen, hierauf mit Alkoholumschlag bis zum Operationsmorgen versehen. Jedes andere Verfahren habe ich seit Monaten verlassen.

Mit diesen beiden Verfahren der Händewaschung und der Behandlung des Operationsgebietes habe ich nur ausgezeichnete Resultate gehabt, so daß ich dieses Verfahren angelegentlichst empfehlen möchte. „Das Einfachste ist das Beste!“

Von einer bakteriologischen Prüfung des Verfahrens konnte ich wohl absehen, weil es bereits hinreichend von autoritativer Seite geschehen war.

Bei allen aseptischen und septischen Operationen hat die Schumburgsche Methode ausschließlich Verwendung gefunden zu meiner größten Befriedigung.

Mit Meißner, Tübingen, sage auch ich, unsere Heilresultate sind bessere geworden.

Während ich bei der Ahlfeldschen Methode „häufig“ Eiterung der aseptischen Wunden beobachtete, ist das jetzt fast kaum vorgekommen.

Ich sage nochmals, ich sehe mit großer Befriedigung auf unsere jetzigen Resultate herab, auf die zahlreichen, glücklich verlaufenen Laparatomien, Herzniotomien und Radikaloperationen von Hernien und so weiter. Es würde über den Rahmen dieses kleinen Aufsatzes hinausgehen, würde ich mich in Einzelheiten verlieren. Vor der Anwendung des 90% Brennspiritus werden vielleicht manche Kollegen odoris causa zurückschrecken. An diesen kleinen Uebelstand des unangenehmen Geruches gewöhnt man sich bald.

Zum Schlusse möchte ich, veranlaßt durch meine günstigen Erfahrungen, besonders die Fachkollegen auffordern, das neue Verfahren zu prüfen, um es nach gründlicher Prüfung dauernd in Besitz zu nehmen.

Ueber eine bisher wenig beachtete Beziehung zwischen Fleischnahrung und Krankheit.

Von Kreisarzt Dr. **F. Bachmann**, Harburg a. Elbe.

Bekanntlich bestehen zurzeit noch große Widersprüche in der Bewertung der tierischen Nahrungsmittel, speziell des Muskelfleisches.

In den maßgebenden Lehrbüchern der Hygiene wird meist noch an der Forderung von 118 bis 130 Gramm Eiweiß festgehalten, von welchem etwa der dritte Teil aus dem „leicht verdaulichen“ und „die Verdauung in hohem Grade anregenden,“ gebratenen Muskelfleisch gedeckt werden solle. Wenn auch in letzter Zeit, wohl durch Anregung der bekannten Versuche in der Yale-Universität, diese Forderung der täglichen Eiweißmenge etwas herabgesetzt worden ist, so darf man hiervon noch keinen Erfolg für die Ernährung der großen Masse des Volkes erwarten, welche nach wie vor wenigstens danach streben wird, sich möglichst viel von der als gesündest bezeichneten Kraftnahrung zu beschaffen, und sei es auch mit unverhältnismäßigem Geldaufwande. Zum mindesten ist dieses bei der hiesigen Bevölkerung der Fall. Solange unsere maßgebenden Hygieniker, wie Prof. Rubner, lehren, daß es doch geratener sei, etwas mehr Eiweiß zu genießen, als weniger, wobei von ihm bekanntlich das Bild gebraucht wird, daß man eine Brücke doch lieber stärker baut als schwächer, und daß ein Körper jedenfalls bei Ernährung mit einem Eiweißminimum viel gefährdeter sei als ohne ein solches („Volksernährungsfragen, S. 41 und 118), solange wird auf dem Wege der Belehrung durch Tageszeitungen und Zeitschriften, sowie durch das Beispiel der Armen- und Krankenpflege stets noch eine täglich gereichte beträchtliche Menge von fettfreiem Rindfleisch, roh oder gebraten, als beste Nahrung seinen Platz behaupten.

Demgegenüber muß aber daran erinnert werden, daß seit undenklichen Zeiten der Kern der hygienischen Lehren aller Priester, Priesterärzte und Aerzte, Religionsstifter, Philosophen, Gesetzgeber in der eindringlichsten Warnung vor dem Fleischgenuß bestand. Nie und nimmer hat man in alten Zeiten Fleisch als Kraftnahrung angesehen. Wie Robert Springer in seinem Buche „Enkarpa, Kulturgeschichte der Menschheit im Lichte der pythagoräischen Lehre“ (Hannover 1884) uns deutlich vor Augen führt, zieht sich die Lehre der Schädlichkeit des Fleischgenusses wie ein roter Faden durch die gesamte Menschheitsgeschichte: je weniger Fleisch man genösse, um so größer sei der Schutz vor Krankheit, um so leistungsfähiger Körper und Geist, um so zufriedener, glücklicher und länger verliefe das menschliche Leben. Dieses ist der Grundton, der durch die gesamte Kulturgeschichte geht: werden die hygienischen Gebote gehalten, so gedeiht das Volk, geraten sie in Vergessenheit, so tritt Verfall ein. Die Fleisch-Schlemmerei fehlt niemals unter den Symptomen der Völker-Entartung, war meist sogar die erste Erscheinung, der andere nur folgten. —

Es ist der exakten Medizin um die Mitte des vorigen Jahrhunderts vorbehalten geblieben, diese uralte und besonders auch von der klassischen Medizin des griechischen und römischen Altertums gelehrte hygienische Lehre zu bekämpfen. Wie dieses Massen-Experiment ausgelaufen ist, darüber sind die heutigen Ansichten bekanntlich noch ebenso geteilt, wie die Anschauungen über Segen oder Unsegen der europäischen Zivilisation seit der Zeit des Materialismus.

Was die Erfahrung uns lehrte, bezw. wie diese Erfahrungen gedeutet werden können oder müssen, dieses will ich hier aber nicht erörtern. Wohl möchte ich aber einige wenig beachtete Tatsachen anführen, welche die neuere biologische Ernährungslehre gezeitigt hat.

Im 15. Vortrage des II. Bandes des Lehrbuchs der Physiologie von G. v. Bunge, Ausgabe von 1901, heißt es S. 234:

> „Wir haben gesehen, daß die Regeneration der Peptone zu Eiweiß in der Darmwand meist keine ganz vollständige ist. Ein Teil der Peptone geht gewöhnlich bei der Verdauung unverändert in das Blut über. Wir müssen uns fragen: Was ist das weitere Schicksal und die Bedeutung dieses Teiles? Wir müssen vor allem fragen: Warum geht dieses Pepton nicht in den Harn über, da das künstlich ins Blut gebrachte doch sofort diesen Weg einschlägt? Hofmeister mußte diese Tatsache auffallen, denn nach seiner Berechnung war die Peptonmenge, welche nach subkutaner Injektion ins Blut gelangte und in den Harn überging, weit geringer als die Peptonmengen, welche im Blute verdauender Tiere gefunden werden und nicht in den Harn übergehen. Das vom Darm aus ins Blut gelangte Pepton verhält sich also anders, als das auf irgendeinem anderen Wege dorthin gelangte. Zur Erklärung dieser Tatsache nimmt Hofmeister an, daß das vom Darm aus ins Blut gelangte Pepton nicht im Plasma, sondern in den Lymphzellen enthalten sei. Die Gründe, die ihn zu dieser Annahme bewegen, sind folgende: 1. Im Eiter befinden sich bedeutende Peptonmengen, und zwar sind sie dort vorherrschend oder vielleicht sogar ausschließlich in den Eiterzellen — die ja mit den Lymphzellen, den farblosen Blutkörperchen oder Leukozyten identisch sind — enthalten. 2. Bei der Untersuchung des Blutes eines verdauenden Tieres erwies sich das Serum als peptonfrei, während die oberste Schicht des Blutkuchens — welche stets die Hauptmenge der Leukozyten enthält — 0,09% Pepton enthielt. 3. Der prozentische Peptongehalt der Milz — die bekanntlich sehr reich an Leukozyten ist — wurde stets höher gefunden als der des Blutes vom selben Tiere. 4. Das adenoide Gewebe, welches bei nüchternen und hungernden Tieren eine mäßige Zahl Lymphzellen enthält, ist bei verdauenden Tieren strotzend von denselben erfüllt. 5. Die Zellen im adenoiden Gewebe verdauender Tiere zeigen mehr Kernteilungsfiguren als bei nüchternen Tieren.
>
> Schließlich hat Hofmeisters Schüler J. Pohl gezeigt, daß während der Verdauung eiweißreicher Nahrung die Zahl der Leukozyten im Blute wächst, nicht aber während der Resorption von Kohlehydraten, Fetten, Salzen und Wasser. Pohl hat ferner gezeigt, daß dieser Zuwachs von Leukozyten aus der Darmwand stammt. Denn die Zahl der Leukozyten war stets in den Darmvenen weit größer als in den entsprechenden Darmarterien.“

Von der Bedeutung und Tätigkeit der weißen Blutkörperchen sagt v. B. aber folgendes (ibidem, S. 291):

> „Ueber die Funktionen der Lymphzellen, der Leukozyten, ist noch wenig Sicheres bekannt; doch zweifelt niemand daran, daß ihnen eine wichtige Bedeutung zukommt. Wir wissen, daß sie durch die Kapillarwand austreten können und die Gewebe durchwandern. Wir sehen sie überall in großer Zahl auftreten, wo schädliche Stoffe sich bilden, Fremdkörper, Gifte oder Mikroorganismen in die Gewebe eindringen, so bei der Entzündung und bei pathologischen Prozessen aller Art, die mit Gewebszerfall einhergehen. Es scheint, daß sie die Aufgabe haben, die Zerfallprodukte zu beseitigen, die schädlichen Stoffe unschädlich zu machen. Feste Partikel, auch eingedrungene Mikroorganismen, sieht man sie mit ihrem Protoplasmaleibe umschließen. Es ist wahrscheinlich, daß sie auch flüssige und gelöste Stoffe aufnehmen und umwandeln. Ihre Rolle bei der Eiweißresorption, bei der Regeneration der Peptone zu Eiweiß in der Darmwand und beim Transport der Peptone, welche als solche ins Blut gelangen, habe ich bereits erwähnt.“

Es wird uns demnach wohl nichts übrig bleiben — so wenig derartige Anschauungen von „unreiner Nahrung“ sowie von „Blutverunreinigung“ in unsere heutige Medizin passen — als diese vitale Eiweißverarbeitung des Organismus baldigst zu adoptieren und somit die Wieder-Aufnahme lange Zeit perhorresziert gewesener Anschauungen in unser medizinisches Denken ernstlich in Betracht zu ziehen. Unzweifelhaft wird hier doch gelehrt, daß die Einverleibung von Eiweißstoffen als ein dem Organismus wenigstens teilweis schädlicher Vorgang anzusehen sei, da er ja die Schutztruppe der Leukozyten im hohen Grade herausfordert. Bei diesem Kampfe fällt aber bekanntlich stets eine große Anzahl derselben ihren Feinden zur Beute, und diese Leichname müssen von dem Organismus in möglichst unschädlicher Weise beseitigt werden.

Als gangbare Wege einer solchen Beseitigung kommen in Betracht: 1. Verfettung, 2. vermehrte Fibrinbildung im Blute (Viskosität), mit ihren weiteren Stadien, nämlich 3. der vermehrten Tätigkeit aller Drüsen. Schließlich als ein bereits ins pathologische Gebiet fallender Ausgang: 4. Entzündung und Eiterung sowie Exudatbildung.

Ist ein Körper auf der Höhe seiner Abwehrleistung, so bedeutet für ihn die Fleischnahrung vielleicht keine Schädlichkeit, wenigstens bis zu einer gewissen Menge, die natürlich individuell verschieden ist. Sind aber Störungen vorhanden, z. B. durch mangelhaften hygienischen Reiz von Drüsenfunktionen, so kann allerdings auch eine verhältnismäßig geringe Fleischmenge, besonders bei Kindern oder Kranken, praktisch als krankmachende Schädlichkeit in Frage kommen.

Selbstverständlich ist dieser letztere Fall vor allem gegeben bei Anwesenheit von eitererregenden Bakterien an gefährdeten Stellen, wie z. B. an den Tonsillen, im Blinddarme, Mittelohr usw., sowie bei schon vorhandenen entzündlichen oder mit Eiterbildung einhergehenden Prozessen, wo eine übermäßige Produktion von Leichen weißer Blutkörperchen mit gleicher Notwendigkeit den krankhaften Prozeß nähren muß, wie zugeführtes Brennmaterial einen Feuerherd.

Sollte sich dieser von mir seit langen Jahren als Nekrozyten-Theorie gelehrte Zusammenhang bestätigen, so müßte notwendigerweise das neue, biologische Kriterium für die Bewertung unserer Nahrungsmittel lauten: In welchem Grade beteiligen sich die Leukozyten, und in welchem Umfang entsteht Nekrozytose? Selbstverständlich müßte dann unsere gesamte Medizin in Pathologie, Therapie und Hygiene einer erneuten Kritik unterzogen werden, und ich zweifle nicht, daß alle ihre Lehren seit Virchows Zeit einer bedeutenden Veränderung anheimfallen würden.

REFERATE.

Augenheilkunde.

Referent: Professor Dr. **G. Abelsdorff**, Berlin.

1. **Weitere Erfahrungen mit partieller Sehnenüberpflanzung an den Augenmuskeln.** Von Hummelsheim. Arch. für Augenheilkunde, LXII, 1, S. 71.

2. **Ueber den Nutzen des Neu-Tuberkulins (Bazillenemulsion) bei der Tuberkulose des Auges.** Von H. Davids. v. Graefes Arch. f. Ophthalm., LXIX, 2, S. 231.

3. **Ueber gefährliche Folgen der Calmetteschen Ophthalmoreaktion.** Von Schrumpf. Münch. med. Wochenschr., 1908, N.r 43.

1. Hummelsheim hat bei einer Patientin mit Abduzenslähmung ohne nachweisbare Aetiologie, nachdem dieselbe 8 Monate lang innerlich und elektrisch ohne Erfolg behandelt worden war, die zugewandten Hälften des Rectus superior und inferior nahe der Insertionsleiste des Abduzens angeheftet. Durch die Operation wurde eine ausgiebige Abduktionsfähigkeit des gelähmten Auges wieder hergestellt und die störenden Doppelbilder beseitigt. Fünf Monate später trat aber eine Beweglichkeitsbeschränkung nach oben im Sinne einer Parese des Rectus superior auf. Wegen des späten Auftretens nach der Operation glaubt Verf. die traumatische Genese dieser Parese der nasalen Hälfte des Rectus superior ausschließen zu können; er glaubt vielmehr, dieses Verfahren der Sehnentransplantation, das in der Chirurgie und Orthopädie vortreffliche Resultate erzielt, auch für gewisse Fälle von Augenmuskellähmung empfehlen zu können.

2. Von den drei Tuberkulinpräparaten, dem Alt-Tuberkulin (T. O.), dem Neu-Tuberkulin (T. R.), und der Bazillenemulsion, einer Aufschwemmung pulverisierter Tuberkelbazillen in Wasser und Glyzerin, die von Koch 1901 bekannt gegeben wurde, wurde das letzte Präparat in der Göttinger Universitätsaugenklinik in 10 Fällen erfolgreich benutzt. Bei verschiedenen Formen tuberkulöser Keratitis hellte sich die Hornhaut auffallend auf, auch bei der Tuberkulose der Bindehaut ließ das Präparat nicht im Stich, wenngleich hier zum Abschluß des Heilverfahrens die Kanterisation notwendig wurde. Bei Iristuberkulose schwanden die Knötchen prompt. Es wurden durchschnittlich 40—50 Injektionen gemacht und mit einer Dosis von $^1/_{1000}$ mg Bazillenemulsion begonnen, die in der Regel allmählich bis auf 1 mg gesteigert wurde. Nach den Erfahrungen der Göttinger Klinik schützt die Bazillenemulsion besser als die beiden anderen Tuberkulinpräparate vor Rezidiven. Bei einer Beobachtungszeit von 1—2 Jahren trat nur in einem Falle ein Rückfall ein, in dem im wesentlichen T. R. zur Anwendung kam und nur bei den letzten sieben Spritzen versuchsweise die Bazillenemulsion gegeben wurde.

3. Während bisher nur über Schädigungen bereits kranker Augen nach Einträufelung von Tuberkulin in den Konjunktivalsack berichtet wurde, beobachtete S. in zwei Fällen nach Einträufelung eines Tropfens 1 proz. Alttuberkulinlösung eine sehr starke Reaktion mit Beteiligung der Kornea, die dauernde, das Sehvermögen schädigende Trübungen zurückließ. Die Gesundheit beider Augen war vor der Einträufelung festgestellt worden!

Chirurgie.

Referenten: Prof. Dr. **K. Helbing** und Dr. **P. Roeder**, Spezialärzte, Berlin.

1. **Ueber typhöse Pyonephrose.** Von Dr. Meyer und Schreiner, Straßburg. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir., Bd. 19, Heft 3.

2. **Zur künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg.** Von Dr. Axhausen, Berlin. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 49.

3. **Unterchlorigsaures Natron als Desinfiziens.** Von Dr. Hartung, Kiel. Dtsch. Aerzte-Ztg., 1908, Heft 23.

4. **Die Behandlung veralteter Kniescheibenbrüche.** Von Dr. Wrede, Königsberg. Med. Klin., 1908, Nr. 47.

5. **Ueber Krebsforschung und Krebsbehandlung.** Von Dr. Tautzscher, Mitau. Petersburger med. Wochenschr., 1908, Nr. 46.

6. **Zur Frage der Contusio abdominis gravis und der Indikation zur Operation.** Von Prof. Lauenstein, Hamburg. Prag. med. Wochenschr., 1908, Nr. 47.

7. **Zur operativen Behandlung der Lungenemphysems.** Von Dr. Stich, Bonn. Dtsch. med. Wochenschr., 1908, Nr. 49.

1. Verff. beschreiben einen Fall von einer wahrscheinlich angeborenen Hydronephrose, die ursprünglich von Bact. coli infiziert, gelegentlich eines Typhus abdominalis mit diesen Bazillen infiziert wurde. Allmählich überwucherten diese die Colibazillen, so daß nach der Operation, die acht Jahre nach der mutmaßlichen Typhuserkrankung erfolgte und in Entfernung der kranken Nieren bestand, eine Reinkultur von Typhusbazillen aus dem Nierenbeckeninhalt gezüchtet werden konnte. Der sicherlich interessante und zum guten Ende geführte Fall bedarf aber deswegen noch besonderer Erwähnung, weil, wie ausdrücklich in der Arbeit vermerkt wird, Ureterenkatheterismus und Cystoskopie nicht vorgenommen wurden. „Da die Harnsekretion stets normal vor sich ging,“ so heißt es weiter, „obgleich die linke Niere schon seit mehr als zehn Jahren degeneriert war, so durfte die rechte Niere als gesund und normal funktionierend angesehen werden.“ Ja, woher wußte man etwas von dem Vorhandensein einer rechten Niere? Konnte es sich nicht ebensogut um eine Solitärniere, eventuell mit zwei Nierenbecken, das eine gesund, das andere krank, handeln, wie es bereits beobachtet worden ist. Das hätte man eventuell auch

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

erst feststellen können nach Durchtrennung des Gefäßstieles und Ureters, und dann wäre es zu spät gewesen. Sei man doch zufrieden, daß man Mittel und Wege hat, solchen Irrtümern aus dem Wege zu gehen, zumal es bei der Frau überhaupt das Einfachste vom Einfachsten ist. Man muß sich oft genug, da wo man Licht haben möchte, mit Mutmaßungen begnügen.

2. Bei der Bedeutung, die das Thema beansprucht, und der noch geringeren Anzahl der Fälle, die bis auf einen von Momburg selbst stammen, ist der vom Verf. mitgeteilte Fall von besonderer Wichtigkeit. Es handelt sich um einen Mann mit tuberkulöser, fistulöser Coxitis, dem Resektion und später die Exartikulation in der Hüfte keine Heilung brachten; es blieben immer wieder Fisteln zurück, die auf eine Erkrankung des Beckenknochens hindeuteten. Da der Kranke sehr schwach war und einen größeren Blutverlust nicht überstanden hätte, so entschloß man sich zur Abschnürung der unteren Körperhälfte. Mit einem fingerdicken Drainschlauch wurde in der Taille — in Narkose — der Leib so fest umschnürt, bis der Femoralispuls unterdrückt war. Nunmehr konnte man mit fast völliger Blutleere operieren. Um die kranken Weichteile zu entfernen, wurde rücksichtslos vorgegangen: Große Gefäßlumina, absolut leer, wurden durchschnitten, isoliert und einzeln unterbunden; im ganzen lag der Schlauch 45 Minuten. Keine Nachblutung. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Siehe, ein eklatanter Erfolg. Aber, wie Verf. selbst sagt, ob nicht doch üble Folgen möglich sind, darüber kann nur die Erfahrung entscheiden.

3. Verf. empfiehlt das unterchlorigsaure Natron als wertvolles Desinfiziens bei infizierten Wunden, besonders bei Pyozyaneus. Die Wirkung ist eine sehr intensive, da das Chlor, nur locker gebunden, sich leicht abspaltet. — Dieselben Erfolge erzielt man übrigens bei Anwendung von ½ proz. Chlorkalklösung, die durch ihren Gehalt an unterchlorigsaurem Kalk in derselben Weise wirkt und ebensowenig giftig ist, wie das erstgenannte Mittel.

4. Veraltete Kniescheibenbrüche mit Funktionsstörung bedürfen der Operation. Gelingt es, beide Bruchenden durch Naht zu vereinigen, so ist das der idealste Zustand. Bei größerer Diastase gelingt es, nach Abmeißelung der Tuberositas tibiae diese samt Lig. patellae und Bruchstücke nach oben bis zum proximalen Bruchende zu verschieben und anzuheilen. Ist auch dies nicht ausreichend, so tritt die Plastik in ihre Rechte. W. beschreibt einen solchen Fall, der dadurch geheilt wurde, daß aus dem Quadrizepsmuskel ein Lappen mit Basis am oberen Bruchende herausgeschnitten, nach unten umgeschlagen und mit dem unteren Bruchende und dem Lig. Patellae durch Naht vereinigt wurde. Nach vier Monaten konnte Patient Kniebeugen bis etwas unter 90° machen.

5. Der Vortrag, den Verf. auf dem Kurländischen Aerztetage hielt, gibt einen kurzen Ueberblick über das bisher Erreichte auf dem Gebiet der Krebsforschung. Wenn er auch nur allgemein Bekanntes bringt, so führt er einem doch wieder vor Augen, daß man zwar schon viel erreicht hat, aber von der Lösung des Problems noch weit entfernt ist. Ausgehend von der pathologisch-anatomischen Grundlage des Krebses, daß er aus dem Epithel hervorgeht und das umgebende Gewebe verdrängt, berichtet er auch über die von Martin und Czerny mitgeteilten Fälle von Spontanheilung, die aber nur ganz ausnahmsweise beobachtet worden sind. Wichtig ist die Tatsache, daß man sich bis jetzt nicht von der Infektiosität des Krebses hat überzeugen können. T. berichtet dann weiter über die an Tieren mit Erfolg versuchten Uebertragungen von Tumoren, die uns aber, was die Entstehung anlangt, auch nicht weiter gebracht haben. Er geht auf die Cohnheimsche Theorie in der embryonalen Keimanlage ein, auf die Ribbertsche, daß das Karzinom nur aus histogenetischen Erscheinungen zu erklären sei, tut dann die bazillären Entdeckungen von Adamkiewicz, Schulle, Doyen etc. als haltlos ab und geht dann zur Therapie über, die ausschließlich nur in möglichst frühzeitiger Operation bestehen kann, wenn sie Erfolg haben soll. Er verlangt nach Operabilitätsstatistiken, wenn man einen richtigen Ueberblick über die Heilerfolge bekommen will.

6. Darmverletzungen erst zu operieren, wenn bereits peritonitische Zeichen in Erscheinung treten, gibt eine schlechte Prognose. Es kommt darauf an, möglichst bald nach dem Trauma die Indikation zu stellen. Drei Fälle, die 1—4 Stunden nach dem Unfall operiert wurden, sind glatt geheilt. Wenn man dabei selbst einmal einen Kranken operiert, der keine Darmzerreißung hat, so ist das ohne Bedeutung bei einwandsfrei durchgeführter Asepsis. Im übrigen muß man sich bemühen, die Symptome zu erkennen, die eine Verletzung der Eingeweide wahrscheinlich machen. Da ist in erster Linie die Art und Weise des Traumas zu nennen: Einwirkung auf den mittleren Teil des Leibes, schwere direkte Gewalteinwirkung etc. Kann der Kranke sich z. B. aus der Horizontalen ohne Gebrauch der Arme aufrichten oder gleichzeitig beide Beine von der Unterlage erheben, so kann man eine Verletzung mit ziemlicher Sicherheit ausschließen. Aber jedenfalls: in dubio pro operatione.

7. Den acht bisher in der Literatur bekannten Fällen von Lungenemphysem fügt St. einen weiteren hinzu, an dessen Hand er die Aetiologie des Emphysems bespricht, soweit sie differentialdiagnostisch für die Indikation zum chirurgischen Eingriff von Bedeutung ist, und die bisher mit dieser Operation gemachten Erfahrungen beleuchtet. Zur Operation geeignet sind nur diejenigen Fälle, in denen es sich um einen primären krankhaften Prozeß handelt, in dessen Gefolge eine Verknöcherung und damit eine Starre des Thorax eintritt. Dieser Fall betrifft einen 44 jährigen Maurer, der an schwerer Dyspnoe litt, so daß er kaum einige Schritte zu gehen vermochte. Sein Thorax war faßförmig, und die Rippenknorpel der obersten Rippen waren verdickt fühlbar. Vitale Kapazität betrug 1600. Nach erfolgloser Behandlung auf der inneren Station wurde er operiert, indem die Knorpel der ersten bis sechsten Rippe zuerst auf der einen Seite subchondral reseziert und danach das Perichondrium weggenommen wurde, und neun Wochen nach der ersten Operation ebenso auf der anderen Seite. Patient erholte sich sichtlich; Atemnot und Husten sind kaum mehr bemerkbar; die Lungengrenzen sind in die Höhe gerückt, die Herzdämpfung ist größer geworden, die Lungengrenzen um 2 cm verschieblich — alles in allem ein bemerkenswerter Erfolg.

Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Referent: Spezialarzt Dr. **E. Solms**, Charlottenburg.

1. **Zur Aetiologie der puerperalen Wundinfektion.** Von Max Henkel. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1908 ,Nr. 63, Heft 1.

2. **Der Scheideninhalt Schwangerer.** Von Zweifel. Archiv für Gynäkologie, 1908, Nr. 86, Heft 3.

3. **Was ergeben die bei Tieren angestelltenMischinfektionsversuche mit Scheiden- und Lochialsekret?** Von Konrád. Archiv für Gynäkologie, 1908, Nr. 86, Heft 3.

4. **Die Therapie der Plazenta praevia.** Von Henkel. Archiv für Gynäkologie, 1908, No. 86, Heft 3.

1. **Zur Aetiologie der puerperalen Wundinfektion.** Von gen als Eingangspforte der Infektion nur die Genitalien ansah, die, regionär, auf dem Wege der Kontaktinfektion durch die touchierende resp. helfende Hand der Aerzte und der Hebammen oder durch Autoinfektion von den der Vulvovaginalpartie oder deren Umgebung adhärenten Keimen infiziert werden, ist uns jetzt von Henkel zur Erklärung des Modus der Infektion auch der Weg der hämatogenen und lymphogenen Infektion nähergebracht worden, daß nämlich im Anschluß an eine kaum beobachtete Angina Bakterien ins Blut gelangen und sich in den puerperal wunden Genitalien etablieren, um dort eine Fieber erzeugende echte puerperale Erkrankung hervorzurufen. Ueber diesen wichtigen Abschnitt der Pathologie der Wochenbettserkrankungen schreibt Henkel in der sub 1 angeführten Arbeit:

Trotz des relativ kleinen Materials in Greifswald hat Verf. in kurzer Zeit drei Fälle beobachtet, wo die Infektion, durch Sektion erwiesen, mit Sicherheit auf eine vorausgegangene Angina zurückgeführt werden konnte.

Nach seiner Ansicht wären diese Fälle von anderer Seite als solche durch Autoinfektion gedeutet worden, um so mehr noch, als in zwei Fällen innerlich nicht untersucht war. Das Touchieren der Gebärenden bedingt nach seinen Erfahrungen keine so große Gefahr, als wie immer geschildert wird, denn eine Infektion hängt nicht allein von der Anwesenheit von Keimen ab, die ja normalerweise in der Scheide von Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerinnen, allerdings in geschwächter Virulenz, vorkommen, sondern auch von den Schutzkräften des Organismus. Beim Touchieren müssen nur die Finger der rite desinfizierten Hand bei gespreizter Vulva eingeführt werden, damit nicht die virulenten Hautkeime in die Scheide verschleppt werden. Wenn auch die Uterushöhle in den ersten Tagen post partum eine große Wunde darstellt, weiter in der Scheide

Keime vorhanden sind, so kommt es doch nicht zur Infektion, weil die abgeschwächten Scheidenkeime nicht aszendieren. Erst etwa vom vierten Tage ab, im Spätwochenbett, aszendieren diese, die sich inzwischen infolge der Beimengung des alkalischen Lochialsekrets reichlich vermehrt haben; dann aber ist eine Infektion nicht mehr gefährlich, weil sich bereits ein Granulationswall im Uterus gebildet hat. Daher sind die Temperatursteigerungen im Spätwochenbett nicht so zu fürchten wie die im Frühwochenbett, wo noch kein Granulationswall gebildet ist. Sind mal Bakterien im Frühwochenbett in die Gebärmutterhöhle gelangt — durch intrauterine Manipulationen, durch aus der Zervix heraushängende Eihautreste usw. — so kommt es doch nur selten zur Infektion, weil einmal noch die Keime durch das Scheidensekret abgeschwächt sind, dann weil der Körper Schutzstoffe besitzt. Um eine Infektion festzustellen, beweist nichts die Anwesenheit von Keimen in den Genitalien, denn oft finden sich Mikroorganismen, Streptokokken, Staphylokokken, Kolibazillen bei normal verlaufenden Fällen. Beweisend sind nur, auch für die Schwere der Infektion, Keime, die aus dem Blute gezüchtet sind, das, intravenös entnommen, auf Agar verimpft wird. Finden sich hämolytische Streptokokken, so ist die Prognose infaust, die dubiös ist, wenn nur eine geringere Zahl von Keimen sich entwickelt hat.

2. Die saprophytäre Eigenschaft der Scheidenkeime resp. ihre verminderte Virulenz beruht nach Döderlein auf dem Selbstreinigungsvermögen der Scheide, das zum größten Teil durch die saure Reaktion des Scheidensekretes bedingt ist. Nach Veit hat die Virulenzverminderung der Keime ihre einfache Erklärung in dem nicht zusagenden sauren Nährboden und in dem Ueberwuchern der saprophytischen Scheidenkeime über die pathogenen. Da bisher nur bekannt war, daß diese wichtige saure Reaktion durch Milchsäure hervorgerufen wird, hat Zweifel in der sub 2 angeführten Arbeit das Sekret bei Schwangeren chemisch untersucht und gefunden, daß dies vermehrt ist, u. zw. enthält es Milchsäure in einer Konzentration von 3—5$^0/_{00}$. Chemisch und mikroskopisch ließ sich nachweisen, daß es sich um die Gärungsmilchsäure handelt, die von den Döderleinschen Scheidenbazillen, höchstwahrscheinlich aus dem Glykogen des Scheidensekrets, gebildet wird. In Konsequenz der der Milchsäure zudiktierten Wirksamkeit, pathogene Keime nicht aufkommen zu lassen, betont Zweifel weiter, daß dieser Gehalt an Milchsäure verringert ist, wenn Schwangere oder Gebärende, besonders mit klaffender Vulva, gebadet hatten. Deshalb empfiehlt Verf. an Stelle der Bäder Brausebäder und Waschungen der äußeren Geschlechtsteile mit sterilisierbaren Tüchern, weiter Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung, die Milchsäure zu 3 bis 5$^0/_{00}$ aufgelöst enthält. Große Statistiken würden den Erfolg erbringen.

3. Weiter hat Konrad mit Injektionen von Scheiden- resp. Lochialsekreten in der sub 3 angeführten Arbeit bei Tieren, die sich verschieden tierpathogen verhalten, Versuche angestellt, um in bakterio- und serologischer Hinsicht zu sehen, wie sich die mischinfizierenden Keime bei verschiedenen Tierarten verhalten, ob ein Antagonismus einzelner Keime in Erscheinung tritt oder gar eine Virulenzsteigerung. Als Resultat ergab sich die Unzulänglichkeit der Tierversuche, um dieses Problem zu lösen.

4. In dem sub 4 angeführten Thema schildert Henkel die Mortalität der Mütter bei Placenta praevia in der Klinik auf 6—10%, außerhalb derselben auf 20%, die der Kinder auf 50%, bei exspektativem Verhalten sogar auf 84%. Wegen dieser hohen Mortalitätsziffern gehören Patienten mit Placenta praevia, sobald als diese sich durch Blutungen — Zeichen der Wehentätigkeit — kenntlich macht, in die Klinik; denn nur dort ist ärztlicher Permanenzdienst und Gelegenheit zum sofortigen operativen Eingreifen. Blutet es bei geschlossenem Zervikalkanal, so ist die Wendung indiziert, die mit einem Finger vorgenommen werden muß, falls sich der Muttermund nicht soweit dilatieren läßt, daß er für zwei Finger durchgängig wird. Bei gleichzeitiger Rigidität der Zervix kommt an Stelle der Wendung der vaginale Kaiserschnitt in Frage, der zur Vermeidung protrahierter Blutungen und zur Abkürzung der Geburtsdauer, die eine Infektionsgefahr in sich birgt, beiträgt. Handelt es sich, wie zumeist, um eine Fehl- oder Frühgeburt, so ist nur ein kleiner Schnitt im vorderen Uterinsegment not, wenn gleichzeitig der nachfolgende Kopf perforiert wird. Die Verwendung des Bossischen Uterusdilatators ist zu gefährlich, da es leicht dabei zu Einrissen kommt. — Henkel hat gefunden, daß in vielen Fällen von Abort die Ursache in einer Plazenta praevia zu suchen ist. Liegt eine Pl. zentralis vor, so geht der Abort vor sich, in den anderen Fällen, bei Pl. praevia marginalis oder lateralis läßt sich derselbe aufhalten. Damit werden aber die Schwangeren nur einer Katastrophe entgegengeführt, die beseitigt ist, wenn bei Praeviaaborten nicht so konservativ behandelt wird. Draußen in der Praxis steht dem praktischen Arzt zur Stillung von Blutungen bei Pl. praevia mit geschlossenem Zervikalkanal die Blasensprengung, die meist nicht genügt, da sie oft weitere Blutungen zuläßt, und die Tamponade resp. Einführung eines Kolpeurynters in die Scheide zur Verfügung. Da es schwer ist, die Kolpeuryse richtig auszuführen, bleibt nur die Scheidentamponade, die nach vorherigem Katheterismus mit Binden, die mit 2 proz. Alaunlösung angefeuchtet sind, am besten geschicht. Ist die Blase bereits gesprungen, was meist bei schon zum Teil eröffnetem Zervikalkanal geschieht, so kann sich die Patientin trotz der Scheidentamponade in die Uterushöhle hinein verbluten. Deshalb kommt hier nur die Wendung resp. die Metreuryse in Frage. Da einmal schon bei der Einführung des Metreurynters Blut verloren geht, weiter dann bei der oft notwendigen Wendung, so sieht Henkel in dem einmaligen Eingriff der Wendung allein die hilfebringende Operation des praktischen Arztes. Für die Wendung bei nur für einen Finger durchgängigem Zervikalkanal gibt Henkel den Rat, die Blase mit einem spitzen Instrument, mit einem Blasenstecher, einer halben Kugelzange, zu sprengen und etwas Fruchtwasser abzulassen, weiter dann nach dem Verfasser einen Fuß mit einem Finger in den Zervikalkanal hineingeleitet hat, die Zehen mit einer Kornzange zu fassen und zum Muttermund herauszuleiten, während die äußere Hand die Wendung vollendet. Ist das Kind bis zu den Schultern ausgestoßen, so ist die Extraktion anzuschließen, aber acht zu geben, daß bei der Entwicklung des Kopfes die Zervix nicht einreißt. Bei starrer Zervix inzidiert der Verfasser dieselbe in der Mittellinie, oder wartet, während die in den Mund der Frucht eingeführten Finger dem Foetus Luft zuführen. Kommt es in der Nachgeburtsperiode zu Blutungen aus Rissen, so ist nach Entfernung der Plazenta die Uterovaginaltamponade am Platze. Steht trotzdem nicht die Blutung, so empfiehlt es sich, den tamponierten Uterus zu elevieren, stark zu anteflektieren und ihn in dieser Situation durch Scheidentamponade und eine Binde um den Leib zu fixieren. Blutet es trotzdem weiter, auch ex atonia uteri, so kommt die 24 stündige Abklemmung beider Uterinae in Frage, die durch zwei seitlich vom Uterus von der Scheide her angelegte Muzeuxklemmen erfolgt.

Urologie.

Referent: Spezialarzt Dr. **L. Lipman-Wulf**, Berlin.

1. **Cystoskopie und Ureterenkatheterismus in der Kinderpraxis.** Von Dr. Ernst Portner, Berlin. Deutsche medizinische Wochenschr., 1908, Nr. 43.

2. **Ueber kindliche Blasentumoren.** Von Dr. Rumpel. Deutsche medizinische Wochenschr., 1908, Nr. 43.

3. **Zur Pathologie und Therapie der Pyelitis.** Von Prof. Dr. Casper. Medizinische Klinik, 1908, Nr. 40.

4. **Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Prostata des Hundes.** Von Privatdozenten Dr. Leopold Freund und Dr. Otto Sachs (Wien). Zeitschr. für Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 11.

5. **Zur Endoskopie der Urethra.** Von Alfred Rothschild, Berlin. Zeitschr. für Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 11.

6. **Ueber die Wertlosigkeit der Provokation.** Von Dr. Orlowski, Berlin. Zeitschr. für Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 11.

7. **Ein neues Operationscystoskop.** Von Dr. Artur Strauß, Barmen. Zeitschr. für Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 11.

8. **Ein Fall von Kreuzung der Ureteren bei Nierentuberculose.** Von Dr. Robert Lichtenstein, Wien. Zeitschr. für Urologie, 1908, Bd. 2, Heft 11.

9. **Ueber Cystennieren.** Von Dr. Eugen Birkes, Basel. Folia urologica, 1908, Bd. 3, Heft 1.

10. **Ueber Prognose und Therapie der Nierentumoren.** Von Prof. W. Krönlein, Zürich. Folia urologica, 1908, Bd. 3, Heft 1.

11. **Intorno ai metodé di diagnosi della funzionalità renale nelle nefropatie di competenza chirurgica.** Per Dr. Leonardo Dominici. Folia urologica, 1908, Bd. 3, Heft 1.

1. Bei Kindern ist es schwer, Blasen- und Nierenleiden zu diagnostizieren, denn die Angaben der kleinen Patienten sind ganz unbestimmt und erlauben keine Schlüsse auf die genaue Lokalisation des Leidens. Alleinige Ausnahme bilden die Blasensteine. Deshalb ist die Cystoskopie und der Ureteren-Katheterismus geboten. Sie sind jedoch nur auf die durchaus notwendigen Fälle zu beschränken, bei denen wir ein pathologisches Urinsediment finden. Aus scheiden die Fälle mit normalem Urinsediment, Fälle von Hämaturie, die als Teilerscheinung einer hämorrhagischen Diathese erkannt werden. Fälle von Pyurie, die durch Spülungen mit Silbernitrat 1:1000 zur Heilung gelangen. Bestehen bei vierwöchiger Dauer von Pyurie und Hämaturie noch diagnostische Schwierigkeiten, so ist die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus vorzunehmen. Beim Mädchen ist die Einführung der Instrumente möglich vom ersten Jahre an, bei Knaben Cystoskopie vom zweiten Jahre an, Ureterenkatheterismus vom achten Jahre an. Man benutze dünne Instrumente: Cystoskop Charrière 12, Ureterencystoskop Charrière 17. Während beim Knaben dickere Kaliber nicht einführbar sind, gehen sie zur Not durch die weibliche Harnröhre, die selbst bei kleinen Mädchen bis zur Stärke eines kleinen Fingers dehnbar ist. Zur Vornahme der Cystoskopie ist bei Kindern Narkose unbedingt erforderlich. Diese muß tief genug sein, um den Blasenreflex aufzuheben, der später als der Kornealreflex auftritt, sonst sind störende Blutungen infolge Pressens zu befürchten. Die Blase hält zur Vornahme der Cystoskopie ca. 100 ccm Flüssigkeit. An den Ureterenkatheterismus schließe man bei chirurgischen Nierenleiden die funktionelle Nierendiagnostik. Diese vom Verfasser aufgestellten Grundsätze werden durch zahlreiche mitgeteilte Beispiele erhärtet.

2. Geschwülste der Blase im Kindesalter gehören zu den Seltenheiten. Verf. beobachtete eine Geschwulst bei einem dreijährigen Knaben. Dieser hatte bei bis zur Nabelhöhe reichender Blase ein dauerndes Harnträufeln. Die Cystoskopie ergab Balkenblase; der ganze Blasenhals war von einem Konglomerat rundlicher Tumoren eingenommen, die meisten waren anscheinend gestielt, von der Größe eines Kirschkernes bis zur Haselnuß, andere hatten mehr traubenartige Form. Neben dem linken Nabel fand sich ein angeborenes Divertikel. Sectio alta; die Geschwülste wurden mittels Muzeuxscher Zange gefaßt, nach Spaltung der Schleimhaut gelang ihre teils scharfe, teils stumpfe Auslösung. Das Bett wurde mit dem Paquelin verschorft. Schluß der Blase, Dauerkatheter. Bei der Rekonvaleszenz vorübergehendes Auftreten einer Blasenfistel. Nach drei Monaten bestand ungestörte Funktion der Blase. Die histologische Untersuchung der Geschwülste ergab Myxofibrom. Dieser am Lebenden beobachtete Fall beweist, daß man es bei Blasentumoren im frühesten Kindesalter mit einem einheitlichen Krankheitsbild mit charakteristischen Symptomen zu tun hat.

3. Besprechung einiger Fälle von Pyelitis, bei denen sämtlich eine Infektion die Ursache der Erkrankung war. Die Art und Quelle der Infektion und der Verlauf der Krankheit waren jedoch verschieden. Im ersten Falle handelte es sich um Streptokokkeninfektion, die Gelegenheitsursache war das Wochenbett. Im zweiten Falle ging die Erkrankung von einem parametritischen Exsudat aus. Der dritte Fall war eine typische Pyelitis grippalis acuta; zur Zeit der Behandlung lag eine Mischinfektion vor, es waren viele Arten von Mikroorganismen im Harn. Im Fall 4 wurde die Pyelitis durch den Gonokokkus hervorgerufen, und im fünften Falle wurde Bact. coli in Reinkultur aus dem Nierenharn gezüchtet. Zum Teil rief die Erkrankung akute fieberhafte, zum Teil chronische Zustände hervor. Dies erklärt sich daraus, daß der Grad der Infektion und die Virulenz der Bakterien nicht immer die gleichen sind. Die Diagnose wurde gestellt mit Hilfe der funktionellen Nierenprüfung von Richter und Casper. Wenn die Symptome keinen Zweifel über die Diagnose lassen, wie hier bei Fall 2, kann man von instrumenteller Untersuchung absehen. Prognostisch ist die Mehrzahl aller Pyelitischen günstig quoad vitam, zweifelhaft quoad restitutionem.

Die übliche Behandlungsmethode der Pyelitis besteht in heißen Umschlägen oder Thermophor auf die ergriffene Nierenpartie, Narkotika, Chinin, Salizylsäure, Antipyrin etc., Salol oder Urotropin als Versuch, das Nierenbecken vom Blut aus zu desinfizieren, blande Diät, regelmäßige Stuhlentleerung. Dazu empfiehlt Casper zur Auswaschung des Beckens Trinken großer Flüssigkeitsmengen, 6—10 Liter täglich, und zwar abwechselnd dünnen Tee, Milch, Zitronen-, Himbeerlimonade, Bouillon, Mineralbrunnen. Unter dieser Trinkkur besserten sich resp. heilten Fall 2 und 3. Führen diese Maßnahmen nicht zum Ziel, so versuche man Ausspülungen des Nierenbeckens mit Ureterenkatheter mit Arg. nitr., Lösung 1:1000 bis 1:300. Die frappante Wirkung ergab sich bei Fall 4 und 5. Recidive können durch abermalige Spülungen beseitigt werden. Die Spülungen empfehlen sich nur, wenn Gonokokken, Bact. coli oder Eiterbazillen die Ursache sind. Kontraindiziert sind sie bei Pyelitis infolge von Tuberkulose, Pyelonephritis und gleichzeitig vorhandenem Stein. Bei Fällen mit drohenden Symptomen, Schüttelfrösten, Verfall des Patienten, mache man die Nephrotomie; für den glänzenden Erfolg dieses Eingriffes bietet Fall 1 ein Beispiel.

4. Die Versuche wurden an drei Hunden angestellt. Die in Morphin-Chloroformnarkose befindlichen Tiere wurden in Seitenlage gebracht, der Schweif gegen den Rücken aufgeschlagen und dort befestigt. Dem Perineum gegenüber, in einer Distanz von 25 cm Antikathodenhautabstand, war mittels eines Stativs die Röntgenröhre befestigt, welche bis auf ein 2 cm im Durchmesser großes Loch zum Durchlassen des Normalstrahlenbündels mit Bleigummi vollständig abgedeckt war. Der Normalstrahl war gegen die Prostata gerichtet. Dauer der Exposition 30—75 Minuten. Die Versuche ergaben, daß je nach der Dauer und Intensität der Röntgenbestrahlung in der Prostata, und zwar zunächst in den Drüsenepithelien der Drüsenschläuche, des weiteren in dem angrenzenden Bindegewebe Veränderungen entzündlicher und degenerativer Natur auftraten. Je nach der Dauer der Einwirkung sind diese Veränderungen schwächer oder stärker ausgeprägt; es kann zur vollständigen Nekrose des Drüsenepithels kommen. Alle diese Veränderungen, sowohl die entzündlichen als die generativen, treten herdweise auf. Nach den histologischen Untersuchungen im dritten Versuch folgt der entzündlichen Infiltration des Gewebes eine Schrumpfung des Organs. Allerdings lassen sich die beim Hunde gefundenen Resultate nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen, denn die beim Hunde zu passierenden Weichteile sind wesentlich dünner als beim Menschen. Ferner ist zu berücksichtigen, ob die pathologisch veränderte, hypertrophische Prostata durch Röntgenstrahlen ebenso verändert wird, als die normale. Es ist allerdings anzunehmen, daß das durch Vermehrung der drüsigen Elemente voluminöser gewordene Organ in ähnlicher Weise beeinflußt werden dürften. Die Beantwortung dieser für die Therapie der Prostatahypertrophie des Menschen wichtigen Frage ist jedenfalls durch diese kleine Versuchsreihe nicht gelöst. Es sind hierzu noch weitere Studien notwendig.

5. Verfasser vermißt an dem Goldschmidtschen Urethroskop die Wiedergabe der natürlichen Farben der Schleimhaut, zumal in der Pars anterior erscheint dieselbe in einem nicht ganz befriedigenden Graurot. Ferner ist die therapeutische Aktionsfreiheit mit dem durch die Optik abgeschlossenen Instrument eine begrenzte. Für die vordere Harnröhre sucht er diese Mängel zu beseitigen durch Verbindung der älteren Endoskopie mit derjenigen von Goldschmidt. Er hat ein Verbindungsstück konstruiert, durch das er den Lichtträger des Endoskops von Leiber-Kasper auf den Tubus des Endoskops von Goldschmidt aufsetzen kann. Ist mit dem Irrigationsurethroskop von Goldschmidt die vordere Harnröhre untersucht, so wird die in ihrer Farbe noch zu studierende Stelle fixiert. Die Borirrigation wird geschlossen, die Optik entfernt, der Tubus ausgewischt. Darauf setzt Verfasser das mit dem Verbindungsstück armierte Caspersche Endoskop auf den Tubus auf. Man erhält so in natürlichen Farben das Bild der entsprechenden Schleimhautstelle. Wir sahen die Schleimhaut beiderseits sich durch die länglichen, seitlichen Fenster des Tubus hineindrängen ohne Zerrung und Dehnung. Daher erscheinen die Farben natürlicher als bei dem am Ende offenen Tubus. Therapeutische Maßnahmen lassen sich hierbei leicht vornehmen. Auch das Valentinlämpchen läßt sich durch das Verbindungsstück in den Tubus einbringen, doch nimmt dasselbe bei dem Kaliber des Goldschmidtschen Urethroskops von 24 Charrière verhältnismäßig zu viel Platz im Lumen weg. Auf diese Weise sind gute, direkt sichtbare endoskopische Bilder zu erhalten und mit denjenigen des Irrigationsurethroskops ohne Wechsel des Tubus zu vergleichen resp. letztere zu ergänzen.

6. Um festzustellen, ob die Gonorrhoe bereits geheilt ist, pflegt man eine der üblichen provokatorischen Reizungen der Harnröhre vorzunehmen. Zeigen sich in dem auf diese Weise

Pub

hervorgerufenen Sekret keine Gonokokken mehr, so erklärt man die Gonorrhoe für abgelaufen. Verfasser zeigt durch einige Beispiele die Wertlosigkeit der Provokation, da das Erscheinen der Gonokokken durch Aufbrechen eines latenten Schlupfwinkels nach Reizung ein rein zufälliges Ereignis ist. Von 46 Fällen akuter Gonorrhoe mit Rezidiv nach einer durchschnittlich zweitägigen provokatorischen Reizung erfolgte die Gonokokkenpositivität nur in acht Fällen sofort nachher, in sechs Fällen nach 6—7 Tagen, in den übrigen nach 2—5 Tagen. Es ist sonach die Provokation in jedem Falle überflüssig, nach Ansicht des Verfassers sogar schädlich. Man kann sich nicht verhehlen, „daß eine Anzahl schwerster chemischer und mechanischer Reize einem zyklisch erkrankten und eben erst gesundeten Gewebe nicht dienlich sein kann". Eine Reihe von Nachkatarrhen mit schleimig-eitriger Sekretion sind wohl auf derartige forcierte provokatorische Reizungen zurückzuführen. Es soll daher zur Feststellung des Ablaufes der akuten Gonorrhoe an Stelle der Provokation ein espektatives Verhalten treten.

7. Der vom Verfasser bereits früher konstruierte Katheterlöffel zur Ausschabung der männlichen Harnblase bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung ist von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall mit einem Cystoskop versehen worden. Dadurch ist seine Leistungsfähigkeit bedeutend erhöht und sein Indikationsgebiet erweitert. Es ist nicht nur bei schwerer chronischer Cystitis zur Ausschabung der Blase, sondern auch bei kleinen, gutartigen Tumoren und ulzerösen Prozessen zu verwenden.

8. Bei einem jungen Mädchen bestand schwere, destruierende Tuberkulose der linken Niere, die stark vergrößert und schmerzhaft durch Palpation zu fühlen war. Trotzdem sezernierte der linke Ureter normalen Urin, während der rechte nicht auffindbar war. Dies zeigte sich auch nach suprapubischer Blaseneröffnung und Anlegung einer Blasenfistel zur Ruhigstellung der Blase, nachdem ein Dauerkatheter nicht vertragen worden war. Nach der Exstirpation der erkrankten linken Niere trat wiederum nur aus dem linken Harnleiter Harn aus. Die rechte Niere war, wie die Autopsie in vivo ergab, völlig intakt und konnte nur die Quelle der Harnsekretion sein. Daraus ergibt sich als Schlußfolgerung, daß der Harnleiter der rechten Niere in die linke Blasenhälfte mündete, die abgeschlossene linke Niere und deren wahrscheinlich obliterierter Ureter in die rechte Blasenhälfte, deren Schleimhaut stark entzündet war. Es bestand also eine komplette Kreuzung der Ureteren. Nur durch die Freilegung beider Nieren war es in diesem Falle gelungen, die Krankheitsverhältnisse richtig zu erkennen, den tuberkulösen Herd zu eliminieren und der Patientin das Leben zu retten. Die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik ließen wegen der Kreuzung der Ureteren hier im Stich.

9. Es besteht zwischen Cystennieren und Nierencysten kein Unterschied. Es gibt keine gemeinsame Erklärung, die imstande ist, alle Fälle auf eine gemeinsame Aetiologie zurückzuführen. Nach unseren heutigen Kenntnissen kann die Cystenniere nur gering therapeutisch beeinflußt werden. Radikale Operationen nützen in der Mehrzahl der Fälle gar nichts, verschlimmern im Gegenteil die Erkrankung. Operationen sind indiziert bei bestehender Hämaturie, heftigem Schmerz, Spannungs- und Druckgefühl, Eiterung. Jedoch soll man von der Nephrektomie abstehen und mit der Inzision und Abtragung der oberflächlichen Cysten auskommen, eventuell kann der Sektionsschnitt, wenn die Cysten mehr nach dem Kelche zu gelegen sind, gemacht werden. Die funktionelle Nierenprüfung ist, wenn irgend möglich, zur Indikationsstellung auszuführen. Besonders ist auf die Narkose zu achten.

10. Krönlein hat von 1885—1908 25 Fälle von Nierentumoren operiert. Außer einem Fall von Nierenechinokokkus, bei dem durch breite, extraperitoneale Eröffnung des Sacks Heilung erzielt wurde, wurde bei allen die Nephrektomie gemacht. Die Operationsmortalität betrug 8% bei etwa 25 Fällen, bei 22 malignen Tumoren 9%. Es war unmöglich, bei den malignen Tumoren vor der Operation zu entscheiden, ob es sich um Karzinom, Sarkom oder Hypernephrom handelte. Es können bei polycystischen Nierentumoren Fälle vorkommen, bei denen die Unterlassung der Operation eine Unterlassungssünde ist. Verfasser beobachtete eine Dauerheilung von 10 Jahren. Die Prognose der Nierentumoren ist eine ungünstige, Rezidive sind die Regel. Doch sind Dauerheilungen beobachtet worden, so bei einer vor 23 Jahren an Nierenkarzinom operierten Frau. Die zweckmäßigste Narkose ist die Aethernarkose. Wegen der seelischen Marter des bei vollem Bewußtsein zu operierenden Patienten ist bei dieser Operation, bei der der Tod auf dem Operationstisch doch immerhin nicht ausgeschlossen werden kann, die Lumbalanästhesie nicht empfehlenswert.

Die zweckmäßigste Operationsmethode ist der retro- oder para-peritoneale Flankenschnitt. Das Gregoiresche Radikalverfahren ist zu verwerfen.

11. Zur Feststellung einer Diagnose über die funktionellen Leistungen beider Nieren verfahre man folgendermaßen: Nach den verschiedenen Untersuchungen im Gesamtharn Ausführung des Nierenkatheterismus, gesondertes Aufsammeln der Harnmengen während 24 Stunden, chemische, mikroskopische und kulturelle Untersuchung dieser Harnmengen, um die pathologisch-anatomische Diagnose zu stellen. Man bestimme dann die Menge des Harns, das spezifische Gewicht, den Gefrierpunkt, die absolute und relative Menge an Harnstoff und Chlorüren; hieraus findet man die molekulare Diurese. Gleichzeitig bestimmt man den Gefrierpunkt des Blutes und zieht die Formel von L. Bernard. Hierdurch findet man die funktionelle Fähigkeit jeder einzelnen Niere. Weniger wichtig sind nach den Erfahrungen des Verfassers die Phloridzinprobe, die Methylenblau- und Indigokarminprobe.

Militärmedizin.

Referent: Generaloberarzt a. D. Dr. **M. Peltzer,** Steglitz.

1. **Selbstherzustellende Lederstreckverbände.** Von Dr. Erler. (Aus der chirurgisch-gynäkologischen Klinik des Stabsarztes a. D. Dr. Erler zu Treptow a. R.) Deutsche militärärztliche Zeitschr., 1908, Heft 21.

2. **Beitrag zur Frage der Dienstfähigkeit und Rentenhöhe nach Blinddarmoperation.** Von Stabsarzt Dr. F. Becker, Mainz. Ibidem.

3. **Ueber die Behandlung des Furunkels mittels der Bierschen Stauungshyperämie.** Von Stabsarzt Dr. Filbry, Allenstein. Ibidem.

4. **Die Behandlung des eingewachsenen Nagels mit Eisenchlorid.** Von Stabsarzt Dr. Lehmann, II/147, komm. z. städt. Krankenhause, Frankfurt a. M. Ibidem.

1. So groß die Vorteile sind, welche die abnehmbaren Verbände vor den zirkulär unverrückbar geschlossenen haben, so steht ihnen der Nachteil gegenüber, daß Aenderungen in der Extensionsstellung, genügendes Nachpassen an größere Schwankungen im Umfange der verletzten Gliedmaßen und die Kontrolle der Bruchstelle bei ihnen schwer möglich ist. Die bisher verwendeten Hülsenschienenapparate aus Zelluloid, geleimter Zellulose, orthopädischem Waschleder, sind kunstvolle, für den Einzelfall gearbeitete Modellapparate, die Bardenheuerschen portativen Federextensionsapparate sind für allgemeine Anwendung nicht einfach und handlich genug und bieten Schwierigkeiten für Reparatur und Transport. Dasselbe gilt für den in drei Größen vorrätig zu haltenden Hessingschen Kriegsapparat. Die von Erler in seiner Klinik erprobten, von Kahnemann, Berlin, in seinem Prospekt aufgenommenen, a. a. O. unter Beifügung zahlreicher Abbildungen beschriebenen Chromlederstreckverbände sollen alle diese Nachteile vermeiden und gewissermaßen ein zukünftiges Normalverfahren sowohl für den Praktiker als auch für das Feld darstellen. Näheres siehe im Original.

2. Bei Behandlung der Appendicitis ist für die Armee die Frage wichtig, ob mehr Operierte oder mehr Nichtoperierte dienstfähig bleiben, wobei natürlich auch die Frage der Dienstbeschädigung eine große Rolle spielt. Einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung dieser Frage liefert die von Stabsarzt Becker beigebrachte und verarbeitete Statistik. Wir verweisen bei dieser Gelegenheit auf das Referat über die von Stabsarzt Braun beschriebene, in der Jenaer Klinik geübte Narbenkorrektur.

3. In Allenstein wurden im Berichtsjahr 1906/07 sämtliche Furunkel in jedem Stadium mit der von Klapp in der Münch. med. Wochenschr., 1905, Nr. 16, beschriebenen Saughyperämie behandelt, kein einziger wurde inzidiert. Die Erfolge waren überraschend gut, die Behandlungsdauer wurde abgekürzt, Narben blieben aus. Gesichtsfurunkel bilden eine Ausnahme.

4. Nach der von Prof. Rehn angegebenen und in seiner Klinik seit 15 Jahren geübten Methode wird mit einem Wattestäbchen unverdünntes Eisenchlorid tief und gründlich sowohl auf den eingewachsenen Nagel selbst als auch auf den umgeben-

den entzündlichen Wall aufgetupft. Die Methode soll niemals versagen, richtig angewendet (weites Schuhwerk!), nie länger als 14 Tage dauern und meist ambulant möglich sein.

Biologische Therapie.

Referent: Dr. **W. Esch**, Bendorf a. Rh.

1. **„Akne.“** Von Prof. Dr. Unna, Hamburg. Med. Klinik, 1908, Nr. 46.

2. **Ueber autotoxische und alimentäre Dermatosen.** Von Dr. Ullmann, Wien. Vgl. Ref. „Ther. Mon.“, 1907, Nr. 9.

3. **Zur Lehre vom Ekzem.** Von Prof. v. Düring. Münch. med. Wochenschr., 1907, Nr. 36.

4. **Ueber gastrointestinal entstandene Anämie.** Sammelreferat. Von Dr. Samuely. Med. Klinik, 1907, Nr. 27.

5. **Zur enterogenen Entstehung schwerer Anämien.** Von Prof. Dr. Grawitz. Berl. klin. Wochenschr., 1901, Nr. 24.

In Nr. 37 der Th. R. wurden einige Arbeiten referiert, die den Zusammenhang von Organleiden mit allgemeinkörperlichen Störungen, Stoffwechselanomalien, Autointoxikationsvorgängen behandelten. Nachdem nun neuerdings wieder Unna sich (in seiner bis auf diesen Punkt praktisch sehr wertvollen Arbeit) ausdrücklich auf den exakten anatomisch-lokalistischen Standpunkt gestellt hat (s. u.), sollen im Anschluß an seine Ausführungen noch einige biologisch denkende Aerzte zu Wort kommen.

1. Unna betont zunächst, daß zwischen Akne juvenilis und rosacea scharf unterschieden werden müsse. Erstere sei eine Affektion der Pubertät und schon in den mittelschweren Fällen durchaus nicht so harmlos, wie sie vielfach noch angesehen werde, weil sie oft enorme Hautveränderungen verursache. „Von den Follikeln aus kann sich eine toxische Wirkung weithin in die Lederhaut ausbreiten, die die tiefen Anhänge der Oberhaut zerstört, die Lederhaut dagegen zu einer progressiven Granulationswucherung anregt. Es handelt sich mithin um einen infektiösen Keim, der in der Oberhaut seinen Sitz hat; die pathologische Veränderung kommt von außen, die Akne ist mithin keine auf dem Blutwege entstehende und sich von hier aus, von innen her, in der Haut ausbreitende Krankheit, wie der populäre Glaube so gern annimmt.“ —

(Demgegenüber sagt Jeanselme [vgl. Th. R., S. 552]: „Die Akne ist das Resultat von Funktionsstörungen der Talgdrüsen und von den sie begleitenden Entzündungsvorgängen. Diese Erscheinungen sind aber durchaus nicht als ein rein lokales Leiden aufzufassen, was manche Aerzte immer noch glauben, sondern sie stehen mit sexualen, gastrointestinalen und allgemeinen Stoffwechselstörungen im Zusammenhang, während Parasiten bei ihnen nur eine sekundäre Rolle spielen.“)

Unna verschließt sich anscheinend gegen die heute fast allgemein anerkannte Tatsache, daß die Mikrobien, um überhaupt „pathogen“ wirken zu können, einen Körper vorfinden müssen, der, statt „im Rahmen des Physiologischen“, nur unter den von U. so anschaulich geschilderten abnormen Erscheinungen auf sie reagieren kann, d. h. also einen Organismus, der an Widerstandskraft eingebüßt hat, der Disposition für krankhafte Reaktionen besitzt. Die entsprechende Konstitutionsanomalie kommt aber allerdings „auf dem Blutwege“ zustande. Warum die Aknedisposition gerade in der Pubertätszeit besonders häufig vorkommt, das bedarf noch der näheren Erforschung (erhöhte Drüsentätigkeit?); jedenfalls wird ein junges Menschenkind mit „gutem“, normal zirkulierendem Blut keine Akne bekommen.)

U. betont dann des weiteren, daß die Mitesser, das pathognomonische Zeichen für die Akne juvenilis, hornige, durch Hyperkeratose entstandene und durch „Hornfarbe“ gelb bis schwarz verfärbte Hohlkörper seien, die Talg enthalten können und u. a. einen weiße Kulturen bildenden Kokkus, beherbergen, den er als „Erreger“ der (stets nur endofollikülaren) Akne anspricht.

Bei der Behandlung müsse die punktuelle, vom Arzt auszuübende Komedonenquetschung etc. mit einer flächenhaften Hornschichtverdünnung und Follikeleröffnung Hand in Hand gehen. Das letztere wird erreicht durch, von den Patienten vorzunehmende abendliche Einreibungen mit Pulv. cutifricius.

Marmor pulveris. grossi
Sapon. medic. pulv. āā, ev. mit 10% Schwefel

und Waschungen mit Natronsuperoxydseife (Mielck, Hamburg); außerdem müssen Deckpasten benutzt werden, besonders bei entzündlichen Erscheinungen, z. B.

Lycopodii cuticolor. (eosinat.) 5,0
Sulfur. praecip. 2,0
Euccerini . . . . ad 20,0

Mf. Past. sulf. cuticolor c. lycopod., eventl. mit Zusatz von Zinkoxyd, bei leichteren Fällen genügt ein 10 proz. Sulfur-Lycopodiumpuder, während in ganz schweren Fällen, die nachts Bedeckung mit Hg-Karbolguttaplast erfordern, tagsüber in der Paste statt Sulfur Hg. praec. alb. genommen wird.

Von innerlichen Mitteln nennt U. Schwefel, Arsenik, Hefe. Die verschiedenen Strahlenarten haben bisher wenig Erfolg. Die bei A. rosacea angewandten Schälkuren sind bei der juvenilis kontraindiziert, ebenso die Teerpräparate. Der diätetischen Behandlung steht U. skeptisch gegenüber, Maßnahmen zur Blut- und Zirkulationsverbesserung übergeht er, seiner oben erwähnten Anschauung entsprechend, völlig.

2. Die ätiologisch-prophylaktische Richtung unserer Zeit, so führt Ullmann aus, hat den Begriff der Autointoxikation, der auf allen Gebieten der praktischen Medizin seit uralten Zeiten vorhanden ist, wieder modern gemacht. Speziell in der Dermatologie hat die neuerdings wieder mehr gewürdigte alte Erfahrungstatsache, daß bei vielen Hautaffektionen die gesamte äußere Medikation völlig wirkungslos bleibt, während eine Aenderung der Ernährungs- und Lebensweise oft von sofortigem Erfolge gekrönt wird, in Verbindung mit der Erkenntnis der relativen Wertlosigkeit der morphologischen Diagnose für das Verständnis der Krankheit und für die einzuschlagende Behandlung es allmählich dahin gebracht, die Hebrasche Richtung zu einer Revision ihrer Anschauung zu veranlassen. Sie mußte nämlich immer mehr einsehen, daß nicht alle pathologischen Erscheinungen an der Haut nur äußeren Reizen allein ihren Ursprung verdanken, wie Hebra meinte, sondern daß es eine große Zahl von Dermatosen gibt, die teils ohne jede äußere Ursache entstehen ,teils aber erst dann zum Ausbruch gelangen, wenn bestimmte äußere Irritationen mit inneren Ursachen kombiniert einwirken.

Der Einblick in die Aetiologie derartiger Dermatosen ist nun aber schwierig, weil hier zahlreiche ursächliche Momente verschiedenster Art zusammenlaufen. Krankhafte hereditäre Anlage bewirkt in Verbindung mit der Summe aller im Lauf des Lebens einwirkenden Schädlichkeiten das, was wir Disposition nennen. Hierzu treten nun die Noxen, die teils direkt von außen, teils indirekt im Wege des Stoffwechsels die Haut reizen, in ihrer Ernährung stören, sie zur Ansiedelung ubiquitärer Keime prädisponieren und so zur auslösenden Ursache für die betreffende Dermatose werden.

Diese Kompliziertheit der ursächlichen Faktoren macht es begreiflich, daß gerade exakte Forscher sich nicht gern in so weitschichtige Fragen einlassen und den Weg zur Entwirrung doch eher mittels des Mikroskops etc. zu finden hoffen, was Ullmann, ähnlich wie v. Düring, besonders im Hinblick auf Unna und Jadassohn bedauert.

Ueber manche dieser Schwierigkeiten scheint nun der von Senator in die Medizin wieder neu eingeführte Begriff der Autointoxikation hinweghelfen zu können, und deshalb bemühen sich manche Schulen, die französische mit Brocq an der Spitze, die Dermatologie nach diesem Gesichtspunkt umzuformen.

Nachdem man schon früher die bei den altbekannten Stoffwechselanomalien: Diabetes, Urämie, Cholämie etc. auftretenden Hautaffektionen auf die betreffenden, im Blute kreisenden toxischen Substanzen zurückgeführt hatte, wurde der Begriff der Autointoxikation ursprünglich als Ausdruck für die Resorptionserscheinungen bei krankhaften Darmgärungen angewandt, von Bouchard aber auf die Resorption aller, innerhalb der Körperökonomie auftretenden Verbrauchsstoffe ausgedehnt, dann auch auf die Resorption von Produkten verschiedenartiger infektiöser Prozesse in- und außerhalb des Darmtrakts, die aber doch nicht den Charakter einer ektogenen Infektion besitzen, erweitert. In den letzten Jahren endlich wurden ganz besonders noch jene Stoffwechselanomalien mit einbezogen, die durch Störungen in der sog. inneren Sekretion zustandekommen.

Die konkreten Tatsachen, die diesem weitgefaßten Begriff der Autointoxikation zugrunde liegen, sind aber leider noch

Public

wenig zahlreich, und die Forschung hat auf diesem Gebiete noch manches zu klären. Sie muß zunächst die schädlichen Stoffe selbst, dann den Ort ihrer Entstehung, das Material für ihre Bildung kennen lernen.

Die unbestritten wichtigste, weil häufigste Quelle liegt wohl im Verdauungsprozeß, in den aus den Nahrungsstoffen entstehenden Toxinen. Ullmann möchte aber auf Grund seiner Beobachtungen weniger die Produkte der gesteigerten Darmfäulnis (aromatische Körper, Indoxyl-Skatoxyl, Oxysäuren, Diamine) anschuldigen, die zuerst Singer und Freund bei gewissen Dermatosen im Harn nachgewiesen haben; vielmehr führt er die bei manchen Personen bestehende Neigung zu spontanen akuten und chronischen Ekzemen, Urticaria, Pruritus etc. auf eine Intoxikation durch verringerte Oxydationsvorgänge im intermediären Stoffwechsel zurück.

Zum Schluß spricht Ullmann den Wunsch aus, es möge eine spezielle Enquete von Forschern der verschiedensten Disziplinen und Richtungen das bisher über die Autointoxikation Erforschte zusammenfassen und kritisch verwerten.

3. v. Düring gibt zunächst einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Bezeichnung „Ekzem", wobei er ebenso wie Ullmann Hebras rein lokalistische Stellungnahme beklagt. Er selbst bekennt sich zur Klasse derjenigen Autoren, die am Bläschen als unabänderlichem kardinalen Ekzemsymptom festhalten, dafür aber das Ekzem als Krankheitseinheit, als Krankheit sui generis überhaupt fallen lassen. Er bestreitet, daß es eine einheitliche Ekzemursache gebe und kann sich auch durch Unna nicht von der parasitären Natur des Ekzems überzeugen lassen. „Ekzematisation" kann als Folge aller möglichen Reize bei jedem Menschen auftreten, sie verschwindet aber normaliter spontan mit dem Aufhören der Ursache, zu einer Krankheit sui generis, autonom wird sie erst dann, wenn sie bei Prädisponierten in zyklischer Weise in Erscheinung tritt. Auch hier entsteht sie nie spontan. Ist aber einmal ein Individuum „Ekzematiker", so ist der auslösende Reiz zur Ekzematisation nicht immer sicht- und nachweisbar. Die Prädisposition zum Ekzem kann angeboren und erworben, die auslösenden Reize können alle möglichen chemischen, physikalischen, traumatischen, toxischen, autotoxischen sein.

Deshalb habe die Therapie ihr Augenmerk nicht allein auf die ekzematisierte Hautfläche zu richten, wie Unna will, vielmehr sei die ganze Lebensweise der Kranken, Beschäftigung, Wohnung, Kleidung, Toilettegewohnheiten, Essen, Trinken, Verdauung zu berücksichtigen. Wenn es auch bei dem Stande unserer biochemischen Kenntnisse oft nicht gelinge, eine Ursache zu finden, so werden in vielen Fällen doch zweckentsprechende Vorschriften in Verbindung mit einer unterstützenden äußeren Behandlung Heilung bringen. Wie sehr Unna im Unrecht sei, gehe u. a. auch daraus hervor, daß letztere vielfach auch ohne Lokaltherapie, einfach durch einen Wechsel des Orts, der Ernährung etc. zustande kommt (s. o. Ullmann).

Was den alimentären Faktor in der Ekzemätiologie betrifft, so erklärt v. D. es für unzulässig, aus gewissen laienhaften Verallgemeinerungen den Schluß zu ziehen, daß alle einschlägigen, von nüchtern denkenden Aerzten berichteten Beobachtungen falsch seien. Unsere Kenntnisse der physiologischen und pathologischen Biochemie sind noch so mangelhaft, daß wir uns bescheiden müssen, ätiologische Beziehungen auch dann gelten zu lassen, wenn uns die Erklärung in allen Einzelheiten unmöglich ist. Und wenn Unna von einer, quasi unabhängig vom Organismus (!) bestehenden „lympho-, akantho- und keratophilen Haut" spricht, so erscheinen die Bezeichnungen skrofulöse, seborrhoische, neurotische etc. Konstitution mindestens ebenso wertvoll. Zum Schluß geht Verf. noch kurz auf die hochinteressanten Wechselbeziehungen zwischen Erkrankungen der Haut und denjenigen innerer Organe ein (die ja neuerdings besonders von Czerny, Finkelstein, Feer bearbeitet worden sind: Ekzemtod, exsudative Diathese etc. Ref.)

4. Von der Erwägung geleitet, daß die anatomische Blutuntersuchung uns in der Erforschung von Ursache und Wesen der Anämie nicht weiterbringt, haben bereits einige Forscher sich von den morphologischen zu den biochemischen Studien gewandt und als Ursache einer Anzahl von Anämien toxische, hämolytisch wirkende Schädlichkeiten verantwortlich gemacht, so z. B. Hunter, Barker, Stengel, C. A. Ewald.

Gewisse, durch die Beherbergung von Darmparasiten erzeugte Anämien führten sodann die Autoren Isaak, van den Velden, Tallqvist zu Untersuchungen über gastrointestinale hämolysierende Toxine als Ursache: idiopathischer Anämien. In der Tat gelang es, aus der Körpersubstanz von Bothriocephalus u. a. einen lipoidartigen Körper zu isolieren, der, per os oder subkutan einverleibt, stark hämolytisch wirkt. Die dadurch erzeugte experimentelle Anämie unterschied sich in keiner Hinsicht von den schweren chronischen Anämien der Menschen. Da nun Tallqvist ebenso wirkende lipoide Stoffe auch aus einzelnen Teilen des menschlichen Darmtraktus gewinnen konnte und dieselben in den entsprechenden Organen Anämischer in vermehrtem Grade vorhanden waren, so erscheint sein Schluß berechtigt:

Die Aetiologie einer Anzahl von Anämien liegt in einer primären, im Darm erfolgenden krankhaften Bildung und Ausschwemmung hämolytischer Lipoidstoffe.

So sind ja auch Digestionsstörungen in mehr oder weniger hohem Grade nicht selten Vorboten und später regelmäßige Begleiter der Anämie.

5. Eine Stütze findet Tallqvists Anschauung u. a. in der Arbeit von Grawitz. G. suchte die infolge fehlerhaften Abbaus des Eiweißmoleküls (und dadurch ermöglichter Wucherung saprophytischer und pathogner Mikroorganismen) im Verdauungstrakt entstandenen Toxine, die von dort zur Resorption gelangen und bei disponierten Individuen als Blutgift wirken, durch geeignete, vorwiegend vegetabile Kost, Magendarmspülungen etc. zu beseitigen und erzielte auf diese Weise gute Erfolge. — Aehnliches berichtet soeben Nicolaysen (Norsk. Mag. f. Laegevid., Nr. 10 [Ref.]).

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

1. **Ueber Aperitol,** ein neues Abführmittel. Pharm. Zentralzeitung, 1908, Nr. 45.

2. **Regenerin.** Pharmaz. Ztg., 1908, Nr. 88.

3. **Ueber ein neues Santolpräparat, das „Thyresol".** Von Dr. Bornemann. Med. Klinik, 1908, Nr. 48.

1. Von der Aktiengesellschaft J. D. Riedel in Berlin wird ein neues Abführmittel, namens Aperitol, in den Handel gebracht, das ein weißes, kristallinisches Pulver und ein Gemisch gleicher Teile von Isovaleriansäureester und von Essigsäureester des Phenolphthalein darstellt. Es ist geschmack- und geruchlos und in Wasser unlöslich. Bei dem Aperitol gelangt neben der bekannten abführenden Wirkung des Phenolphthaleins die beruhigende der Baldriansäuregruppe im Dickdarm zur Wirkung, die eine milde und schmerzlose ist. Die Dosis von 0,4 g bewirkt nach zwölf Stunden eine einmalige reichliche Darmentleerung, die einer normalen entspricht. Da keine Gewöhnung an das Mittel eintreten soll, kann es längere Zeit hindurch gegeben werden. Die Firma bringt Aperitol in Gestalt von Bonbons in den Handel, die je 0,2 g enthalten. Man gibt zwei Bonbons und kann bei zu schwacher Wirkung oder bei Bettlägerigen bis drei oder vier Bonbons steigen.

2. Regenerin (flüssig) ist nach der „Pharmaz. Ztg.", 1908, Nr. 88, ein Ovo-Lezithin-Mangan-Eisen-Präparat, eine klare, rötlich-braune Flüssigkeit von aromatischem Geschmack. Davon erhalten Kinder dreimal täglich einen Kaffeelöffel, Erwachsene einen Eßlöffel kurz vor oder während der Mahlzeit. Die Tabletten- und Pulverform besteht aus je 14% Natriumglycerinophosphat und Eisenlaktat und 72% Leubeschem Magenpulver. Dieses wurde zwecks Anregung und Förderung der Verdauung statt der Aromatika der flüssigen Form hinzugesetzt. Man gibt dreimal täglich 1—2 Messerspitzen voll bezw. 1—2 Tabletten mit den Mahlzeiten.

3. Ueber das neue Santalolpräparat Thyresol berichtet Dr. Bornemann. Er hat es 9 Monate hindurch angewendet und äußert sich über die guten Eigenschaften äußerst befriedigt. Denn das Thyresol weise nicht die Mängel der sonst üblichen Balsamika, nämlich Belästigung des Magens, der Nieren und der Blase, auf; dies beruht wohl zum Teil darauf, daß das Thyresol eine ätherartige Verbindung des Santalols ist und nicht eine ersterartige, wie bei anderen Balsamicis. Die esterartige wird

aber durch Spaltung im Organismus wieder in Santalol zerlegt, und dieses reizt. Das Thyresol erscheint als gepaarte Glykuronsäure im Harn. Da es ferner keine freie Hydroxylgruppe enthält, reizt es den Magen in keiner Weise und kann Monate hindurch gegeben werden, ohne Aufstoßen oder Appetitlosigkeit zu erzeugen. Bei allen Krankheiten, die häufiges und schmerzhaftes Urinieren hervorrufen, also besonders bei akuter Gonorrhoe, eignet sich das Mittel vorzüglich, da es den Urindrang mildert und die Schmerzen wesentlich herabsetzt. Eine gonokokkentötende Eigenschaft kommt dem Thyresol nicht zu. Nur bei empfindlichen Patienten hat B. eine leichte Nierenreizung bemerkt, die nach Aussetzen des Präparates sofort verschwand. Die Thyresoltablette stellt nach B. eine glückliche Kombination mit einem mild wirkenden Abführmittel dar; denn sie enthält Magnesia carbonica. B. gab 3—4 mal täglich 2 Stück. Die Indikation, ob Tablette oder Gelatineperle, wird sich also nach einer etwa vorhandenen Obstipation richten.

Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Allosan.

(Allophansäureester des Santalol.)

Formel: $NH_2 . CO . NH . CO . OC_{15}H_{23}$.

Eigenschaften: Allosan ist ein weißes Pulver von angenehm mildem, aromatischem Geruch, völlig geschmacklos und durchaus luftbeständig. Es ist eine Veresterung des Santalols durch Allophansäure, einer Säure, die im Jahre 1849 von Liebig und Wöhler entdeckt und gewissermaßen durch Overlach wieder entdeckt, d. h. der Vergessenheit entrissen wurde (Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 30). Die Bedeutung der Allophansäure besteht nach den experimentellen physiologischen Versuchen Overlachs darin, daß schlecht schmeckende, schlecht riechende, stark ätzende Körper durch Veresterung mit ihr in feste, geschmack- und geruchlose resp. reizlose verwandelt werden können. Die Allophansäure zerfällt, nach den Beobachtungen ihrer Entdecker, im Organismus in Kohlensäure und Harnstoff.

Pharmakologisches: Das Allosan ist völlig reizlos gegenüber der Mundhöhle, Magendarmkanal und Nieren und wird ohne jede Reaktion vom Darm abgespalten. Es fehlen ihm also der unangenehme, kratzende Geschmack und die reizende Wirkung des Santalols. Die beiden Komponenten (Kohlensäure und Harnstoff), die im Körper vom Santalol als Bestandteile der Allophansäure abgespalten werden, sind ohne jede medizinische Wirkung. Nach ca. 1½—2 Stunden erfolgt die Ausscheidung des Santalol im Urin.

Indikationen: Die Wirkung des Allosans liegt auf Grund seines hauptsächlichen Bestandteiles, des Santalols, der wirksamen Substanz des ostindischen Sandelholzöles, auf der Hand. Es dient also dazu, den Ablauf einer gonorrhoischen Urethritis neben der Lokalbehandlung günstig zu beeinflussen. Es wirkt sekretionsbeschränkend und mildert resp. beseitigt die Schmerzen. Mehr leisten andere Balsamika auch nicht.

Dosierung und Darreichung: Infolge der Allophansäure-Veresterung bedarf es keiner besonderen Einhüllung oder Keratinierung. Man gibt dreimal täglich 1,0 g, kann aber ohne Bedenken 3 mal 2,0 g verabreichen.

Literatur: G. Schwersenski: „Allosan, der Allophansäureester des Santalol." Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 43.

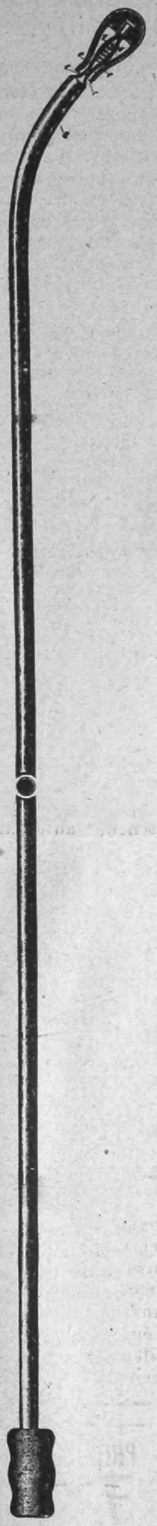
Firma: Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co., Frankfurt a. M.

Technische Neuerscheinungen.

Rücklauf-Spritze für die Harnröhre.

Das Instrument besteht aus einer Röhre aus Metall, die in einer ballonförmigen Olive endigt. In deren Innerem ergießt sich die durch die Röhre a zufließende Flüssigkeit durch die Löcher e, tritt aus der ringförmigen Oeffnung c heraus und fließt dann zwischen dem Einflußrohr a und der Harnröhrenschleimhaut nach außen. Die rückwirkende spülende Kraft wird dadurch erzielt, daß infolge Ueberwiegens des Zuflusses über den Abfluß die durch die Röhre a zuströmende Flüssigkeit sich in die Olivenüberkapselung preßt, während der ballonförmige hintere Teil der Ueberkapselung einen Abschluß zum Blasenmund bewirkt. Es gelingt so mit Hilfe des Apparates, einen ununterbrochenen Strom der Spülflüssigkeit längs der Schleimhäute von hinten nach vorn in der Harnröhre zu erzeugen, also eine richtige Ausspritzung vorzunehmen. Durch einen Gummischlauch kann das Instrument leicht mit einem Irrigator in Verbindung gebracht werden; Abschraubbarkeit der Olive erleichtert die Säuberung und Desinfektion. Fabrikant: P. Bethge, Berlin, Kruppstraße.

M. Plien, Berlin.



Ein neuer Injektionsapparat „Injektor".

Von Dr. **Krautschneider**, Innsbruck.

Bei dem Apparat ist ein technisch einfaches und allen aseptischen Anforderungen entsprechendes Prinzip zur Anwendung gebracht. Patronen aus papierdünnem Zinn werden in einen Metallzylinder gegeben und dort durch einen Bajonettverschluß festgehalten; nach Aufsetzen der Nadel wird durch Drehung einer am anderen Ende des Zylinders befindlichen Schraube die Patrone langsam und gleichmäßig zusammengequetscht und dadurch die Flüssigkeit injiziert. Eine am Zylinder angebrachte Teilung ermöglicht genaue Dosierung; ein Verlust an Injektionsflüssigkeit kann nicht stattfinden. Alle Teile des Apparates sind auskochbar; die Füllung der Patronen kann leicht und aseptisch geschehen, so daß in wenigen Minuten eine einwandfreie Injektion möglich ist. Die Drehung der Kompressionsschraube erfolgt sehr langsam, dementsprechend auch die Injektion; dadurch wird eine Zerreißung des Gewebes, in das injiziert wird, vermieden und damit auch die Schmerzhaftigkeit der Injektion herabgesetzt. Von besonderem Vorteil ist auch die gesichert langsame Injektion für bestimmte Zwecke, wie intravenöse Injektion, Lumbalanästhesie. Injektion von Luft ist beim Injektor ausgeschlossen. Für jede Injektion kommt eine neue Patrone zur Verwendung; nach erfolgter Injektion kann sofort, ohne Reinigung des Apparates durch Einführen einer neuen Patrone jede andere Injektion vorgenommen werden.

Der Injektor wird hergestellt von der Firma Evens & Pistor, Kassel.

M. Plien, Berlin.

Bücherbesprechungen.

Ueber Gefängnis-Psychosen. Von Karl Wilmanns, Heidelberg. Verlag: Carl Marhold, Halle a. S., 1908. Gr. 8⁰. 65 Seiten. Preis 1,20 M.

Die Arbeit bringt uns zunächst die Literatur von ihren Anfängen über dieses Kapitel bis jetzt, wo Siefert und Bonhoeffer das Thema weiter gefördert haben. Verf. bringt in Tabellen sein Material und bespricht eingehend vor allen Dingen die Dementia praecox. Hier kommt er zu dem Schlusse, daß diese Krankheit durch die Strafhaft auch bei Personen erzeugt werden könne, die unter Umständen davon verschont geblieben seien. Auf die Aeußerungen der Psychose ist die Versetzung in ein anderes Milieu von Einfluß. Weiter erörtert Verf. ausführlich die Epilepsie, den Begriff derselben und meint, daß bei vielen Fällen eine Unterscheidung zwischen eigentlicher Epilepsie und epileptoider Entartung sehr wohl möglich sei.

Die Krankheit der inhaftierten Epileptiker hätte sich in keiner Weise unterschieden von den Störungen, die man bei freilebenden Epileptikern zu sehen gewöhnt sei. Endlich spiele die Degeneration eine große Rolle. Unter Entartung versteht Verf. die Summe der minderwertigen Variationen des Menschen auf geistigem und körperlichem Gebiete — minderwertig oft vom Standpunkte des Individuums, stets im Hinblick auf die Rasse.

Heftige Schicksalsschläge, Ueberanstrengung usw. usw. können die mannigfachen Aeußerungen der Entartung zum Ausdruck bringen oder steigern, ebenso natürlich kann dies auch die Haft tun.

Verf. spricht dann von den akuten, tobsuchtsartigen Reaktionen, die der Gefangene oft in den ersten Tagen der Haft zeigt, eine Erfahrung, die ich nur bestätigen kann, und auf die ich auch in meiner Gefängnishygiene hingewiesen habe (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1906).

Große Schwierigkeiten pflegt zu machen die Abgrenzung der akuten Haftpsychosen von der bewußten Vortäuschung geistiger Störung. Auch das unterschreibe ich vollkommen und verweise auf einen Aufsatz im Groß schen Archiv, 1906.

Ueber Entwicklung der chronischen Psychosen spricht Verf. sich dahin aus, daß die langjährige Isolierhaft, der Mangel jeder geistigen Anregung zu unfruchtbarem Grübeln, zur Bildung hypochondrischer Ideen, zur Entstehung von Beeinträchtigungswahn usw. und somit zur Psychose führen kann. Eine offene Aussprache ist für den Gefangenen nicht möglich; mit seinen Mitgefangenen darf er sich nicht unterhalten, die Beamten sieht er meist mit Mißtrauen an, sie genießen oft nicht sein Vertrauen, und so kann eine Korrektur seiner Gedanken nicht erfolgen.

Was die Formen der Geisteskrankheit angeht, so sind diese im freien Leben und in der Strafanstalt klinisch völlig gleichwertig.

Verf. wünscht endlich mit Recht, daß die Strafanstaltsärzte dieses angeschnittene Thema weiter bearbeiten und hofft, daß sie, die ja die Entstehung und Entwicklung der Psychosen am besten verfolgen können, ihre Erfahrungen der Allgemeinheit nutzbar machen. Med.-Rat Dr. Hoffmann-Berlin.

Das dentale Empyem des Antrum Highmori. Von Dr. med. Johs. Alb. Reinmöller, Arzt und Zahnarzt in Rostock i. M. Verlag von G. R. Leopold's Universitätsbuchhandlung (P. Behrens) in Rostock. 4,— M.

Es ist in neuerer Zeit, besonders vom wirtschaftlichen Standpunkte aus, die Frage erörtert worden, ob es sich empfiehlt, daß sich der praktische Arzt der Zahnheilkunde zuwendet — vom wissenschaftlichen Standpunkte aus möchten wir sie nach Kenntnisnahme des vorliegenden Buches auf das Entschiedenste bejahen, insofern dieses, soweit unsere Kenntnis der Verhältnisse reicht, eine Bereicherung der Zahnheilkunde darstellt, wie sie nur von einem Mediziner und praktischen Arzt, der zugleich Chirurg ist, ausgehen kann. Aus diesem Grunde, und weil wir aus eigener Erfahrung wissen, was ein Empyem des Antrum Highmori bedeutet, glauben wir die Schrift nicht nur allen Zahnärzten, sondern auch allen Aerzten, die sich mit Zahnheilkunde oder Mundkrankheiten beschäftigen, angelegentlich empfehlen zu sollen. R. untersucht auf Grund eines reichen Materials die Frage, ob das Empyem häufiger, wie vielfach behauptet wird, nasalen oder nicht vielmehr dentalen Ursprungs sei, wobei er sich für letzteres entscheidet, bespricht eingehend die Symptomatologie sowie die Differentialdiagnose unter Benutzung der modernsten Hilfsmittel (Radiographie und Elektrizität) und ebenso die Therapie, das Eine wie das Andere unter steter Beifügung von Belegen aus seiner offenbar umfangreichen und lehrreichen Praxis. Das Buch ist außerdem mit einer Reihe von Abbildungen im Text sowie 5 größeren Tafeln zur Veranschaulichung verschiedener Operationsverfahren als Anhang und einem Literaturverzeichnis ausgestattet, so daß der Ladenpreis von 4,— M. nicht zu hoch erscheint. Peltzer, Steglitz.

Beobachtungen über die Psyche der Menschenaffen. Von Dr. Alexander Sokolowsky, zoologischem Assistenten im Hagenbeck schen Tierpark in Stellingen. Frankfurt a. M. 1908, Neuer Frankfurter Verlag. 78 Seiten. Preis 1,50 M.

Ein höchst interessantes und jedem, auch dem nicht auf monistischem Standpunkte stehenden Freunde der Tierseele zur Lektüre warm empfohlenes Buch, das der Verlag mit mehreren Textabbildungen sowie mit 9 Tafeln nach photographischen Aufnahmen ausgestattet hat. Was den Inhalt betrifft, so läßt sich dieser kurz dahin zusammenfassen, daß zwar die morphologischen Verhältnisse der Menschenaffen bisher durch zahlreiche Gelehrte gründlich erforscht sind, die Erforschung der seelischen Eigenschaften dieser Tiere aber nur wenig dadurch gefördert ist. Verfasser hatte nun durch seinen Beruf als zoologischer Assistent im Hagenbeck schen Tierpark zu Stellingen Gelegenheit, eine größere Anzahl lebender Gorillas, Schimpansen und Orangs in der Gefangenschaft auf ihr Seelenleben zu beobachten, und schildert in dem vorliegenden Buche die Ergebnisse dieser seiner Beobachtungen, wobei er die Entstehung der verschiedenen Charaktere bei den verschiedenen Menschenaffen biologisch auf die voneinander abweichende Lebensweise derselben zurückführt. Das Ergebnis seiner Forschungen und Beobachtungen gipfelt darin, daß Affe und Mensch sowohl morphologisch als auch psychologisch nur graduell voneinander entfernt, im übrigen aber divergierende Glieder eines aus einheitlicher Basis hervorgegangenen Entwicklungsganges sind. Das Ernst Häckel gewidmete Buch wird mit einem Vorworte dieses eingeleitet.

Peltzer, Steglitz.

Allgemeines.

Bekanntmachung.

Nachdem der Vorstand des Leipziger Verbandes durch ein beinahe bis über die Grenze des Möglichen und Zulässigen hinausgehendes Entgegenkommen versucht hatte, den Kampf mit dem Verbande der Lebensversicherungen sofort zu beendigen, den Lebensverband aber selbst durch ein so weites Entgegenkommen nicht zufrieden zu stellen war, bleibt uns, um zu einem ehrenvollen Frieden zu gelangen, nichts anderes übrig, als daß wir alle treu zu uns haltenden Kollegen im ganzen Reiche auffordern, für Lebensversicherungs-Gesellschaften

keinerlei Zeugnisse,

seien es vertrauensärztliche, Unfall-, Kranken- oder Invaliditätszeugnisse, bei Sterbefällen keine Berichte über die letzte Krankheit, Todesursache und Behandlung auszustellen und Anfragen oder Briefe der Lebensversicherungen unbeantwortet zu lassen, die dadurch für das Publikum und die Versicherungs-Gesellschaften entstehenden Schwierigkeiten und Unbequemlichkeiten

NATÜRLICHES KARLSBADER SPRUDELSALZ
SALZ
ist das allein echte Karlsbader
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Hie Fucol — hie Lebertran! Die Entscheidung, welches dieser beiden Nährfette den Vorzug verdient, wird keinem Praktiker schwer fallen. Fucol wirkt bei Skrofulosis und Rachitis schnell und energisch und schmeckt angenehm. Der Lebertran besitzt diese Eigenschaft nur in bescheidenem Maaße. Fucol kostet in Orig.-Flaschen à ½ Liter Mk. 2.—. General-Vertrieb: Karl Fr. Töllner, Bremen.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us
UNIVERSITY OF MICHIGAN

werden wesentlich dazu beitragen, bei der Gegenpartei das Friedensbedürfnis zu fördern.

Schließlich teile ich der deutschen Aerzteschaft hierdurch mit, daß der Vorstand des Verbandes in seiner letzten Sitzung beschlossen hat, erst dann wieder mit dem Lebensverband in Verhandlungen zu treten, wenn dieser

1. ihn dazu direkt und unter Ausschaltung jeder Mittelsperson dazu auffordert, und
2. bei dieser Aufforderung erklärt, daß er
   a) von vornherein auf alle und jede Maßregelung irgend eines Arztes verzichtet,
   b) eine wesentlich größere als die am 4. Dezember in Berlin vereinbarte Honorarerhöhung zugesteht und
   c) seine Unterhändler mit schriftlicher Vollmacht zu bindenden Abmachungen für alle Gesellschaften versehen hat.

Kollegen in Stadt und Land!

Jetzt liegt es nur an uns und unserer Einigkeit, ob wir einen ehrenvollen Frieden erringen oder eine Niederlage erleiden sollen. Wer treu und ehrlich zu seinem Stande hält, der wird unserer Aufforderung Folge leisten! Einer für alle, alle für einen!

Für den Vorstand des Verbandes der Aerzte Deutschlands:
Dr. Hartmann.

Leipzig, den 15. Dezember 1908.

Krankenpflegesammlung im Kaiserin Friedrich-Hause (Luisenplatz 2—4, am Neuen Thor). Die zweite öffentliche und unentgeltliche Vorführung der Sammlung fand unter Leitung der Herren Prof. v. Leyden und Dr. Jacobsohn am Sonntag, den 13. Dezember, mittags 12 Uhr, statt. Die Demonstration war wiederum mit einem allgemein verständlichen Vortrage aus dem Gebiete der Krankenpflege verbunden.

Der **II. internationale Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie** findet unter Leitung von Prof. Sommer in Gießen vom 13. bis 18. April 1909 statt. Außer dem genannten werden vortragen Prof. Mittermaier und Dannemann, Gießen, sowie Prof. Aschaffenburg, Cöln. Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung an Prof. Dannemann, Gießen.

Kleine Mitteilungen.

Was verschenkt der Amateur zum Weihnachtsfeste? Naturgemäß wird der Amateur mit Vorliebe seinen Angehörigen und Verwandten Geschenke „eigener Fabrikation“ zum Weihnachtsfeste überreichen. — In den Fabrikaten der N. P. G. sind ihm da ja auch mannigfaltige Papiere an Hand gegeben (N. P. G. Bromsilber, Lenta-Gaslicht, N. P. G. Celloidin, Aristo, „Fmera“, N. P. G. Selbsttonend, N. P. G. Pigment, Brompigment, Ozobrom), um äußerst wirkungsvolle und dennoch in Ausführung verschiedenartige Bilder herzustellen. — Ist er indessen nicht in der Lage, mit eigenen Erzeugnissen aufzuwarten, so wird er doch, im Interesse seiner guten Lichtbildkunst, vor allen anderen Geschenken solchen den Vorzug geben, die ebenfalls auf photographischem Wege hergestellt sind bezw. in enger Beziehung mit der Photographie stehen. — Da bietet ihm denn die N. P. G. eine enorme Auswahl in Bromsilber-Kunstblättern (die berühmtesten Gemälde und Skulpturen aller Zeiten, patriotische Porträts, schöne Frauen- und Kinder-, Städte- und Landschaftsbilder usw.), ferner prächtige Kunstmappenwerke (Menzel, Busch, Paczka, Alt-Berliner Typen, Hamburg, Marmorbildwerke und Schwertertanz (Olga Desmond), Stereoskope nebst Bildern usw. usw.

Da die Zeit drängt, so verlange man die postwendende Zusendung illustrierter Prospekte von der Neuen Photographischen Gesellschaft, A.-G. Steglitz.

Der Bezug kann durch alle Buch- und Kunsthandlungen erfolgen; auch werden die Kunst-Handlungen zur Besorgung gern bereit sein.

Verantwortlicher Redakteur: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9.
Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

In allen Krankheitsfällen

ist Kathreiners Malzkaffee ein durchaus empfehlenswertes Getränk wegen seiner absoluten Indifferenz und seines kaffeeähnlichen Wohlgeschmackes. Sein billiger Preis ermöglicht es, ihn auch Minderbemittelten zu verordnen. Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Fernruf 1179

Leistungsfähiges
Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.
Durchweg Neuheiten, begutachtet von Geheimrat Prof. Dr. Alb. Hoffa, Berlin.
Auslands-Patent und D. R. G. M.
Reparaturen v. chirurg. Instrumenten u. sonst. Apparaten prompt.
Arn. Festerling,
Bielefeld,
Victoriastrasse 6.

PERDYNAMIN ein vorzüglich schmeckendes, flüssiges HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT aufs beste bewährt bei Blutarmut, allgemeiner Körperschwäche und Rekonvalescenz. — Unschädlich für die Zähne. Appetitanregend. Leicht verdaulich. Als Perdynamin-Cacao beliebtes Frühstücksgetränk.

Lecithin=Perdynamin ein HAEMOGLOBIN-LECITHIN-PRÄPARAT von bewährter Wirkung bei Neurasthenie und sonstigen Nervenkrankheiten, ferner bei Unterernährung und Rhachitis. — Als Lecitogen (Jaffé's Lecithin-Cacao) ein wertvolles Frühstücksgetränk für Nervenleidende.

Guajacol=Perdynamin ein GUAJACOL-HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT ärztlich empfohlen bei Lungenkrankheiten, speziell Tuberkulose, Bronchitis, Keuchhusten, Skrofulose, als Vorbeugungsmittel bei Influenza oder sonstiger Neigung zu Lungenerkrankungen. — Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik H. BARKOWSKI, Berlin O. 27, Alexanderstr. 22.

FORMAN gegen SCHNUPFEN

Das vor einigen Jahren in den Handel gebrachte Forman hat sich bei katarrhalischen Affektionen der Luftwege, besonders bei Schnupfen, ausgezeichnet bewährt, sodaß wir nicht verfehlen möchten, bei Anrücken der rauhen Witterung die Herren Aerzte auf dieses sehr einfach zu handhabende und besonders in frischen Fällen überraschend wirkende Mittel erneut aufmerksam zu machen. Zahlreiche Urteile aus Aerztekreisen über die Wirkung des Formans betonen alle die geradezu überraschende und prompte Wirkung desselben; in fast allen Fällen wurde der Schnupfen direkt coupiert und wesentlich abgekürzt. Bei rechtzeitiger Applikation, sowie sich die ersten Anzeichen einstellen, ist der Erfolg, wie von allen Seiten bestätigt wird, ein prompter.

Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch ist

Colloider Knochenstoff

und enthält sämtliche Knochensalze in aufgeschlossener Form. Empfohlen zur prophylaktischen und curativen Behandlung **rhachitischer** Erkrankungsformen.

Aerztl. Rundschau No. 48.
Therapie der Gegenwart, März 1908.

Abhandlung, Prospekte, sowie Bemusterung des Fabrikates durch Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Friedrichroda i. Th., Dr. Wanke's Kuranstalt

für Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke und Erholungsbedürftige. Klinische Beobachtung und Behandlung. Moderner Komfort. Zentralheizung, elektr. Licht. Familiäres Leben.

Gut empfohlen besonders für schwere Neurosen. Prospekte durch

Dr. WANKE,

früher **Ass.-Arzt des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger-Jena.**

REXOTAN **(D. R. P., Name als Marke geschützt.)**

Seit Jahren vorzüglich bewährtes **Darmadstringens** und **Darmantiseptikum** bei akuten, subakuten und chronischen Dünn- und Dickdarmkatarrhen ohne jede Nebenwirkung.

Spezifikum bei den Sommerdiarrhöen der Kinder.

Dosis: bei Kindern 0,1—0,15—0,3 gr drei- bis viermal täglich, bei Erwachsenen 0,6—0,1gr mehrmals täglich nach der Mahlzeit, zweckmäßig in lauwarmen Haferschleim eingerührt Genaue Diätvorschriften sind zu geben.

Taxpreis 1 gr = 10 Pf. 10 gr = 0,95 M.

Ausführliche **Literatur** mit **Probe** umgehend gratis und franko zu Diensten.

Dr. Arnold Voswinkel, Apotheke u. chem. Laboratorium, Berlin W. 57.

Gute gesunde Küche

MAGGI

Therapeutische Rundschau

Wochenschrift für die gesamte Therapie des praktischen Arztes.

Herausgegeben von
Prof. Dr. **A. Albu,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle a. S., Prof. Dr. **P. Bergell,** Berlin, Prof. Dr. **A. Bickel,** Berlin, Geh. Obermed.-Rat Prof. Dr. **Ph. Biedert,** Straßburg i. E., Prof. Dr. **L. Blumreich,** Berlin, Prof. Dr. **H. Boruttau,** Berlin, Prof Dr. **E. Braatz,** Königsberg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **v. Bramann,** Halle a. S., Prof. Dr. **C. Bruhns,** Berlin, Prof. Dr. **G. Burckhard,** Würzburg, Prof. Dr. **A. Dührssen,** Berlin, Prof Dr. **E. Enderlen,** Würzburg. Prof. Dr. **R. Eschweiler,** Bonn, Prof. Dr. **A. Fränkel,** Berlin, Prof. Dr. **E. Friedberger,** Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **P. Friedrich,** Marburg, Prof. Dr. **P. Gerber,** Königsberg, Reg.-Rat Prof. Dr. **Jul. Glax.** Abbazia, Prof. Dr. **K. Hammer,** Heidelberg, Prof. Dr. **K. Helbing,** Berlin, Prof. Dr. **M. Henkel,** Greifswald, Prof. Dr. **K. Herxheimer,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **P. Heymann,** Berlin, Prof. Dr. **A. Hildebrandt,** Berlin, Prof. Dr. **K. Holzapfel,** Kiel, Prof. Dr. **A. Jesionek,** Gießen, Prof. Dr. **G. Jochmann,** Berlin, Prof. Dr. **Kausch,** Berlin, Prof. Dr. **M. Koeppen,** Berlin, Prof. Dr. **A. Kollmann,** Leipzig, Prof. Dr. **J Kocks,** Bonn, Geh, Med.-Rat Prof. Dr. **O. Küstner,** Breslau, Prof. Dr. **H. Lenhartz,** Hamburg, Prof. Dr. **M. Lewandowsky,** Berlin, Prof. Dr. **M. Mosse,** Berlin, Prof. Dr. **E. Opitz,** Düsseldorf, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **K. Partsch,** Breslau, Prof. Dr. **L. C. Rehn,** Frankfurt a. M., Prof. Dr. **K. Ritter,** Greifswald, Prof. Dr. **H. Rosin,** Berlin, Prof. Dr. **Th. Rumpf,** Bonn, Prof. Dr. **H. Schlange,** Hannover, Prof. Dr. **Ad. Schmidt,** Halle a. S., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Schmidt-Rimpler,** Halle a. S., Prof. Dr. **W. Scholtz,** Königsberg i. Pr., Hofrat Prof. Dr. **M. Schottelius,** Freiburg i. B., Prof. Dr. **E. Schultze,** Greifswald, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator,** Berlin, Prof. Dr. **E. Sommer,** Zürich, Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Gießen, Prof. Dr. **G. Sultan,** Berlin, Prof. Dr. **A. Tietze,** Breslau, Prof. Dr. **P. G. Unna,** Hamburg, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Unverricht,** Magdeburg, Prof. Dr. **O. Vulpius,** Heidelberg, Prof. Dr. **H. Walther,** Gießen, Prof. Dr. **F. Wesener,** Aachen, Prof. Dr. **G. Winter,** Königsberg, Prof. Dr. **E. Ziemke,** Kiel.

Redaktion:
Dr. med. et phil. **H. Lungwitz,** Berlin S. 14, Dresdenerstr. 44.
Telephon: Amt IV, 11773.

Verlag und Expedition:
Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9, Köthenerstr. 44.
Telephon: Amt VI, 3020.

Offizielles Organ des Schwarzwaldbädertages, des Vereins der Aerzte in Deutschen Nordseebädern, des Vereins der Badeärzte der Ostsee und der Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

II. Jahrgang. Berlin, 25. Dezember 1908. **Nr. 52.**

Die „Therapeutische Rundschau“ erscheint jeden Sonntag und kostet jährlich 8 M., für das Ausland 10 M., einzelne Nummer 20 Pf. Zu beziehen durch den Verlag sowie sämtl. Buchhandlungen und Postämter. Inserate werden für die 4gespaltene Zeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Beilagen nach Uebereinkunft. Reklamezeile 1,50 M. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion nicht gestattet.

Inhalt.

Originalien:
G. A. Wollenberg, Berlin: Zur Behandlung der Knochencysten 773
H. Offergeld, Diabetes und Gravidität 775
Referate:
O. Fellner, Wien: Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane 780
C. Bachem, Bonn: Pharmakologie 781
J. Ibrahim: München: Kinderheilkunde 781
J. Baum, Berlin: Dermatologie und Syphilis 783
M. Pickardt, Berlin: Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten 784
Medizinisch-biologische Gesellschaft 784
Mitteilungen über Arzneimittel:
W. Krüger, Magdeburg: Referate 768
W. Krüger, Magdeburg: Neuerschienene Arzneimittel 769
Bücherbesprechungen:
Lenhard, Dannemann, Osswald, Kullmann: Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke (Ref.: E. Ziemke, Berlin) 786
Schill: Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach (Ref.: W. Krüger, Magdeburg) 787
Dessauer und Wiesner: Leitfaden des Röntgenverfahren (Ref.: H. E. Schmidt, Berlin) 787

ORIGINALIEN.

Zur Behandlung der Knochencysten.

Von Dr. **Gustav Albert Wollenberg,** Privatdozent für orthopädische Chirurgie an der Universität Berlin.

Unter den nicht-parasitären Cysten des menschlichen Knochensystems spielen die aus der Ostitis fibrosa hervorgegangenen, bei jugendlichen Individuen oft nach Verletzungen, oft ohne jede erkennbare Ursache auftretenden Höhlen, deren Lieblingssitz die Metaphyse der langen Röhrenknochen darstellt, eine immer bedeutender werdende Rolle, gegenüber welcher die Theorie der Cystenbildung aus erweichten Chondromen mehr zurücktritt. Mikulicz wollte dieses Leiden von anderen nichtparasitären Höhlenbildungen abgrenzen, deren wichtigste Typen die Pagetsche Knochenkrankheit und die Recklinghausensche, durch Tumorbildung gekennzeichnete Krankheit darstellen, und gab ihm den Namen „Osteodystrophia cystica“.

Diese eigenartige Erkrankung, deren Ursache noch dunkel ist, hat ein großes praktisches Interesse, da sie leicht, infolge der Verdünnung der Corticalis, zu Spontanfrakturen führt; ja, gar nicht so selten ist die Spontanfraktur erst der Anlaß zu einer Röntgenuntersuchung, welche an dem bisher scheinbar völlig gesunden Menschen das Vorhandensein einer Cyste aufdeckt (v. Brunn, Tietze). Ich nehme Gelegenheit, einen hierher gehörenden Fall dem Leserkreise dieses Blattes kurz zu skizzieren, um besonders einige therapeutische Erörterungen an denselben zu knüpfen:

Erich F., 6¼ Jahr alt, wurde im Oktober 1907 in die Hoffasche Klinik gebracht, da er seit einiger Zeit das linke Bein beim Gehen schonte, ja, zuweilen sogar deutlich mit demselben hinkte. Eine Ursache für diese Erscheinung wußten die Eltern nicht anzugeben, speziell war eine Verletzung irgendwelcher Art nicht bekannt geworden. Der von gesunden Eltern stammende Junge war sonst immer gesund gewesen.

Die Untersuchung ergab nun — bei gesunden inneren Organen — freie aktive Beweglichkeit des linken Hüftgelenkes, die Trochanterspitze stand in der Roser-Nélatonschen Linie; Femurkopf an normaler Stelle nachweisbar; Trendelenburgsches Symptom negativ. Beim Gehen machte sich eine gewisse Schonung des linken Beines deutlich bemerkbar. Die Palpation des Femur ergab nun eine starke, spindelförmige Anschwellung seines proximalen Endes, von der Längsausdehnung annähernd einer Handbreite. Das Röntgenbild (Fig. 1) zeigt eine oben bis an die Epiphysenlinie des Trochanter major und bis an den Ansatz des Schenkelhalses heranreichende flaschenförmige Auftreibung des Femur mit stark verdünnter Wandung. Auch die Gegend des kleinen Trochanter ist in den Prozeß einbezogen; hier ist die Corticalis ein wenig stärker. In der Mitte der schattenarmen Auftreibung sieht man einige undeutliche Unregelmäßigkeiten.

Die Diagnose wurde auf Knochencyste infolge von Ostitis fibrosa oder infolge von Erweichung eines Chondroms

Pub

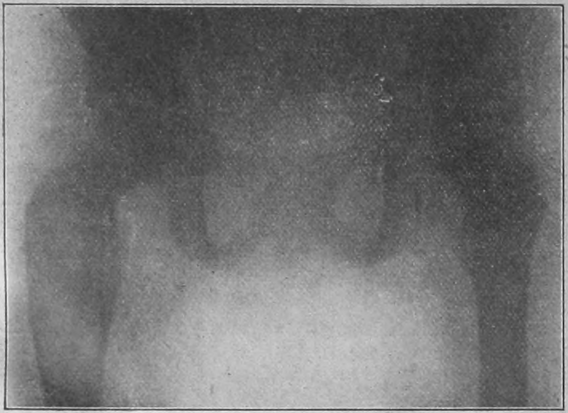


Fig. 1.

gestellt. Eine maligne Neubildung wurde wegen der scharfen Begrenzung der Höhle gegen den Schenkelhals wie gegen den Femurschaft ausgeschlossen; auch fehlte jede periostale Knochenbildung.

Ich operierte den Knaben, indem ich nach Abhebelung des unveränderten Periostes ein großes Fenster aus der papierdünnen seitlichen Corticalis herausschnitt. So konnte ich die ganze Cyste, welche eine blutig-seröse Flüssigkeit enthielt, und deren Wand mit glattem, rotbraunem, samtartigem Gewebe austapeziert war, in voller Ausdehnung übersehen. In der Mitte der Cyste zog sich ein Reste einzelner Knochenbälkchen enthaltendes gleichartiges Gewebe wie eine ausgespannte Schnur in der Längsrichtung von einem Ende zum anderen. Nach sorgfältiger Ausräumung der Höhle mit dem scharfen Löffel, bis überall der nackte Knochen bloßlag, ließ ich die Höhle voll Blut laufen und machte, ohne zu tamponieren, die Naht der Weichteile.

Anlegung eines Geh-Gipsverbandes, der, mit Gehbügel zur Entlastung des wenig tragfähigen erkrankten Knochens versehen, 6 Wochen liegen blieb.

Heilung per primam. Nach 6 Wochen wird der große Verband mit einer kleinen Gipshose vertauscht, die das Becken und den linken Oberschenkel bis zum Knie umfaßt.

Die von mir ausgeführte histologische Untersuchung des exzidierten resp. ausgelöffelten Gewebes, auf welche ich hier nicht näher eingehen will, ergab das typische Bild der Ostitis fibrosa mit mächtigen alten und neuen Blutungen.

Am 13. Juli 1908, also ca. 8 Monate nach der Operation, habe ich den Patienten wiedergesehen. Die klinische Untersuchung ergab keinerlei pathologischen Befund; der Junge kann, ohne zu ermüden, laufen, wie jeder andere Knabe seines Alters. Der Gang ist frei von jedem Hinken. Die aktive und passive Beweglichkeit des Gelenkes ist ohne jede Einschränkung. Das jetzt aufgenommene Röntgenbild (Fig. 2) ergibt nun, daß die spindelige Auftreibung vollständig verschwunden ist; der Verlauf der jetzt sehr kräftigen Corticalis des Femur ist vielmehr ein ganz gerader; an der Außenseite ist die Corticalis umkleidet von einer deutlichen periostalen Knochenneubildung, und zwar dort, wo bei der Operation das Fenster in den Knochen geschnitten wurde. Von der Knochenhöhle sind nur noch minimale Reste zu sehen. Der ganze Oberschenkel ist seit der Operation gut gewachsen, was man besonders aus der Vergrößerung der Epiphysen des Kopfes und des großen Trochanters erkennt.

Wir sehen also auch in unserem Falle die allgemeine Erfahrung bestätigt, daß diese Höhlenbildungen im Knochen infolge einer fibrösen Ostitis lediglich durch die Exkochleation der Cystenwand radikal geheilt werden, ja daß fast eine Restitutio ad integrum in relativ kurzer Zeit erzielt wird!

Als Gegenstück zu diesem Falle will ich hier jedoch einen anderen anführen, welchen ich früher beobachtet habe:

Bei einem Mädchen, ungefähr im gleichen Alter stehend wie dieser Knabe, wurde an der gleichen Stelle des Oberschenkels eine gleiche Cyste durch Röntgenstrahlen nachgewiesen (über die Röntgenaufnahmen verfüge ich leider nicht). Da die Corticalis noch nicht so stark verdünnt war, riet mein ehemaliger Chef, Albert Hoffa, zum Abwarten. Als uns nach einem Jahre das Mädchen wieder vorgestellt wurde, fanden wir zu unserer größten Ueberraschung die Cyste auf der Röntgenplatte vollkommen verschwunden, den vorher kranken Knochen fast ganz zur Norm zurückgekehrt!

Also, diese Cystenbildungen heilen auch spontan aus. Diese Erfahrung schreibt uns daher unser therapeutisches Handeln streng vor: Sobald die Corticalis noch genügend kräftig ist, kann man zuwarten, ob sich Spontanheilung einstellen wird; die Kontrolle müßte durch Röntgenuntersuchungen in bestimmten Intervallen durchgeführt werden. Zeigt der Prozeß in dieser Zeit Fortschritte, d. h. vergrößert sich die Höhle, verdünnt sich die Corticalis weiter, so ist die Operation angezeigt. Ich möchte jedoch auch in den Fällen, in welchen Spontanheilung einzutreten scheint, vorschlagen, dem Patienten eine leichte Hülse aus Zelluloid oder anderem Material anzufertigen, damit die Gefahr einer Spontanfraktur möglichst ausgeschaltet wird. Aus demselben Grunde halte ich es auch für wichtig, die Patienten nach Heilung der Operationswunde noch möglichst lange, d. h. bis die Röntgenuntersuchung wieder einen kräftigen Knochen ausweist, eine solche Schutzhülse tragen zu lassen. Denn die Spontanfraktur stellt eine der folgenschwersten Komplikationen der Knochencysten dar, sie muß daher unter allen Umständen verhütet werden.

Da aber, wie anfangs erwähnt, die Spontanfraktur oft das erste deutliche Symptom der Knochencyste darstellt, kann nicht dringend genug darauf hingewiesen werden, daß man sich auch in Fällen geringer und vager Beschwerden, wie sie an den Gliedmaßen jugendlicher Individuen nicht selten zutage treten, nicht so leicht mit einer negativ ausfallenden klinischen Untersuchung beruhigen darf, sondern das so unentbehrliche Hilfsmittel, welches wir in den Röntgenstrahlen besitzen, rechtzeitig zur Anwendung bringen muß.

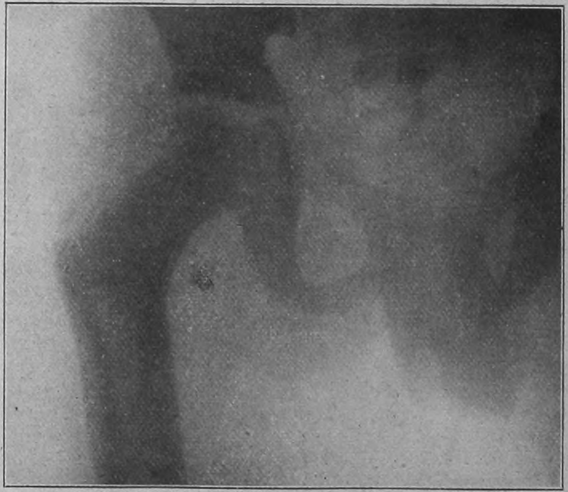


Fig. 2.

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Was die Operation selbst betrifft, so stellt sie einen einfachen und harmlosen Eingriff dar; die große Höhle kann man plombieren, oder auch, wie ich es in meinem Falle tat, unter dem Schedeschen Blutschorf heilen lassen, einwandsfreie Asepsis vorausgesetzt.

Diabetes und Gravidität.

Von Dr. **Heinrich Offergeld**, Frauenarzt in Frankfurt a. M.-Sa.

Wenn bislang das Auftreten einer Schwangerschaft bei einer diabetischen Frau als ein sehr seltenes Vorkommnis erachtet wurde, so waren wir nach Hofmeiers Untersuchungen in dem Glauben befangen, daß die bekannten nekrotischen und atrophischen Vorgänge in den Ovarien und dem Endometrium hierfür anzuschuldigen seien. Es haben jedoch neuere Untersuchungen gezeigt, daß viel öfter als bislang angenommen wurde, Diabetische in allen Formen und Phasen der Erkrankung gravid werden können. Man muß daher sich mit dieser Tatsache abzufinden suchen, und zu ergründen trachten, wie die gegenseitige Beeinflussung beider Zustände zum Wohle für Mutter und Kind zu regulieren sei. Wenn wir hierzu die Ansichten berufener Vertreter hören, so ergibt sich ein ganz gewaltiger Unterschied in der Beurteilung dieser Komplikation, je nachdem der betreffende Autor sich mehr mit der internen Disziplin oder der geburtshilflichen Tätigkeit beschäftigt. Im allgemeinen kann man sagen, daß die Internisten der Schwangerschaft einer diabetischen Frau sehr wenig Interesse entgegenbringen, und die allenfallsigen Gefahren für sehr gering erachten. Einer unserer besten Diabetesforscher, von Noorden, leugnet in seiner Monographie so ziemlich überhaupt jede ungünstige Beeinflussung des diabetischen Grundleidens. Auf dem diesjährigen Kongreß für innere Medizin, wo bekanntlich das interessante Thema der wechselseitigen Beeinflussung gynäkologischer und interner Krankheiten zur Verhandlung stand, hat Lenhartz die Frage ganz kurz gestreift, während der gynäkologische Referent sich hierüber ausschwieg. Lenhartz sagte wörtlich: „Vom Diabetes weiß man, daß er die Konzeption erschwert, bisweilen Sterilität bedingt, Aborte und Frühgeburten begünstigt und ganz auffallend häufig in der Menopause beginnt.“ Sonst kann man in den verschiedenen Hand- und Lehrbüchern der inneren Medizin vergeblich suchen, wenn man über diese Fragen sich orientieren will. Ganz anders dagegen urteilen die Geburtshelfer, welche ohne Ausnahme das Auftreten von Diabetes in der Schwangerschaft und die Konzeption einer diabetischen Frau für höchst unglückliche Ereignisse erachten. Der Grund für diese Meinungsverschiedenheiten ist durch unsere Zeitverhältnisse bedingt. Der Internist bekommt die leichten Fälle zu sehen, bei denen noch am ehesten Schwangerschaft auftritt und die in einem gewissen Prozentsatz der Fälle glücklich verlaufen. Sobald jedoch die Frau ihre Schwangerschaft bemerkt, besonders aber, wenn gegen Mitte derselben die subjektiven Symptome zunehmen, so wird sie diese Steigerung ihrer Beschwerden nur allein ihrer Gravidität zuschieben, und unter Verlassen ihrer bisherigen Hilfe nunmehr ihr einziges Heil beim Gynäkologen suchen. Erst recht geschieht das natürlich, wenn bedrohliche Erscheinungen erfolgt sind, und so kommt es, daß wir die Mehrzahl und besonders die schweren Fälle zur Beobachtung und zum definitiven Ausgang zu sehen bekommen. Dieser Widerspruch gibt sich so recht deutlich zu erkennen, wenn man die einzelnen Fälle durchsieht, so z. B. hat Lécorché, welcher die innere Abteilung des Krankenhauses „Hotel Dieu“ in Paris leitete, wesentlich viel bessere Resultate als die übrigen Beobachter. Wir werden daher zweifelsohne erst dann zu richtigen Schlüssen kommen, wenn diese Komplikation der Gravidität gemeinsam bearbeitet wird.

Ich habe im 86. Bande des „Archiv für Gynäkologie“ unter gleichzeitiger Mitteilung eigener Beobachtungen insgesamt 63 Fälle aus der Weltliteratur zusammengestellt; inzwischen ist diese Zahl noch um einige vermehrt worden. Es hat sich dabei ergeben, daß der Diabetes eine ebenso verhängnisvolle Erscheinung in der Gravidität ist, wie er durch eine solche ungünstig beeinflußt wird. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß in einer gewissen Zahl der Fälle es sich nicht um einen echten Diabetes gehandelt hat, sondern nur um eine vom Zustande der Gravidität abhängige Glykosurie, denn letztere ist nur ein Symptom des Diabetes, beide sind vollkommen getrennte Erscheinungen. Denn wir müssen mit allem Nachdruck als Mindestforderung für den Diabetes die Fortdauer der Erscheinungen auch nach Aufhören der Schädlichkeit verlangen; schwindet mit dem Zurückgehen der Noxe auch die Zuckerausscheidung, so haben wir es nur mit einer Glykosurie zu tun, welche als eine ganz prägnante Erscheinung im Verlaufe aller möglichen Schädlichkeiten, die den Organismus treffen, aufzutreten pflegt. So z. B. kennen wir die Glykosurie im Verlaufe der Nervenkrankheiten, bei Vergiftungen mit Strychnin und Kohlenoxydgas, nach Narkosen, selbst nach der Medullaranästhesie, ja sogar nach subkutanen Frakturen. Hiermit hat der echte Diabetes nichts zu tun, denn die ihm zugrunde liegende primäre Hyperglykämie überdauert die die einfache Glykosurie bedingenden Störungen. Es hat sich aus meiner Aufstellung ergeben, daß 51,67 % **die Kinder intrauterin abstarben** und nach verschieden langer Zeit, teils frischtot, teils verschieden hochgradig mazeriert ausgestoßen wurden. Von den **lebend geborenen Kindern sind zirka 50 %** in frühester Jugend gestorben, teils an Lebensschwäche, teils an der gleichen diabetischen Grundkrankheit, teils auch an den Folgen des gar nicht so selten bei diabetischen Kindern vorkommenden Hydrozephalus. Hinsichtlich der spontanen Unterbrechung der Schwangerschaft kommt nach Gaudards Aufstellung der Diabetes mit 33 % der Fälle unmittelbar hinter den Infektionskrankheiten.

Was das Schicksal der Mutter angeht, so scheint die Geburt als solche durch die diabetische Grundkrankheit nicht beeinflußt zu werden. Die in den einzelnen Beobachtungen gelegentlich mitgeteilten Störungen lassen sich auch zwanglos auf andere Weise erklären.

Die meisten Autoren berichten, daß die Geburt sich durchaus normal abspielte, was um so auffallender ist, als es sich in mehreren Fällen um die sogenannte schwere Form des Diabetes handelte, bei welcher die Kräfte auf das äußerste erschöpft zu sein pflegen. Beachtenswert ist immerhin die Tatsache, daß bei diabetischen Frauen sich öfters Hydramnios vorfindet als sonst. Das von Mc. Clintock angegebene Verhältnis von 3 : 28 der Erst- zu Mehrgebärenden entspricht nicht dem Verhältnis dieser bei diabetischen Frauen, welches ich von 11 : 51 fand. In diesem Fruchtwasser werden in einer gewissen Anzahl von Fällen Kohlenhydrate nachgewiesen; normalerweise findet man dextrosehaltiges Fruchtwasser in der Säugetierreihe nur bei der Kuh und beim Schaf. Sollte sich beim Menschen normalerweise keine Dextrose in direkt nachweisbarer Menge im Fruchtwasser finden, so hätten wir durch ihren Nachweis wenigstens bei der Geburt ein absolut sicheres Mittel in der Hand, die auf relativer Leberinsuffizienz beruhende Glykosurie der Schwangeren von dem echten Diabetes zu unterscheiden, falls die andern Untersuchungsmethoden uns hierüber nicht hätten aufklären können. An Hand der mit Hydramnios einhergehenden Fällen läßt sich aber zeigen, daß die Komplikationen der übermäßigen Fruchtwassermengen sich bei Diabetischen nicht besonders häufig finden, denn daß nach dem plötzlichen Abgange des Fruchtwassers sich durch Lösung der Nachgeburt oder durch Nabelschnurvorfall und regelwidrige Kindslage verursachte Störungen nachweisen ließen, darüber findet man in den Berichten nichts erwähnt. Noch ein anderer Punkt verdient der Erwähnung. Ebensowenig wie abundante Blutungen bei Hydramnios auftreten, ist die kreißende Diabetika in erhöhtem Maße der Infektion ausgesetzt, denn unter allen Beobachtungen findet sich überhaupt nur eine Erkrankung an Sepsis; auch dieser Fall ist absolut nicht einwandsfrei, da es im Verlaufe der Geburt zu sehr gefährlichen Eingriffen gekommen war, nach denen erfahrungsgemäß häufig Infektion auftritt. Es ist daher durchaus unbewiesen, daß bei Diabetischen sich im Anschluß an die Entbindung leichter infektiöse Prozesse entwickeln. Wir müssen diese Tatsache um so mehr würdigen, als sie unter Umständen für unser therapeutisches Handeln mitbestimmend sein kann, und sie dem alten Erfahrungssatze widerspricht, wonach das diabetische Gewebe leichter als gesundes zur Infektion neige.

Hat also die Geburt an sich keine besondere Folgen, so kann sie doch unter Umständen verhängnisvoll werden, als sie den Ausbruch des diabetischen Koma zu begünstigen imstande ist; andererseits müssen wir aber auch an der Tatsache festhalten, daß zu jeder Zeit bei einer diabetischen Frau dieses Verhängnis auftreten kann. Im ganzen erfolgt in **zirka 30 % der Fälle das Koma,** welches allemal bis auf ganz verschwindende Ausnahmen in den Tod überging; bei den ganz wenigen Ausnahmefällen erfolgte zwar vorübergehende Besserung, ob jedoch Heilung eintrat, ist ungewiß, da diese Fälle nicht länger beobachtet wurden. Das Koma selbst setzte teils schon vor Beginn der Wehen ein, so daß die Geburt an sich unter vollkommener Bewußtlosigkeit vonstatten ging, teils erfolgte es während der Geburt, wobei diese selbst schon verschieden weit vorgeschritten war. Interessant ist die Tatsache, daß mit Vorliebe bei abgestorbenen Kindern sich das Koma einstellt, so daß im allgemeinen beim lebenden Kinde die Prognose günstiger zu stellen ist als beim toten.

In den meisten Fällen verläuft das Wochenbett normal, zumal sind fieberhafte Erkrankungen, wie schon erwähnt, nicht zu verzeichnen. Dagegen kann sich gelegentlich eine sehr langandauernde Rekonvaleszenz anschließen, in welcher die Frauen nicht so recht zu Kräften kommen; auch sind Störungen in der Rückbildung der Genitalien verzeichnet worden, wobei der Uterus lange vergrößert und weich blieb und die vorher normale Periode Störungen aufwies. In sehr seltenen Fällen nur ist die Mutter imstande, ihr Kind zu nähren, ein Umstand, der zum Teil mit für die hohe Sterblichkeitsziffer der Kinder anzuschuldigen ist.

Eine besondere Komplikation des Puerperium ist wegen ihrer Spätfolge besonders zu erwähnen, das ist das Auftreten der Tuberkulose bei diabetischen Wöchnerinnen. Die auch sonst nicht so seltene Komplikation der Tuberkulose und des Diabetes scheint sich besonders häufig im Puerperium einzustellen, denn viele Autoren berichten uns, daß sich schon in den ersten Tagen des Wochenbettes die sicheren Zeichen einer Bronchitis bemerkbar machten, die ungemein hartnäckig allen Eingriffen trotzte. Der wahre Charakter trat sehr bald zutage: unter Verfall der Kräfte traten bei im allgemeinen blühendem Aussehen sehr bald ausgedehnte Infiltrationen des Lungengewebes und späterhin Kavernen auf; diese Lungentuberkulose führte allemal in wenigen Monaten zum Tode. Außer dieser gefürchteten Komplikation haben wir als weitere Todesursache, die aber erst nach dem Puerperium auftritt und alsdann noch sehr viele Opfer fordert, den Fortbestand des diabetischen Grundleidens zu erwähnen, welches in weiteren 14 Fällen innerhalb der nächsten zwei Jahre nach der Entbindung durch Eintritt des Koma zum Tode führte.

Wenn ich daher zusammenfasse, so ergibt sich, eine wie schwere Komplikation der Gravidität die Zuckerkrankheit ist. Es starben unter 57 Frauen direkt im Koma 17 gleich 30 %; 14 erlagen in den nächsten 30 Monaten nach der Entbindung entweder dem Diabetes selbst oder seiner Komplikation, der Lungentuberkulose; von den restierenden 29 ist das endgültige Schicksal unbekannt. Est ist also die **Gesamtmortalität nach 2½ Jahren mindestens 50 %, nämlich bei 57 Beobachtungen 28 Todesfälle.** Von den Kindern dieser 57 Geburten starben schon 29 gleich 51 % intrauterin ab, 6 weitere (10,6 %) gingen in den ersten Lebenstagen infolge der schlechten Entwicklung zugrunde, und endlich erlagen noch 7 in den ersten Jahren an den Folgen des Hydrozephalus, des Diabetes oder der Polyurie, das Schicksal der letzten 15 ist unbekannt.

Es sind also von diesen 57 Kindern mindest 38 gleich 66⅔ % nicht am Leben geblieben. Die Prognose ist daher für Mutter und Kind durchaus ernst, sie wird bei abgestorbenen Kindern für erstere direkt ungünstig da unter diesen 25 Fällen 17 mal der baldige Tod im Koma erfolgte.

Es entsteht nun für uns die Aufgabe, nachzuforschen, ob wir uns mit diesen schlechten Resultaten begnügen müssen, ob wir also der ungünstigen Einwirkung des Diabetes auf die Schwangerschaft schutzlos preisgegeben sind, oder ob wir es in der Hand haben, durch unsere therapeutischen Eingriffe die Chancen für das mütterliche und kindliche Leben zu bessern.

Daß gerade zur Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes Zucker ausgeschieden wird, ist eine bekannte Tatsache; mit letzterer Erscheinung haben wir uns hier nicht zu befassen, weil es sich hier allemal um die Laktose handelt. Die Zuckerausscheidung in der Schwangerschaft betrifft die Dextrose, und man begegnet ihr relativ häufig, wenn man sich daran gewöhnt, in jedem Falle daraufhin zu untersuchen; als Ursache für diese Erscheinung haben wir die durch die Gravidität gesetzten Veränderungen im Organismus der Frau anzuschuldigen, Abweichungen von der physiologischen Norm der arbeitenden Parenchymzellen, die wahrscheinlich durch die Anwesenheit der hochgradig wirksamen Plazentarfermente bedingt sind. Mit Vorliebe scheint die Leber in Mitleidenschaft gezogen zu werden, denn wir finden sehr häufig zur Zeit der Schwangerschaft eine Ansammlung feinster Fetttröpfchen in ihr. Dieses Organ ist aber von der größten Wichtigkeit für den Stoffwechsel der Kohlenhydrate im Tierkörper, wenn es auch wahrscheinlich die Anregung zur Regulation von außen erfährt. Mit diesen histiologischen Veränderungen geht eine eingreifende Störung in der Leberfunktion einher, denn es haben einwandsfreie Versuche gezeigt, daß die von gesunden Frauen verarbeitete Zuckermenge von ihnen zur Zeit der Schwangerschaft nicht verbrannt wird, sondern daß ein Teil hiervon zur Ausscheidung gelangt. Die normal funktionierende Leber ist in ihrer Arbeitsleistung reduziert, sie ist „relativ insuffizient" geworden. Da nach der Geburt diese Erscheinung wieder schwindet, so hat die relative Leberinsuffizienz der Schwangern mit dem eigentlichen Diabetes gar nichts zu tun. Anders verhält es sich mit der sogenannten alimentären Glykosurie, welche bei gewissen Personen nach der Aufnahme einer zwar größeren, aber dennoch innerhalb der normalen Grenzen sich bewegenden Zuckermenge auftritt. Diese ebenfalls auf Leber-Insuffizienz beruhende Erscheinung ist dauernd und wird von interner Seite als die unmittelbare Vorstufe des Diabetes bezeichnet, was man von der Glykosurie der Schwangern nicht behaupten darf, weil sie nach der Entbindung von selbst schwindet und bislang kein Fall existiert, wo sie als Vorstufe des Diabetes aufgetreten ist. Die eigentliche Ursache für das Auftreten des Diabetes in der Schwangerschaft ist uns noch genau ebenso unbekannt, wie wir Sicheres in der Diabetes-Aetiologie überhaupt nicht wissen.

Wir können also zur Zeit der Schwangerschaft gerade so wenig eine zielbewußte ätiologische gegen die Grundkrankheit gerichtete Therapie einschlagen, wie außerhalb der Gravidität, sondern sind im allgemeinen gezwungen, das bekannte diätetisch-medikamentöse Regime einzuschlagen, wie außerhalb der Gravidität. Letztere hat zwar insofern einen Einfluß auf die Behandlungsweise, als sie die bekannten Maßnahmen etwas modifizieren kann, die eine mehr in den Vordergrund rückt, die andere dagegen zurücktreten läßt, wenn sie auch eine strenge Kontraindikation für keine der bekannten Maßnahmen abgibt.

Es lehrt die klinische Erfahrung, daß man von Anfang an den Verlauf und die weitere Entwicklung eines mit Gravidität komplizierten Diabetes nicht vorher bestimmen kann, denn wenn auch zumeist der Diabetes in der Schwangerschaft weitere Fortschritte macht und einen maligneren Charakter annimmt, so gibt es doch Ausnahmen von dieser Regel. Daher kann in der Behandlung des Diabetes zur Zeit der Schwangerschaft nur eine ganz individuelle Therapie am Platze sein, jedes schablonenhafte Wirtschaften ist vom Bösen. Wir müssen unsere jeweiligen Entscheidungen von Fall zu Fall und hierbei wieder verschieden zu verschiedenen Zeiten treffen, da ein starres Festhalten an dem entworfenen Plane nur üble Komplikationen herbeiführen kann.

Die sogenannten leichten Fälle, die mit geringer Zuckerausscheidung, kaum merkbarer Störung des Allgemeinbefindens und noch gut erhaltenem Toleranzvermögen verbunden sind, sind die, welche im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft ihren milden Charakter bewahren und nicht fortschreiten, wo sich ganz besonders keine diabetische Azidose und keine Nephrose einstellt, diese zwar seltenen Fälle sind nach den bekannten internen Maßnahmen zu behandeln, und unser Streben hat dahin zu gehen, daß unter Zunahme der Toleranz bei gutem Allgemeinbefinden die Glykosurie dauernd schwindet, oder auf das zulässige Minimum reduziert wird. Nach den gleichen Grundsätzen sind auch diejenigen Fälle zu behandeln, wo die Toleranzwerte geringer sind und schwerere Allgemeinsymptome bestehen, kurz diejenigen Fälle, die man als mittelschwere bezeichnet, und die bekanntlich schon eine ausgesprochene Vorliebe besitzen, in die schweren überzugehen. Nun gibt es aber auch Diabeteskranke, deren Toleranz-Vermögen sehr stark reduziert ist, die sich in schlechtem Allgemeinzustand befinden und wo neben der Störung im Haushalte der Kohlehydrate ebenso eingreifende im Eiweißstoffwechsel bestehen, das sind die als schwer bezeichneten Fälle.

Die Ohnmacht der internen Therapie bei der schweren Form des Diabetes und der Erfahrungssatz, daß diese sich bei bestehender Gravidität häufig vorfinden, hat Anlaß gegeben, die verhängnisvolle Kette des Circulus vitiosus an der am leichtesten angreifbaren Stelle zu sprengen. Das ist natürlich die Gravidität, und man entschloß sich anfangs um so leichter zu diesem Eingriff, als man in der Vorstellung lebte, daß der Fötus durch seine Stoffwechselprodukte den mütterlichen Organismus schädige. In Wahrheit wird aber der ganze Einfluß des Kindes darin bestehen, daß es zunächst für den Aufbau seines Organismus auf die Nährsubstanzen der Mutter angewiesen ist und dieser nun Nährmaterial entzieht, was hierbei um so mehr ins Gewicht fällt, als die diabetische Gravida ihre eigenen Bedürfnisse nur aus den Eiweißsubstanzen und dem Fette bestreiten kann und daher zu einer Art von Unterernährung gezwungen wird; andererseits aber können die Plazentrarfermente eine schwere Schädigung der den Kohlehydratstoffwechsel regulierenden Organe bedingen oder das Hauptdepot dieser Substanzen, die Leber, schädigen; das ist natürlich um so mehr möglich, wenn schon vor Eintritt der Schwangerschaft die diabetogenen Organe erkrankt waren. Infolgedessen ist lebhafter Streit entflammt, ob es überhaupt zweckdienlich ist, die Schwangerschaft bei Diabetes zu unterbrechen. Die Internisten äußern sich zu dieser Frage nicht; die Geburtshelfer sind geteilter Ansicht; anfangs wurde der Eingriff sehr häufig unternommen, ohne daß die Prognose sich besserte, dann trat die natürliche Reaktion auf, und heute stehen wir auf dem Standpunkte, daß wir ihn unter gewissen Umständen empfehlen. Ich will nur Kleinwächters Ansicht hier Raum geben, weil er den Wendepunkt in unseren therapeutischen Anschauungen bezeichnet; er schreibt: „Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft an sich ist durchaus nicht als ein bedeutungsloser Faktor anzusehen, selbst wenn sie unter allen aseptischen und antiseptischen Kautelen vorgenommen wird, und dadurch dem Eintritt einer Infektion vorgebeugt wird, sondern als eine schwere Komplikation, welche auf das vorhandene konstitutionelle Leiden sehr ungünstig einwirkt.“ Wir fahren am besten, wenn wir vom geburtshilflichen Standpunkte aus die Fälle hinsichtlich ihrer Schwere zwar nach den gleichen Gesichtspunkten betrachten, wie wir es auch außerhalb der Schwangerschaft tun, aber auch den bisherigen Verlauf in dieser und ganz besonders in etwa vorhergegangenen Schwangerschaften mit in Rechnung setzen, so also legen wir bestimmte Indikationen für die Primipara und Multipara fest. Was überhaupt den Zeitpunkt des Eingriffes angeht, so müssen wir hier zunächst unterscheiden, ob wir die Frau so zeitig in Behandlung bekommen und der Fall so schwer verläuft, daß wir imstande sind und uns berechtigt fühlen, den künstlichen Abort zu machen. Tritt dagegen eine dieser beiden Tatsachen erst in späterer Zeit, sagen wir einmal jenseits des vierten Monates auf, so kann es sich nur mehr um die Einleitung der künstlichen Frühgeburt handeln. Als oberster Leitsatz für diesen Eingriff hat zu gelten, daß wir nur Rücksicht auf das schwer bedrohte mütterliche Leben nehmen, und uns um das Schicksal des Kindes nicht kümmern, denn es lehrt die Erfahrung, daß die Kinder zumeist doch verloren sind, und daß die Prognose für die Mutter sich nur dann bessert, wenn wir den als ersprießlich erkannten Eingriff bald zur Ausführung bringen. Es wäre daher durchaus verkehrt, bei den unkomplizierten Diabetesfällen, das heißt allemal da, wo weder Beckenanomalien, noch übermäßige Mengen an Fruchtwasser vorliegen, durch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt ein lebensfähiges Kind zu erhoffen oder die für das mütterliche Leben erforderliche Einleitung der künstlichen Frühgeburt so lange hinauszuschieben, bis das Kind zur extrauterinen Existenz fähig ist.

Wenn ich jetzt zur Besprechung der Indikationen übergehe, so haben wir, so weit es sich um das geburtshilfliche Interesse handelt, bei einer Primipara dann in den ersten Monaten die Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn der anfangs leichte Diabetes seinen Charakter ändert, und unter Zunahme der subjektiven Klagen und Schlechterwerden des Allgemeinbefindens ein bedeutendes Sinken des Toleranzwertes für Kohlehydrate eintritt, was sich sehr schnell durch einen konstanten durch die Wage nachweisbaren Gewichtsverlust dokumentiert.

Bei der Mehrgebärenden bestehen natürlich die gleichen Bedingungen zu Recht, aber über diese hinaus sind wir meiner Ansicht nach verpflichtet, noch prophylaktisch einzugreifen, wenn wir wissen, daß in einer der vorhergehenden Schwangerschaften schwere Störungen aufgetreten sind, da die Erfahrung lehrt, daß mit jeder erneuten Schwangerschaft die diabetische Grundkrankheit zu exazerbieren pflegt. Es handelt sich hierbei ganz besonders um die Intoxikationserscheinungen, die diabetische Azidose vergesellschaftet mit Albuminurie und Zylindurie (toxische Nephrose), wenn auch diese Erscheinungen nach der Entbindung wieder schwanden. Sodann gehört hierzu die im Puerperium aufgetretene Bronchitis und Tuberkulose und endlich mit Rücksicht auf den Ausgang, wenn in einer der vorhergegangenen Schwangerschaften das Kind intrauterin abstarb, selbst wenn die diabetischen Erscheinungen sich nach der Entbindung besserten, erst recht natürlich, wenn sie in der neuen Schwangerschaft zunahmen.

Ueber die Technik des Eingriffes sei nur in Kürze gesagt, daß man mit möglichster Schonung vorzugehen hat, da bekanntlich Diabetische auf jede körperliche und seelische Störung empfindlicher reagieren als Gesunde. Wegen der größeren Neigung zu Infektionen dürfte sich die Einleitung mit Dilatatoren eher empfehlen, als die mit Laminaria und Jodoformmulltamponade. Ist hinreichende Erweiterung erzielt, so kommt die Ausräumung in Frage mit dem Finger oder dem Löffel, wobei man ohne Narkose auszukommen trachtet. Im allgemeinen gilt noch die Regel, daß eine Allgemeinnarkose bei Diabetischen von größeren Gefahren begleitet sei; jedenfalls wäre dem Aether der Vorzug zu geben, weil das Chloroform Fettinfiltration der Leber hervorruft und dieses Organ, sei es nun primär, sei es sekundär, beim Diabetes erkrankt ist. Trachten wir also danach, ohne Narkose auszukommen, so dürfen wir auch hierin nicht zu weit gehen, denn es lehrt die Erfahrung, daß jeglicher körperlicher Schmerz und jegliche seelische Aufregung das so sehr gefürchtete Koma heraufzubeschwören imstande ist. Inwieweit die neueren Narkosebestrebungen gerade für Diabetiker sich eignen, läßt sich noch nicht sagen, weil hierüber Erfahrungen noch nicht vorliegen. Es beweisen jedenfalls die Todesfälle diabetischer Frauen nach lumbaler Anästhesie, über welche Füth berichtet hat, daß auch diese Methode bei Diabetischen nicht gefahrlos ist; über die Anwendung des Scopolamin-Morphium-Dämmerschlafes ist nichts bekannt geworden. Da es also keine Narkose-Anwendung gibt, die ohne Gefahr für Diabetiker wäre, so müssen wir in jedem einzelnen Falle abwägen, ob und zu welcher Betäubungsart wir uns entschließen sollen. Wir brauchen hier nicht gar zu zaghaft zu sein, denn, wenn wir rechtzeitig den Abort vornehmen, befinden sich die diabetischen Frauen noch in einem guten Zustande, der uns schon ein Wagnis unternehmen lassen darf.

Eingehender sind die Indikationen für die künstliche Frühgeburt abzuhandeln, welche, wie gesagt, nur im Interesse der Mutter liegen kann, und auf das kindliche Leben keine Rücksicht nimmt. Wir müssen bedenken, daß in den späteren Monaten die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft stets einen größeren Eingriff bedeutet, über den wir uns vorher Rechenschaft ablegen müssen, inwieweit wir damit den mütterlichen Interessen dienen, und welche Gefahren wir damit in den Kauf nehmen. Ich sehe ab von allen den Komplikationen, die im Verlaufe einer Schwangerschaft bei Diabetischen eintreten können, und unser Handeln zu beeinflussen imstande sind, wie z. B. räumliche Mißverhältnisse und exzessive Menge von Fruchtwasser, wodurch die höchsten Grade von Atemnot momentan bedingt sein können; diese Zustände sind von der Grundkrankheit unabhängig, und auch unabhängig von ihr so zu behandeln, wie auch sonst. Bei der diabetischen Frau ist zunächst dann die künstliche Frühgeburt einzuleiten, wenn aus irgend einem Grunde der richtige Moment zur Vornahme des künstlichen Abortes verpaßt worden ist, ferner wenn es sich zeigt, daß wider Erwarten der anfangs milde Fall bei weiterem Fortbestand der Gravidität progredient wird und einen maligneren Charakter annimmt, das heißt, wenn dauernd Glykosurie auftritt, die subjektiven Symptome zunehmen, das Toleranzvermögen ständig heruntergeht und unter stetiger Abnahme des Gewichtes ein Verfall der Kräfte eintritt. Zu diesem Zeitpunkte bietet die künstliche Frühgeburt noch die besten Chancen, da der mütterliche Organismus sich im großen und ganzen in den physiologischen Grenzen bewegt, und mit Ausnahme der Kohlehydrate der Abbau der übrigen Nährmittel genau so statthat, wie in gesunden Tagen.

Dieser eben geschilderten Unterernährung leistet nun der Organismus verschieden lange Stand, bis zuletzt aus noch unbekannter Ursache „der Abbau der Eiweißkörper gerade in die Bahnen hingeleitet wird, welche zur β-Oxybuttersäure führen", (v. Noorden), aus welcher sich nach Naunyn Azeton und Acetessigsäure bilden, indem die noch brennbare Substanz durch Oxydation unter Wasseraustritt zerlegt wird; die Diazetsäure spaltet sich alsdann in Azeton- und Kohlensäure.

$$\underset{\beta\text{-Oxybuttersäure}}{CH_3-CH(OH)-CH_2-CO_2H}+O=\underset{\text{Acetessigsäure}}{CH_3-CO-CH_2CO_2H}+H_2O$$

$$\underset{\text{Diacetsäure}}{CH_3-CO-CH_2-CO_2H}=\underset{\text{Aceton}}{CH_3-CO-CH_3}+CO_2$$

Es liegt bekanntlich das Charakteristische der diabetischen Azidose darin, daß sie eine unverkennbare Tendenz zum Fortschreiten besitzt, dergestalt, daß dem Auftreten des Azeton sehr bald auch das Erscheinen der übrigen Substanzen nachfolgt. Wenn auch bei geeigneter Behandlung, mitunter sogar von selbst, in der diabetischen Azidose Remissionen auftreten, so hält sie für gewöhnlich viel länger stand, als die Azidose bei kachektischen Zuständen und schwindet für gewöhnlich erst, sobald sich hochgradige Kachexie einstellt. Damit soll keineswegs gesagt sein, daß die diabetische Azidose nicht für längere Zeit oder auch dauernd schwinden kann, nur ist dieser Verlauf seltener. Mit dem Auftreten der diabetischen Azidose beginnen für die schwangere, diabetische Frau erst recht die Gefahren, wenn es sich auch an Hand einzelner Fälle nicht leugnen läßt, daß selbst jetzt noch ein günstiger Ausgang eintreten kann. Alle klinischen Tatsachen und die Ergebnisse des Experimentes beweisen, daß die diabetische Azidose eine schwere Vergiftung des Organismus darstellt, der bald weitere Schädlichkeiten folgen, die besonders die Leber und die Nieren betreffen, Organsysteme, die schon an sich durch die Gravidität in höherem Grade belastet sind, als zur sonstigen Zeit. Daher ist es zu dieser Zeit unbedingt angezeigt, im Interesse der Mutter die Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn die diabetische Azidose manifest wird, und bei längerem Bestehen der Allgemeinzustand sich auffällig verschlechtert. Der Entscheid zu diesem Eingriff wird uns zu dieser Zeit nicht schwer fallen, einmal sterben erfahrungsgemäß die Kinder in diesem Zustande fast alle intrauterin ab, und sodann befindet sich zu dieser Zeit die Mutter noch so leidlich gut, daß sie den Eingriff der Frühgeburt eher überstehen wird, als die normale Ausstoßung in späteren Monaten oder auch die künstliche Unterbrechung zu einer Zeit, wo sie stärker heruntergekommen ist. Wenn Korach schon ohne Auftreten von Acet-Essigsäure die Unterbrechung der Schwangerschaft im Interesse der Mutter fordert, so fürchte ich nur, daß wir uns allzuoft zu diesem Eingriff entschließen. Andererseits dürfen wir auch nicht zu lange zögern, denn bei längerem Bestand der diabetischen Azidose treten konstante Nierenveränderungen auf, wie man ja bekanntlich durch Einverleibung von Azeton Albuminurie und Zylindurie zu erzeugen vermag. Nach meinem Dafürhalten ist das Auftreten der toxischen Nephrose, welche sich klinisch zuerst durch Eiweiß im Harn bemerkbar macht, wozu später sich Form-Elemente hinzugesellen können, der allerletzte Moment zur Vornahme der künstlichen Frühgeburt, wenn wir noch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen günstigen Erfolg hoffen, denn es lehrt die Erfahrung, daß der Diabetes, sobald einmal mehrere Organsysteme ergriffen sind, sich sehr schnell zum schlechten wendet. Da natürlich in jedem Falle gelegentlich einmal eine vorübergehende Albuminurie auftreten kann, welche später wieder schwindet, so haben wir auch hier wiederum in dem Allgemeinbefinden der Frau einen zuverlässigen Maßstab, der zusammen mit der Azidose und mit der Nephrose, wenn beide Erscheinungen konstant bestehen und sich durch unsere therapeutischen Maßnahmen nicht bessern, unser Handeln uns vorschreibt.

Gerade bei längerer Zeit bestehender Azidose pflegt mit besonderer Vorliebe das diabetische Koma aufzutreten, wenn auch keineswegs das konstante Fehlen der Azidose

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

vor der Katastrophe schützt; da wir, wie vorhin erwähnt, die Ursache für die diabetische Azidose in einem gesteigerten abnormen Zerfalle der Protein-Substanzen zu erblicken haben, so neigen die Untersucher jetzt dazu, als letzte Ursache für das Auftreten des Koma weniger die hypotetische Säurevergiftung des Organismus und das Ausbleiben ihrer Neutralisation durch die Ammoniumsalze anzuschuldigen, als vielmehr die durch die Unterernährung bedingte Schädigung und Schwächung der nervösen Zentral-Apparate anzunehmen, welche dann zu irgendeiner Zeit, sei es nun spontan, sei es, was häufiger vorkommt, im Anschluß an irgendeine außergewöhnliche, sich aber in den normalen Grenzen haltende Arbeit oder psychische Erregung insuffizient werden, so daß der Zusammenbruch des Nervensystems erfolgt; dieser Zustand geht für gewöhnlich nach verschieden langer Dauer in den Tod über. Diese gefürchtetste Komplikation des Diabetes, welche in sehr vielen Fällen die direkte Todesursache ist, vermögen wir in den sogenannten schweren Fällen mit unseren therapeutischen Maßnahmen nicht zu verhindern, und die Unterbrechung der Gravidität hat nur insofern Sinn, als wir eben durch Ausschaltung der einen Ausgabequelle für die Mutter ihre chronische Unterernährung und die damit verbundene sekundäre Störung anderer Organsysteme hintenan zu halten hoffen. Darum eben müssen wir, wenn wir überhaupt in der künstlichen Frühgeburt ein Mittel erblicken, welches der diabetischen Frau von Nutzen sein kann, diesen Eingriff rechtzeitig unternehmen, sowie ich es vorhin auseinandergesetzt habe.

Hinsichtlich der Technik dürfte der Bougie-Methode oder dem intrauterinen Ballon insofern der Vorzug gebühren, als beide Eingriffe ohne Narkose ausführbar sind und den natürlichen Hergang imitieren. Nachteilig ist einmal die lange Dauer, welche bis zur Fruchtausstoßung vergehen kann, und ferner die schmerzhafte Wehenarbeit; rascher kommen wir zum Ziele mit der Dilatation nach Bossi oder dem sogenannten vaginalen Kaiserschnitt, diesen unschätzbaren Vorteilen steht aber entgegen, daß wir bei diesen Eingriffen zu irgendeiner Art Betäubung unsere Zuflucht nehmen müssen, was bekanntlich der diabetische Organismus wenig gut verträgt.

Er fragt sich nun noch zum Schlusse, wie wir uns verhalten sollen, wenn bei einer diabetischen Gravida das Koma auftritt. Da erfahrungsgemäß für gewöhnlich das Koma in den Tod übergeht, und ganz besonders sich an Hand, der in der Literatur niedergelegten Fälle nicht der Nachweis erbringen läßt, daß eine Frau in diesem Zustande sich dauernd wieder erholte, so kann das Koma meinem Dafürhalten nach an sich unser Handeln nicht bestimmen. Von irgendwelchem Eingriff im Interesse des Kindes ist Abstand zu nehmen, weil im Koma selbst die Kinder alle zugrunde gehen, daher kann nur die Rücksicht auf die Mutter uns zum eventuellen Handeln verleiten. Treffen wir eine diabetische Gravida im komatösen Zustande an, so haben wir uns zunächst davon zu überzeugen, ob und wie weit die Fruchtausstoßung bereits im Gange ist, denn es lehrt die Erfahrung, daß sehr häufig im Koma Wehen auftreten, wie auch umgekehrt das Koma sich mit Vorliebe in der Geburt, wohl durch die psychische Erregung und die körperliche Arbeit bedingt, einzustellen pflegt. Ergibt die Untersuchung noch einfachen Schwangerschaftsbefund, so rate ich von jedem Eingriffe ab, weil das Koma als solches, nicht die zufälligerweise vorhandene Schwangerschaft den Ausgang bestimmt, wir haben alsdann die bekannten inneren Mittel zu versuchen, deren Erfolg aber auch höchst zweifelhaft ist. Finden wir dagegen, daß die Fruchtausstoßung im Gange ist, so hat unser Streben dahin zu gehen, die Geburt auf die schonendste Weise schnell zu Ende zu führen, unter alleiniger Rücksichtnahme auf die Mutter, nicht auf das Kind. Ueber die Art der hier in Frage kommenden Eingriffe läßt sich natürlich keine Regel aufstellen, da diese ganz verschieden sein müssen, nach dem jeweiligen Stande der Fruchtausstoßung.

Weil erfahrungsgemäß das Koma während oder unmittelbar nach der Entbindung mit Vorliebe einzutreten pflegt, so haben wir mit dieser Tatsache zu rechnen, wenn wir uns zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt entschließen. Gerade die hierbei unvermeidlichen seelischen Erregungen können im Verein mit der körperlichen Leistung bei dem Geburtsakte bei noch relativ gutem Wohlbefinden zum Zusammenbruche der krankhaft ernährten und insuffizienten nervösen Zentralorgane führen. Zwar geht eine jede diabetische Gravida mit Naturnotwendigkeit einmal der Fruchtausstoßung und der mit ihr verbundenen Gefahren entgegen. Diese sind natürlich, ganz allgemein geredet, in ihrer Größe und Bedeutung proportional der Dauer und der Schwere der Geburt; aus diesem Grunde hat Schottelius in Vorschlag gebracht, die Schwangerschaft vor dem normalen Ende zu beendigen, um den heruntergekommenen Diabetischen eine längere Tragzeit und größere Geburtsleistung zu ersparen. Inwieweit diese Indikation zu Recht besteht, ist noch eine unentschiedene Frage; wir müssen uns, mögen wir den Eingriff von irgendwelchem Gesichtspunkte unternehmen, stets vor Augen halten, daß wir mit der künstlichen Herbeiführung der Fruchtausstoßung die Gefahren eines Ausbruches des Koma mit in den Kauf nehmen. So sehr dieser Faktor mit zu berücksichtigen ist bei dem Entschlusse zum Eingriff, ebensowenig darf uns aber die Furcht vor dem eventuellen Ausbruche des Koma hindern, die Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn wir diesen Eingriff als den mütterlichen Interessen dienend erkannt haben.

Gelingt es mit unseren Maßnahmen, die Frau glücklich über alle ihr drohenden Gefahren hinwegzubringen, so haben wir dem Puerperium noch unsere besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Gerade bei Diabetischen dürfte sich sehr das frühzeitige Aufstehenlassen empfehlen, weil im allgemeinen eine Bettruhe von Zuckerkranken sehr schlecht ertragen wird. Sind wir aus irgend einem Grunde gezwungen, diese innehalten zu lassen, so haben wir durch aktive und passive Bewegungen, sowie durch Massage die gewohnte Muskelarbeit zu ersetzen. Zudem empfiehlt sich noch das frühzeitige Aufstehenlassen, um der Bronchitis zu begegnen, welche sich häufig im Puerperium einzustellen pflegt; ihretwegen ist aber die diabetische Wöchnerin sorgfältig vor jeglicher Erkältung zu schützen, denn es lehrt die Erfahrung, daß in den meisten Fällen diese anscheinend harmlose Bronchitis den Boden für die Spitzentuberkulose vorbereitet, welche gerade im Anschluß an eine Entbindung unter den Diabetischen noch sehr viele Opfer fordert. Ob es irgendwelche zuverlässige Mittel gibt, welche diese gefürchtete Spät-Komplikation zu verhindern imstande sind, ist ungewiß. Das Stillen ist unter allen Umständen zu verbieten, da hierbei die Frauen zu sehr herunterkommen, andererseits muß aber gerade den lebend geborenen, ausgetragenen Kindern diabetischer Mütter die beste Nahrung und sorgsamste Pflege zuteil werden, wenn sie dem Leben erhalten bleiben sollen.

Für das Spätwochenbett ist besonders auf eine gute Rückbildung der Genitalien zu achten, da in einigen Fällen Subinvolution mit allen ihren Folgezuständen und Störungen beobachtet wurde; es dürfte sich daher gerade bei Diabetischen mit Rücksicht hierauf der längere Gebrauch von Secale-Präparaten und heißen Spülungen empfehlen.

Bevor wir eine diabetische Puerpara in interne Behandlung oder häusliche Pflege entlassen, muß ihr noch der Rat erteilt werden, mit allen Mitteln eine erneute Schwangerschaft zu verhindern, weil das diabetische Grundleiden erfahrungsgemäß in jeder erneuten Schwangerschaft zu exazerbieren pflegt und der günstige Ausgang dieser Gravidität keine Gewähr bietet, daß es in den folgenden ebenso gehen wird.

Literatur.

Ausführliche Angabe in meinem Artikel: Archiv für Gynäkologie, Bd. 86, 1, S. 160 ff., 1908.

v. Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. Verlag: Aug. Hirschwald, Berlin. 1906.

Gaudard: These de Paris, 1889.

M'Clintok: Clinic. mem. on diseases of women, 1863.

Lécorché: Du diabète sucré chez la femme. Editeur Délahay et Lecroisnier, Paris. 1886. Annales de gynécologie, 1886.

Füth: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1903, No. 4 und 5, S. 65 ff., 82 ff.

Schottelius: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1908, No. 18, S. 957.

Kleinwächter: Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 38, S. 191, und Wiener medizinische Presse, 1904, No. 51.

Korach: Schwangerschaft und innere Krankheiten. Verlag B. Konegen, Leipzig, 1908.

REFERATE.

Physikalische Therapie der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

Sammelreferat

von Dr. **Otfried O. Fellner**, Wien.

Bei allen chronisch entzündlichen Erkrankungen der Adnexe soll man nach Fehling zunächst eine konservativ symptomatische Behandlung durchführen. Es soll nur unter bestimmten Indikationen operiert werden, und zwar nur dann, wenn trotz genügend langer konservativer Behandlung die Schmerzen nicht aufhören, wenn durch die Beschwerden Arbeitsunfähigkeit bedingt ist, oder wenn durch die Verwachsungen der Adnexe eine fixierte Retroflexion entstanden ist. Ganz anders steht es mit der Behandlung eitriger Adnexe, die durch Gonokokken, Streptokokken und Colibakterien bedingt wird. Hier ist ein zu starker Konservativismus entschieden schädlich. Wenn trotz strenger Bettruhe und Spitalsbehandlung keine Rückgangserscheinungen eintreten, wenn die Tumoren an Größe nicht abnehmen, und die Beschwerden dieselben bleiben, ist zu operieren. Wenn trotz Bettruhe und Behandlung das Fieber anhält und der Tumor wächst, ebenso. F. verwirft die Inzision von der Scheide aus, wo schwere Verwachsungen mit Netz, Bauchwand, Dünn- und Dickdarm vorliegen, und vor allem da, wo noch anhaltendes Fieber besteht. Er hat so 166 Operationen eitriger Adnexe mit 6,7% Mortalität durchgeführt.

P. Profanter empfiehlt Mineralwasserspülungen, speziell kohlensäurehaltige, und zwar soll man das Wasser nicht durch Kochen erwärmen lassen, sondern durch Dampfeinlauf. Er benützt einen eigenen Irrigationsapparat aus Hartglas, der dem doppelläufigen, birnenförmigen von Hasse und A. Pincus ähnelt. Im allgemeinen beginnt man die Injektionen mit 37° und steigt selbst bis zu 50°. Durch Anpressen der eiförmigen Mutterrohres an die Vulva kann man den Wasserdruck beliebig verstärken. Angezeigt ist das Verfahren bei allen Entzündungsprozessen, bei chronischer Metritis, Amenorrhoe und infantilem Uterus. Die Applikation soll höchstens durch 6 bis 8 Wochen durchgeführt werden. P. erwähnt ferner die guten Erfolge, die er durch Kombination von Franzensbader Moorbäder-Heißwasserspülungen und Massage erzielt hat. Es ist ferner ganz zweifellos, daß nachgewiesene Radioaktivität der Mineralquellen auch bei diesen vaginalen Duschen irgendeine Rolle spielt.

Nach Zangemeister begünstigt bei ganz frischen Entzündungen im Verlauf der ersten 2 Wochen die Saugbehandlung ein Fortschreiten des Prozesses, und die eitrige Einschmelzung der entzündeten Abschnitte. Sie sollte daher beschränkt sein auf diejenigen eitrigen Fälle, in welchen der Entzündungsprozeß nicht mehr weiter um sich greift. Die Saugbehandlung verkürzt nicht die Dauer der Heilung. Sie eignet sich daher für Fälle frischer puerperaler Mastitis nicht. Wo die Mastitis nicht mehr fortschreitet, gestattet die Saugbehandlung, sich auf kleine Einschnitte zu beschränken.

Mittels eines Doppelspiegels nach H. Fischer wird eine Saugwirkung rings um die Portio bewirkt, während die Portio selbst und der Muttermund freibleibt. Der Nachteil der alten Methode ist der, daß sich beim Saugen die Portio schon nach wenigen Sekunden tief in das Saugglas hineinzieht, und häufige Wiederholung gewiß eine künstliche, hypertrophische Elongation der Portio zur Folge hat. Die Portio ist während des Saugaktes frei zur Spülung und zur Behandlung mit Instrumenten. F. sah Besserung der dysmenorrhoischen Beschwerden und günstige Beeinflussung parametraner Exsudate.

Gute Dienste leistete Witthauers Vibrationsmassage in Fällen von Dysmenorrhoe, wo das vordere Scheidengewölbe schmerzhaft war. W. weist ferner auf den Zusammenhang zwischen Sympathicismus und Parametritis chronica und dem Globus hystericus hin. Durch Vibrationsmassage, eventuell auch der höheren Abschnitte der Bauchnerven, ist hier Heilung möglich.

Nach Gallatia findet durch Mittelhochlagerung zunächst eine verbesserte Abfuhr des venösen Blutes statt. Durch den Druck der sich dem Scheidengewölbe sanft anschmiegenden Tamponade werden die dem Scheidengewölbe aufliegenden Gebilde gegen die Bauchdecken gehoben. Nach Entfernung der Vorrichtungen kommt es zur Erweiterung der Gefäße, zu erhöhter Leukozytose und hiermit zur erhöhten Resorption. Jeden Tag frische Tamponade nach Auswischen der Cervix mit Jodtinktur. Die Mittelhochlagerung bleibt während der ganzen Behandlungsdauer bestehen. Die Belastung durch den Schrotbeutel findet 2 mal täglich durch zwei Stunden statt. Sorgfältige Temperaturmessungen. Unter 11 Fällen von Parametritiden puerperalen Ursprungs 9 Heilungen und 1 Besserung. 15 Fälle von periparametraner Exsudatbildung im Anschluß an eine Adnexerkrankung. In 6 Fällen kein Erfolg, in 4 Besserung, 4 operiert, ein Fall Heilung in 25 Tagen. 3 Fälle von Pelveoperitonitis mit Heilung. Die Dauer der Belastungslagerung beträgt insgesamt 21 Tage pro Person. Auch in diagnostischer Hinsicht hatte die Belastungslagerung guten Erfolg. Die Bedeutung der Methode liegt darin, daß die durchschnittliche Behandlungsdauer abgekürzt wird.

Bei einer Patientin Fetzers wurde wegen präklimakterischer Blutungen die Vaporisation vorgenommen. Da hierauf wehenartige Schmerzen auftraten, und eine Atresie des Uterus konstatiert wurde, nahm F. 5 Monate später den Uterus heraus. Das untere Drittel des Uterus war atretisch, im oberen Drittel und in der Tube fand sich Blut. Die Tube war derart verdünnt, daß anscheinend eine Perforation drohte.

Nach Cramer kann es schon in den ersten Tagen von der beginnenden Abstoßung des Schorfes zu einer septischen Infektion der nekrotischen Massen kommen. In dem referierten Fall stieg die Temperatur am 3. Tage nach der Atmokausis auf 39,1. Am 9. Tage wurde die Operation ausgeführt. Die Uteruswand erwies sich als brüchig. Der unterste Teil des Uterus war durch das Exsudat so im Beckenboden fixiert, daß seine Entfernung nicht durchführbar war. Zentrale Unterbindung der Gefäße. Exitus.

Schulter dilatiert stets zunächst bis Nr. 13, kürettiert und tupft dann gründlich auch mit Adrenalin aus. Er vaporisiert 50—45 Sekunden bei 125°. Bei jugendlichen Frauen in gebärfähigem Alter ist jedenfalls die Vaporisation nur auf strikteste Indikation und nur mit äußerster Vorsicht, d. h. einer Einwirkungsdauer von 5 bis höchstens 20 Sekunden, erlaubt. Bei Myomen ist das Verfahren nicht nur unzuverlässig, sondern auch gefährlich. Bei durch Pruritus komplizierten Katarrhformen des höheren Alters ist die völlige Obliteration zu empfehlen.

Die primären Resultate mit der Vaporisation an der Kieler Klinik waren nach Frankenstein entschieden gute. Der Prozentsatz der durch die Vaporisation verursachten primären Schädigungen ist gering und bei sorgfältiger Auswahl der Fälle durchaus vermeidbar. Es wird sich natürlich empfehlen, das von den meisten Autoren nur zur Bekämpfung präklimakterischer und klimakterischer Blutungen reservierte Verfahren nicht bei jüngeren Frauen anzuwenden. Nur ausnahmsweise und wohl nur bei vorliegender Indikatio vitalis ist die Vaparisation bei jugendlichen Personen am Platze. Ebenso ist sie bei Myom nur ausnahmsweise bei kleinen und nur ganz interstitiell gelegenen Knoten zuzulassen. Die Dauerresultate sind durchaus zufriedenstellend. Die subjektiven Folgen der Vaporisation sind sicher ohne weiteres den verstümmelnden Operationen überlegen.

Literatur.

1. H. Cramer: Todesfall nach Athmokausis. Monatsschrift f. Geburtsh., März 1908.

2. H. Fehling: Zur Behandlung der eitrigen Adnexe. Beiträge z. Geburtsh., 12. Bd., 3. H.

3. Fetzer: Vaporisation des Uterus. Med. naturwissensch. Verein, Febr. 1908.

4. H. Fischer: Ein Doppelscheidenspiegel, zugleich zum Saugen und Spülen. Münch. med. Wochenschr., 28, 1908.

5. K. Frankenstein: Ueber klinische Erfahrungen mit der Vaporisation. Monatsschr. f. Geburtsh., Oktober 1908.

6. E. Gallatia: Ueber Mittelhochlagerung und Staffeltamponade. Gynäkol. Rundschau, 1908, 4.

7. P. Profanter: Beitrag zur konservativen Therapie von Frauenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr., 1908, 26.

8. L. F. Schalter: Die Leistungsfähigkeit der Vaporisation in der Praxis und ihre Grenzen. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, 32.

9. K. Witthauer: Weitere Mitteilungen über Vibrationsmassage. Therap. Monatsh., Febr. 1907.

10. Zangemeister: Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, 6.

Pharmakologie.

Referent: Privatdozent Dr. **C. Bachem**, Bonn.

1. **Nitritvergiftung durch Bismutum subnitricum.** Von J. Nowak und C. Guetig, Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 39.

2. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Wirkungsweise des Jodkaliums.** Von J. Zwintz, Wien. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 20.

1. Verff. hatten Gelegenheit, einen tötlich endenden Fall einer Vergiftung mit Bismutum subnitricum bei einem 44 jährigen Manne zu beobachten. Nach vorheriger Irrigation wurde zur Prüfung der Funktionsfähigkeit mittels Röntgenstrahlen einer (früher angelegten) Anastomose zwischen Flexura sigmoidea und Ileum ein rektaler Einlauf von 4 Eßlöffel Bismutum subnitricum in zwei Liter Wasser gemacht. Sofort nach der Durchleuchtung, die nur wenige Minuten in Anspruch nahm, wurde das Wismut wieder abgelassen; es erfolgte Stuhlgang, und außerdem wurde noch der Darm mit viel Wasser nachgespült. Einige Stunden später wird Patient sehr unruhig, hat öfter Stuhlgang, zeigt zyanotische Verfärbung, Schüttelfrost und Temperatur von 40°. Auf Anruf reagiert er nicht. Puls 96, Atmung stertorös. Magendarmspülungen, Sauerstoffinhalationen, Venäsectio (die schokoladebraunes Methämoglobinblut zutage fördert) und Kochsalzinfusionen sind ohne sichtlichen Erfolg. Etwa 18 Stunden nach der Wismutdarreichung trat der Tod ein.

Um über die Ursache dieser Vergiftung sich Aufklärung zu verschaffen, experimentierten die Verfasser an Tieren. Während nun Hunde und Kaninchen gegen alle verabreichten Dosen Bismutum subnitricum immun erschienen, gelang es bei Katzen leicht, das typische Bild der Nitritvergiftung mit diesem Mittel hervorzurufen. Nach mehrstündiger Latenzperiode setzten fast plötzlich die Krankheitssymptome (große Mattigkeit, Diarrhöe, Erbrechen, Zyanose ohne hochgradige Dyspnoe, Methämoglobinämie) ein und führten nach kurzer Krankheitsdauer zu Tode oder relativ rasch zur völligen Genesung. Da, wie gesagt, Hunde und Katzen gegen Bismut. subnitr. wenig empfindlich sind und auch Menschen nur selten damit vergiftet werden, war die Frage näher zu untersuchen: Wie entstehen die Nitrite (denn diese bedingen offenbar allein die Vergiftung)? Uebereinstimmend mit den Ergebnissen anderer Autoren gelang es zu zeigen, daß gewisse Bakterien aus Bismutum subnitricum Nitrite bilden können; dasselbe gelingt mit den Fäzes von Tieren und Menschen. Es ist also stets die Möglichkeit zur Nitritbildung im Darm gegeben; allerdings soll dies nur in beschränktem Maße stattfinden. Andererseits soll eine Entgiftung im Darm eintreten können (durch Umwandlung von Ammoniak und Stickstoff [?]). Die Verwandlung der Nitrate zu Nitrite durch reduzierende Bakterien scheint sich in den unteren Darmpartien abzuspielen.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß in diesem Falle das post mortem entnommene Blut zuerst zwar schokoladenbraun war, aber in kurzer Zeit wieder die Farbe des Oxyhämoglobins angenommen hatte, so daß dieses (und das noch in der Leiche vorhandene Blut) spektroskopisch nichts von einer Nitritvergiftung verriet. Die daraus resultierende Möglichkeit eines negativen Obduktionsbefundes wird, wie Verff. hervorheben, künftighin berücksichtigt werden müssen.

Die Literatur und Besprechung der übrigen, bisher bekannten Fälle von Vergiftung durch Bism. subnitr. sind beigefügt.

(An Stelle des Bismut. subnitr. nimmt man zweckmäßig andere Wismutsalze zu röntgenologischen Zwecken. Von diesen hat sich bereits das Bismutum carbonicum in der Praxis bewährt [Ref.]).

2. Auf intraperitoneale Jodkaliuminjektion zeigte sich eine Blutdrucksenkung, die peripheren Ursprungs ist, da sie nach Durchschneidung des Halsmarkes bestehen blieb. Nach Unterbindung der Art. thyreoidea sup. und der Art. laryng. inf. ergab sich beim narkotisierten Tier eine Blutdrucksteigerung. In einer zweiten Reihe von Versuchen wurde die Vena thyreoidea auf der einen Seite abgebunden, auf der anderen Seite geöffnet und das ausfließende Blut gemessen. Nach Injektion von Jodkalium betrug die Menge des abgeflossenen Blutes das zehn- bis fünfzehnfache des normalen. Wurden solchen Tieren die Ovarien entfernt, so zeigte sich keine Vermehrung des Blutausflusses und keine Aenderung des Blutdrucks. Von Wichtigkeit war auch die Qualität des Tieres. Während geschlechtsreife Tiere die geschilderten Erscheinungen boten, mißlangen die Versuche bei ganz jungen Kaninchen. Eine weitere Beobachtung war die: Wurden einem Tiere die Ovarien entfernt und war die Schilddrüse bei der Operation von normaler Größe, so zeigte sich nach 16 Tagen, daß das Tier im Vergleich zu Kontrolltieren stark abgemagert und keine Spur einer Schilddrüse zu entdecken war. Gleich Huchard setzt auch Z. die Blutdruckänderungen in eine Beziehung zur Tätigkeit der Schilddrüse, wenn er sagt: „Wie ich zeigen konnte, bewirkt das Jodkalium nur beim blutdruckschreibenden Tier eine Blutdrucksenkung. Denken wir uns das Jodkalium als Agent provocateur und als solches einen vermehrten Zufluß zur Thyreoidea bewirkend, wie ich zu zeigen vermochte, so wäre wohl anzunehmen, daß mit der vermehrten Durchströmung des Organes auch eine vermehrte innere Sekretion erfolgt, welche demnach zu der Blutdruckssenkung im Sinne Huchards führt."

Die Blutdrucksenkung nach Jodkalium ist demnach eine — im weitesten Sinne des Wortes — Funktion der Schilddrüse.

Kinderheilkunde.

Referent: Priv.-Doz. Dr. **J. Ibrahim**, München.

1. **Ueber die Behandlung interner und chirurgischer Tuberkulose mit dem Antituberkuloseserum von Marmorek.** Von O. Grüner. Wiener klin. Wochenschr., 1908, S. 1317.

2. **Ueber Intubation und Tracheotomie.** Von A. Baer. Straßburger med. Zeitung, 1908, S. 199.

3. **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** Von Fr. Lotsch. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1908, Bd. 68, S. 427.

4. **Die idiopathischen Krämpfe (Spasmophilie) des frühen Kindesalter.** Von E. Feer. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1908, Nr. 22, S. 713.

5. **Ueber Schwefelwasser-Trinkkuren beim Kinde.** Von O. Heubner. Therap. Monatshefte, 1908, S. 605.

1. Im Gegensatz zu anderen Autoren spricht Grüner sich über den therapeutischen Wert des Marmorekschen Tuberkuloseserums sehr ablehnend aus. Er hat folgende Erfahrungen gemacht:

Weder bei Lungen- noch bei Knochentuberkulose im Kindesalter entfaltet das Serum eine zuverlässige Heilwirkung. Das Serum ist auch bei länger andauernder Anwendung nicht imstande, das Auftreten frischer Krankheitsherde, z. B. in vorher gesunden Gelenken und Knochen, sowie das Auftreten frischer skrofulöser Symptome (speziell Conjunctivitis phlyctaenulosa) zu verhindern.

Bei tuberkulöser Meningitis vermag das Serum auch bei intraduraler Injektion und bei Anwendung wiederholter, sehr hoher subkutaner Dosen (bis 100 ccm) Verlauf und tötlichen Ausgang der Krankheit nicht zu beeinflussen. — Ein günstiger Einfluß des Serums auf den Allgemeinzustand der behandelten Patienten ließ sich in keinem Falle in überzeugender Weise feststellen. — Es besteht kein prinzipieller Unterschied in der Wirkungsweise des Serums auf den Krankheitsverlauf bei subkutaner und rektaler Applikation.

Das Marmorek sche Serum ist in hundertfacher Menge nicht imstande, die Kutanreaktion auf Tuberkulin aufzuheben oder abzuschwächen. — Auch in hunderttausendfacher Menge mit Tuberkulin gemischt, vermag das Serum die subkutane Stichreaktion bei Tuberkulösen weder aufzuheben, noch auch nur abzuschwächen. Diese Tatsache spricht, ohne beweisend zu sein, gegen eine spezifische Wirksamkeit des Marmorek schen Antituberkuloseserums.

2. Baer steht auf dem wohl allgemein akzeptierten Standpunkte, daß Intubation und Tracheotomie keine sich feindlich gegenüberstehende Operationen sind, sondern sich gegenseitig ersetzen und ergänzen sollen. Die Tracheotomie hält er für indiziert:

a) wenn die Intubation nicht ausreicht (absteigender Croup, starke Pharynxstenose);
b) wo die Intubation technisch nicht möglich ist (z. B. Spasmus glottidis);
c) bei Lungenkomplikationen;
d) bei sog. sekundärer Diphtherie.

Bei Säuglingen wähle man, da beiden Operationen eine schlechte Prognose zukommt, die Intubation. In der Privatpraxis kann die Intubation, aber wohl nur als provisorische Operation, weitgehende Verwendung finden.

3. Lotsch, der sich in seinem Aufsatz eingehender speziell mit der Intubation beschäftigt, betrachtet als einzige strikte Kontraindikation der Intubation bei Larynxstenose lediglich Hindernisse in den oberen Luftwegen bis zur Glottis. Dazu gehören z. B. hochgradige Angina faucium, Abschluß des Cavum pharyngo-nasale, Retropharyngealabszeß, gangränöse Rachenentzündungen.

4. Feer bespricht unter Mitteilung mehrerer Krankengeschichten in ausgezeichnet klarer Weise den heutigen Stand unseres Wissens vom Wesen der idiopathischen Krämpfe des frühen Kindesalters, die nach den Forschungen der letzten Jahre in der überwiegenden Mehrzahl eine Ausdrucksform einer allgemeinen Diathese, der Spasmophilie oder spasmophilen Diathese darstellen. Unter Spasmophilie versteht man einen krankhaften Zustand, der sich kennzeichnet durch galvanische und mechanische Uebererregbarkeit der peripheren Nerven und durch die Neigung zu gewissen klonischen und tonischen, lokalen oder allgemeinen Krämpfen. Als objektive Kennzeichen der Spasmophilie kommen in Betracht das Trousseausche Phänomen (am wenigsten häufig), das Fazialisphänomen, auf dessen Prüfung der Praktiker sich meist beschränken muß, und das Feer als verläßliches diagnostisches Kriterium betrachtet. Das sicherste und schärfste Zeichen ist die galvanische Uebererregbarkeit, der Eintritt der K. Ö. Z. und der A. Ö. Z. unter 5 M.-A., unter Verwendung der Stintzingschen Normalelektrode am N. medianus in der Ellenbeuge. Auf Grund der spasmophilen Diathese entwickeln sich die manifesten Krämpfe in drei Typen, die kombiniert auftreten können: Glottiskrämpfe, Eklampsie und Tetanie. Auf die von Feer kurz erörterten ätiologischen Beziehungen der Erkrankung zu familiärer Anlage, Lebensalter, Jahreszeit, Rachitis und Ernährung kann hier nicht näher eingegangen werden. Bezüglich der Pathogenese bekennt sich Feer als Anhänger der Wiener Lehre, daß die kindliche Spasmophilie in Beziehung zu den Epithelkörperchen steht.

Als beste Prophylaxe müssen wir die natürliche Ernährung des Säuglings ansehen, sonnige Wohnung, viel Aufenthalt im Freien. Bei künstlicher Ernährung ist Ueberfütterung zu vermeiden, sowohl ein Uebermaß von Kuhmilch, als auch einseitige Mehlfütterung. Die Feststellung von Fazialisphänomen oder elektrische Uebererregbarkeit bei einem scheinbar gesunden Kinde muß uns, auch ohne daß Krämpfe vorhanden sind oder waren, veranlassen, nach ursächlichen Schädlichkeiten in Wohnung und Ernährung zu suchen und sie bestmöglichst zu entfernen.

Bei manifest gewordener Spasmophilie erweist sich die Frauenmilch als bestes Heilmittel, unter der die Symptome, hauptsächlich die Krämpfe, meist rasch verschwinden. — Ist man auf künstliche Ernährung angewiesen, so ist knappe Kost sehr wichtig. Man reduziert dabei die Milch, auch für ältere Säuglinge, auf ein kleines Maß, zunächst nicht mehr als $1/2$ bis $1/3$ Liter im Tage, und gibt daneben Schleim oder Mehl und Griesbrei, nach Möglichkeit auch Obst und Gemüse.

Zur Zeit von Eklampsie oder Spasmus glottidis muß man energischer vorgehen. Man verabfolgt einige tüchtige Dosen Kalomel, setzt das Kind ein bis zwei Tage auf eine reine Tee- oder Wasserdiät und geht dann für vier bis sieben Tage auf reine Schleim-Mehlernährung über (ohne Fleischbrühe, leicht gesalzen). Hierbei ergibt sich oft eine ausgezeichnete Wirkung, indem die Krämpfe rasch aufhören, vor allem der Spasmus glottidis der Ueberfütterten. Sicherlich kann man auf diese Weise öfters tötliche Glottiskrämpfe verhüten. Nach etwa acht Tagen geht man dann vorsichtig wieder zu kleinen, langsam steigenden Milchzusätzen über, am ersten Tage nicht über 50 g. Gleich nach dem Hungertag wird mit Phosphorlebertrandarreichung ($1/2$ Milligramm pro die) begonnen, dem oft eine gute Wirkung zukommt und der, wenigstens in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen, die Erregbarkeit unverkennbar herabsetzt. — Es gibt leider auch eine Anzahl von Fällen, bei denen diese Maßnahmen, unter denen man oft schwere Erkrankungen ausheilen sieht, nicht zum Ziele führen. „Im allgemeinen reagieren die fetten und überfütterten Kinder am ehesten günstig auf die angegebene Behandlungsmethode. Am schwersten sind die Fälle zu beeinflussen, welche an manifester Tetanie und an Hypertonien leiden. Hier liegt gewöhnlich eine chronische Ernährungsstörung, oft mit begleitender Darmaffektion, häufig mit Mehlüberfütterung, zu Grunde. Längere Mehldiät ist da ohne Nutzen. Das Leiden bessert sich allmählich und heilt, wenn es gelingt, durch sorgfältiges Vorgehen mit steigenden Milchmengen die Ernährungsstörung zu heben und eine Körperzunahme des atrophischen Patienten zu erzielen.“

„Gegen den Anfall von Spasmus glottidis sind wir machtlos; er geht auch meist ohne Schaden vorüber. In sehr schweren Fällen wäre künstliche Atmung zu versuchen. Bei wirklichem Atmungsstillstand sind aber alle Mittel fruchtlos, auch Intubation und sofortige Tracheotomie, da der Tod an Herzlähmung erfolgt. Bei sehr heftigen, häufig wiederholten eklamptischen Anfällen hilft vorübergehend Chloroforminhalation, auch Chloral in großen Dosen, von dem man ein bis zweimal im Tage 0,5 g im Klysma schon im Säuglingsalter geben kann. Auch bei häufigen bedrohlichen Glottisspasmen kann Chloral über die schlimmsten Tage weghelfen. Bei hohem Fieber wirkt oft ein Bad von 35° C., rasch auf 33—32° abgekühlt, und Kälte auf dem Kopf vorteilhaft.“

Ref. möchte darauf hinweisen, daß nach Finkelstein speziell die Kombination von Phosphorlebertran mit Rohmilch gute Resultate liefert, eine Tatsache, von der er sich mehrfach überzeugen konnte. Es wäre ein Versuch mit Rohmilch, vielleicht speziell bei den von Feer als besonders refraktär geschilderten Mehlüberfütterungsfällen in Betracht zu ziehen, wenn Frauenmilch nicht zur Verfügung steht.

5. Heubner weist darauf hin, daß die Mineralquellen in der Behandlung kranker Kinder eine häufigere und vielseitigere Anwendung verdienen, als es zurzeit üblich ist, und empfiehlt speziell Schwefelwasser-Trinkkuren bei chronischen Rachenkatarrhen der Kinder vom dritten oder vierten Lebensjahre an. Kinder, die an dieser Affektion leiden, sind meist bei gutem Allgemeinbefinden anhaltend appetitlos; sie erbrechen auch häufig die Nahrung, und zwar nicht, wie Magenkranke auf der Höhe der Verdauung, sondern während des Essens, besonders wenn sie trotz ihres Widerwillens gegen die Nahrungsaufnahme zum Essen gezwungen werden. Gleichzeitig besteht gewöhnlich eine erhebliche Stuhlträgheit, ferner oft ein besonders morgens auffallender, unangenehm fader, ja fauliger Geruch aus dem Munde bei fehlender Zahnkaries. Die Zunge zeigt, namentlich auf dem Zungengrunde, einen dicken, schmierigen, grauen oder graugelblichen Belag. Die Tonsillen können unverändert sein. Am meisten verändert zeigt sich die hintere Rachenwand. Sie ist immer wie aufgelockert, von schwammigem Aussehen, grauer, auch graugelblicher Färbung und unebener Oberfläche, teils durch allgemeine Wulstung der Schleimhaut, teils durch die Anschwellung der Lymphfollikel, die der Oberfläche einen gekörnten Habitus verleihen. Die Schleimhaut ist von ziemlich zähem, grauem Schleim überzogen, oder man sieht, wie ein zäher, gelbeitriger Schleim von den nasalen Partien des Pharynx langsam herunterfließt. — Auch die seitlichen Partien des Rachens befinden sich in ähnlichem Zustande. — Die in solchen Fällen von Heubner mit sehr befriedigendem Erfolg angewandten Trinkkuren wurden meist vier bis sechs Wochen lang fortgesetzt. Jeden Morgen wird nüchtern im Bett ein Weinglas (150 g) des Schwefelwassers (Weilbacher oder Gureigeler Wasser) kühl getrunken, dann nach der Morgentoilette ein zweites. 20 Minuten oder eine halbe Stunde später wird das erste Frühstück gereicht. Unter Umständen läßt man auch abends vor dem Abendessen noch ein

Glas trinken. Bei sehr jungen Kindern wird die Dosis erheblich herabgesetzt. Die Kur kann nach einem halben Jahre wiederholt werden. — Acht kurze Krankengeschichten illustrieren die Erfolge der Behandlung. Bei einem $^5/_4$ Jahre alten Kinde wurden täglich 15 g gegeben. Eine neunte Krankengeschichte illustriert die Erfolglosigkeit der Kur in Fällen, bei denen nicht die katarrhalische Affektion die Hauptsache ist, sondern eine abnorme Reizbarkeit des Nervensystems dem Syndrom zugrunde liegt.

Dermatologie und Syphilis.

Referent: Spezialarzt Dr. **Jul. Baum**, Berlin.

1. **Was leistet zur Zeit die Wassermannsche Reaktion für die Praxis.** Von Fritz Höhne. Mediz. Klinik, 1908, Nr. 47.

2. **Eine einfache Methode der Serumdiagnose der Syphilis.** Von N. Tschernogubow. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 47.

3. **Ergebnisse der von mir angegebenen Präzipitationsreaktion bei Syphilis.** Von E. Klausner. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 46.

4. **Ueber die klinische Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis.** Von Franz Ballner. Deutsche med. Wochenschr., 5. XI. 1908.

5. **Arsenic in diseases of the skin; with observations on sodium cacodylate and Atoxyl.** Von M. B. Hartzell. Iournal of the americ., med. Journal, 31. X. 1908.

6. **A contribution to the subject of syphilitic prophylaxis by the use of calomel ointment.** Report of a case. Von Abr. L. Wobarst. Medical Record, 24. X. 1908.

7. **Fälle von Tätowierungskeloiden.** Von Eduard Welander. Nord. med. Ark., 1908, Abt. II, Nr. 8.

8. **Capsulae geloduratae mit Quecksilberjodid-Jodkalium.** Von Max Joseph. Dermat. Centralbl., Oktober 1908.

9. **Ueber Thyresol, ein neues Sandelölpräparat.** Von Paul Richter. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 45.

10. **Ueber einige spezielle Melanodermien der Tuberculösen.** Von Vignolo-Lutati. Arch. f. Dermatol., Bd. 92.

11. **Die Mikrosporie und Makrosporie der Kinderköpfe.** Von F. Glaser. Berl. klin. Wochenschr., 1908, Nr. 45.

1. Der Ausfall der Wassermannschen Seroreaktion, so bedeutungsvoll er in diagnostischer Hinsicht, ist für die prognostische Bewertung des Krankheitsbildes ungeeignet. Nach den bisherigen Erfahrungen berechtigt nichts zu der Annahme, aus dem starken oder schwachen Ausfall der Reaktion Schlüsse auf den schwereren oder leichteren Verlauf des Leidens zu ziehen. Selbst aus dem negativen Ausfall der Reaktion wird man eine besondere Art der Erkrankung nicht voraussagen können. Für den Ehekonsens spielt daher die Reaktion keine Rolle, der klinische Verlauf ist in diesem Fall entscheidend. Natürlich werden wir eine Person mit positiver Reaktion im späteren Verlauf der Lues mehr im Auge behalten als bei negativer Reaktion, da diese Patienten möglicherweise das Kontingent der späteren Tabiker und Paralytiker stellen. Man wird jedenfalls einen solchen Pat. energisch behandeln und die positive Reaktion in eine negative umzuwandeln versuchen, was in einer Anzahl von Fällen gelingt.

2. Tschernogubow publiziert eine neue Methode der Serumdiagnose der Syphilis. Sollte sich ihr Wert bestätigen, so würde sie durch ihre Einfachheit der Wassermannschen vorzuziehen sein. Man arbeitet bei dieser Methode nicht mit dem Serum, sondern dem vollständigen nicht inaktivierten Blut, braucht nur ganz geringe Mengen Blut (½ ccm) und keinen Tierstall. Im übrigen muß die genaue Methodik im Original nachgelesen werden.

3. E. Klausner fand, daß nach Zusatz von 0,2 ccm frischem, möglichst rein abgesetztem Blutserum zur dreifachen Menge destillierten Wassers in einer großen Zahl von Luesfällen nach mehreren Stunden Trübung ,dann Flockenbildung eintritt; schließlich sammelt sich nach 3—12 Stunden am Boden des Reagenzglases ein Präzipitat von oft mehreren Millimetern Höhe an. Diese Reaktion tritt nach den bisherigen Erfahrungen Klausners in 85% der Sklerosen, in 100% florider Sekundärfälle und in 80% florider tertiärer Lues auf. Nach starker merkurieller Behandlung verschwindet die Reaktion meist völlig. — Diese Reaktion ist jedoch nicht spezifisch für Lues, sondern findet sich auch bei Typhus, Pneumonie, Tuberkulose, Rhinosklerom, Scharlach und Masern. Praktisch in Frage kommen von diesen Affektionen bei der Differentialdiagnose nur Tuberkulose und Rhinosklerom. In diesen Fällen kann die Reaktion nicht verwertet werden. Auffallenderweise reagierten jedoch auch von 23 Psoriatikern 2 positiv, und auch das Serum von einem Falle von Mycosis fungoides. Die Reaktion tritt bei Primäraffekten schon ein, wenn die Wassermannsche noch negativ bleibt. Sie ist besonders dann beweisend, wenn bei Verdacht auf Lues die anfangs negative Reaktion plötzlich stark positiv wird. — Wenn diese Reaktion also auch nicht so spezifisch ist, wie die Wassermannsche, so hat sie doch einen gewissen Wert.

4. Nach den Erfahrungen der Autoren ist die Wassermannsche Reaktion nicht absolut spezifisch. Für das hämolytische System verwandten sie statt Hammelblut Rinderblut ungefähr mit demselben Ergebnis.

5. Kakodylsaures Natrium und Atoxyl besitzen keine therapeutischen Eigenschaften, welche nicht auch die arsenige Säure enthält. Jedoch ist Atoxyl wegen seiner Löslichkeit und geringen Reizung zur subkutanen Injektion sehr zu empfehlen. Man muß bei jedem längeren Arsengebrauch auch an die möglichen Nebenwirkungen denken, vor allem Arsenkeratose mit nachfolgendem Karzinom.

6. Zwei Männer hatten in derselben Nacht mehrmals eine Frau mit luetischen Papeln an den Labien koitiert. Der eine von beiden wurde mit der Metschnikoffschen Kalomelsalbe mehrfach eingerieben, und zwar zum erstenmal 6 Stunden nach der Infektionsmöglichkeit. Dieser blieb frei von Lues; der andere, der nicht in dieser Weise behandelt war, akquirierte Lues. Wolbarst betrachtet diesen Fall als Beitrag zur Frage der Verhütung der Syphilis, ohne diese Behandlungsmethode als sicher hinzustellen.

7. Welander beobachtete in 3 Fällen, daß Keloide an den mit Rot tätowierten und nicht an den mit Blau tätowierten Stellen auftraten. Das Rot bestand aus Zinnober, das sicherlich nur als mechanischer, nicht als chemischer Reiz gewirkt hat. Der Zinnober lag in Form von spitzen, krystallähnlichen Stücken, die blaue Farbe in Form von diffusen Klumpen ohne scharfe Kanten unter der Haut. Für das Auftreten von Keloiden scheint bei einer disponierten Person entweder ein größerer Eingriff in der Haut, eine wirkliche Verletzung oder eine anhaltende Einwirkung einer Reizung erforderlich.

8. Die Kombination von Hydrargyr. bijodatum mit Kalium jodatum, wie sie von Ricord angegeben worden ist, war lange Zeit fast in Vergessenheit geraten, bis durch Penzoldt und andere wieder auf sie hingewiesen wurde. Leider wird diese Medikation nicht immer gut vertragen, besonders wegen der Reizung der Magenschleimhaut. Viel besser wird sie vertragen in Form der Rumpelschen Dünndarmkapseln. Das sind in Formalin gehärtete Gelatinekapseln, die den Namen Geloduratkapseln führen. (Referent hat diese Kapseln vielfach mit demselben Resultat verordnet.)

9. Richter empfiehlt ein neues Sandelölpräparat, Thyresol, das in Tropfenform oder als Perlen oder Tabletten in den Handel gebracht ist.

10. Vignolo-Lutati beobachtete bei Tuberkulösen 3 Fälle von Pigmentanhäufung am Hals, die von dem Leukoderma lueticum sich nicht unterscheiden lassen. Schon früher sind solche Fälle von Fournier u. a. bei Tuberkulose beschrieben worden, sind jedoch zu wenig bekannt geworden. Sie sind deswegen wichtig, weil im allgemeinen das Leukoderm am Hals als für Lues pathognomonisch gilt. In den beobachteten Fällen waren die Nebennieren intakt. Ferner ließ sich ein stärkeres Auftreten des Pigments bei jeder Verschlimmerung des Allgemeinzustandes beobachten.

11. Es gibt eine Form der Makrosporie des Kopfes, d. h. eine Affektion, welche durch die gewöhnlichen Trichophytonpilze erzeugt wird, welche in ihrem Aussehen der in der jüngsten Zeit in Berlin mehrfach beobachteten Mikrosporie vollständig gleicht. Auch hier findet man scharf umschriebene Herde, denen jedes Zeichen der Entzündung fehlt. Die Haare auf dem umschriebenen Herd sind als kurze Haarstümpfe zu sehen, die sich leicht ausziehen lassen. Es sind keine Knötchen, Bläschen oder Pusteln vorhanden, sondern nur feine weiße Schüppchen. Nur die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung läßt eine sichere Diagnose zu.

Bei Aufhellung der Haare mit 30% Kalilauge zeigt das Mikrosporie folgende Eigenschaften: Das Haar ist von einem

Public

dichten Mantel kleiner, ungeordnet nebeneinander liegender Sporen umgeben. Die Sporen liegen so dicht nebeneinander, daß sie sich gegenseitig abplatten; sie sind deutlich nur außerhalb des Haares gelagert; denn bei mittlerer Einstellung verschwinden sie und kommen bei tiefer Einstellung wieder zum Vorschein. Die im Haar verlaufenden, kurzen Myzelien können nur durch intensives Kochen mit Kalilauge sichtbar gemacht werden. Das Makrosporiehaar dagegen zeigt Sporenketten im Haar und Myzelien außerhalb des Haares. Außerdem sind die Sporen zwei- bis dreimal größer als die Mikrosporen.

Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten.

Referent: Spezialarzt Dr. **M. Pickardt**, Berlin.

1. **Ueber den Eiweißumsatz bei Entfettungskuren.** (Mit besonderer Berücksichtigung der sogen. Kartoffelkur.) Von Prof. Dr. P. F. Richter. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 49.

2. **Zur Behandlung des Ulcus ventriculi.** Von Dr. Hans Elsner. Therapie der Gegenwart, 1908, Heft 2.

3. **Die Elektrolyse bei narbiger Verengerung des Oesophagus.** Von A. W. Zuberbühler. Berl. klin. Wochenschr., 1908, pag. 796.

1. Bei Entfettungskuren gilt heutzutage mit Recht als Bedingung, daß der Eiweißbestand des Körpers dabei keinen Schaden leide und daß die Einschmelzung sich lediglich auf den Fettreichtum beschränke. Daß das durchaus möglicht ist, ist durch Stoffwechselversuche schon vor längerer Zeit nachgewiesen worden, und als Basis zur Erreichung dieses Zieles erkannt, daß man erstens nicht nur in quantitativer Hinsicht vorsichtig zu Werke gehen müsse, d. h. nicht brüsk und zu stark einschränken, sondern in allmählichem Uebergang und vor allem nicht unter ein gewisses Maß, das wohl individuell verschieden ist, in der Menge der Nahrungsmittel heruntergehen dürfe, sondern auch, daß in qualitativer Beziehung gewisse bestimmte Rücksichten zu nehmen sind. Es ist nämlich bei Entfettungskuren darauf zu achten, daß viel Eiweiß zu geben ist oder an Stelle desselben ein sogen. Eiweißsparmittel, und zwar als deren vorzüglichstes: Kohlenhydrate, welche hier den Fetten überlegen sind. Die Kohlenhydrate sind aus praktischen Gründen insbesondere in denjenigen Fällen zu verwerten, in welchen aus anderen Gründen eine Erhöhung des Eiweißkonsums nicht erwünscht ist: bei Gicht, Nephritis, Arteriosklerose. In diesen Fällen bewährt sich die sogenannte Kartoffelkur, das ist dasjenige Diätregime, bei welchem die Sättigung hauptsächlich durch zu mehreren Mahlzeiten des Tages in größeren Mengen verabreichte Kartoffeln erfolgt, so daß für anderes relativ wenig Appetit übrig bleibt; der Nährwert der Kartoffeln mit ihren ca. 80% Wasser ist nämlich gering und bisher wesentlich überschätzt worden.

Verf. hat nun bei Patienten, bei denen aus oben genannten Gründen eine eiweißarme Kost indiziert war, Stoffwechselversuche angestellt und konstatieren können, daß auch bei dieser Form der Entfettung, der Kartoffelkur, es gelang, den Eiweißbestand des Organismus aufrechtzuerhalten, so daß die recht erhebliche Abnahme des Körpergewichts hauptsächlich auf Kosten des Fettes erfolgt.

2. Der klassischen Ulcusbehandlung nach Leube-Ziemssen, deren Wesen in einer vorsichtig vorwärtsschreitenden Diät von flüssigen über breiförmige zu festen Nahrungsmitteln besteht, hat vor einigen Jahren Lenhartz in Hamburg zum Vorwurf gemacht, daß sie erstens eine Unterernährung fördere, zweitens auf die meist bestehende Hyperazidität nicht genug Rücksicht nehme und schließlich durch übermäßige Einführung von Flüssigkeit (Milch) einer Atonie des Magens Vorschub leiste. L. gibt aus allen diesen Gründen — selbst unmittelbar nach frischen Blutungen — von vornherein größere Mengen von Eiweiß in Form von Eiern und geschabtem Fleisch und setzt die Milchmengen erheblich herab. Zwischen den für und gegen diese Empfehlung plädierenden Autoren steht Senator mit seiner hauptsächlich aus Gelatine, Fett, Sahne und Zucker bestehenden Kost. Zwischen allen diesen widerstreitenden Regimes vermittelt ein anderes von E. aufgestelltes, dessen Basis das bekannte Präparat Hygiama bildet. Seine Patienten erhalten vom ersten Tage nach der Blutung an eine Abkochung von Hygiama nach folgendem Schema: am ersten Tage Milch 200, Hygiama 20, Zucker 20, am zweiten 400, 40, 20, am dritten 600, 60, 30, am vierten 800, 80, 30, am fünften 1000, 100, 30; dann Butter, Sahne, Zwieback, Eier etc. Diese Kost ersetzt kalorisch die Milch sehr gut, ist reizlos, wird gut vertragen und ist genügend eiweißreich. Dazu werden größere Mengen Alkali in Form von Natron bicarbonicum oder Magnesia usta gegeben — drei bis vier Teelöffel täglich —, um die überschüssige Säure zu binden.

Verf. hat mit dieser Anordnung, von der natürlich unter Umständen Variationen erlaubt sind, günstige Erfahrungen gemacht, wie auch einige angeführte Krankengeschichten beweisen.

3. Obgleich diese Art der Behandlung wohl ausschließlich von spezialistischer Seite ausgeführt werden dürfte, sei auf sie als eine erfolgversprechende aufmerksam gemacht, die eventuell, wenn die Thiosinaminbehandlung versagen sollte, vor der Operation vorzuschlagen ist. Das Verfahren beruht darauf, daß durch den konstanten Strom am positiven Pol in den Geweben die Säuren, am negativen die Alkalien niedergeschlagen werden und letztere durch Verbindung mit Sauerstoff in statu nascendi — aus dem Wasser der Gewebe — sich zu Aetzalkalien verbinden; diese bewirken eine Zerstörung der Gewebe an Ort und Stelle. Verf. beschreibt zwei Fälle von Stenose des Oesophagus, die als narbige im Oesophagoskop festgestellt wurden. In einem Fall war die Ursache Ulzeration nach Scharlach — eine sehr seltene Komplikation —, im anderen Aetzungen nach Conamen suicidii mit Ammoniak. In wenigen Sitzungen, in denen für einige Minuten der eine Pol an die Narbe, der andere auf das Sternum appliziert wurde, war ösophagoskopisch eine Erweichung und fortschreitende Nachgiebigkeit der Narbe zu konstatieren, so daß eine fortlaufende Bougierung die Elektrolyse ablösen konnte. Im ersteren Fall besonders war der Erfolg ein eklatanter, indem an Stelle der vor der Behandlung nur möglich gewesenen Ernährung durch Flüssigkeiten eine feste, den kalorischen Anforderungen entsprechende Diät treten konnte, welche eine Gewichtszunahme von ca. 25 Pfund und als Konsequenz davon eine schnelle körperliche Entwicklung, die stark zurückgeblieben war, zur Folge hatte.

Medizinisch-biologische Gesellschaft.

Wie in der Nr. 43 dieser Zeitschrift kurz berichtet wurde, fand am 17. Oktober im Kurhause zu Wiesbaden eine Generalversammlung der Freien Vereinigung biologisch-denkender Aerzte statt, welche von 22 Mitgliedern besucht war. Von den zur Versammlung als Gäste eingeladenen Wiesbadener Aerzten waren neun erschienen.

Nach einem kurzen Bericht über die Vorgeschichte der Fr. V., gegeben von Dr. Bachmann, wurden folgende Vorträge gehalten:

Dr. Faßbender, Ibbenbüren: „Ueber die Bedeutung biologischer Anschauung für die Therapie."

Dr. Bachmann, Harburg: „Der Wert der Biologie für die Volkswohlfahrt."

Dr. Kleinschrod, München: „Die Eigengesetzlichkeit des Lebens."

Da die Gegenstände der Vorträge verwandte waren, so wurde nach Schluß des dritten Vortrages eine gemeinsame Debatte abgehalten. Dieselbe hatte das Ergebnis, daß die Mehrzahl der Anwesenden die Meinung vertrat, daß unsere heutige gesamte Medizin, Therapie sowohl als Hygiene, noch lange nicht genügend vom biologischen Gedanken befruchtet sei, und daß daher eine wissenschaftliche Bestrebung im Sinne der bisherigen Fr. V. geradezu ein Bedürfnis sei. Da jedoch die Form der Vereinigung keinen genügend engen Zusammenschluß noch Aussicht auf wirklich erfolgreiche Tätigkeit gewährleiste, so beschloß die Versammlung die Begründung einer Medizinisch-biologischen Gesellschaft.

In den Vorstand derselben wurden gewählt:

Dr. Bachmann als Vorsitzender;
Dr. Esch als stellvertretender Vorsitzender;
Dr. Kleinschrod als Schriftführer;
Dr. Faßbender als Kassenführer.

Da die Begründung eines eigenen Vereinsorgans vorläufig aus finanziellen Gründen aussichtslos erschien, zudem die Ueberzahl der vorhandenen Fachzeitschriften nicht noch vermehrt werden sollte, so wurde beschlossen, die „Therapeutische Rundschau" als solches beizubehalten.

Die Bildung einer medizinisch-biologischen Sektion der Naturforscher- und Aerzte-Versammlung oder eines sonst geeignet erscheinenden Kongresses wird dem Vorstande überlassen.

Mitgliedsbeiträge sollen entsprechend den Geschäftsunkosten des Vorstandes seinerzeit erhoben werden.

Begrüßungstelegramme waren von mehreren Mitgliedern, sowie vom „Verein abstinenter Aerzte deutschen Sprachgebietes“ eingelaufen und wurden unter Beifallsbezeugungen verlesen.

Schließlich beschloß die Versammlung, der am 23. Oktober zu Wiesbaden tagenden 2. Generalversammlung der Vereinigung der Hoteliers und Restaurateure deutscher Bade- und Kurorte einen Antrag mit Bezug auf die Reform der Wirtshauskost zuzusenden. Die Ausarbeitung und Absendung des Schreibens übernahm das Vereinsmitglied San.-Rat Dr. Haupt aus Soden i. T.

Nach Schluß der Sitzung hielt eine gemeinschaftliche Abendmahlzeit, welche ihrer Form und Zusammensetzung nach einerseits den fleischgewohnten Esser und Weintrinker nicht enttäuschte, andererseits aber auch dem halben und ganzen Vegetarier und Abstinenten volle Befriedigung brachte, die aus den fernsten Gegenden Deutschlands und der Schweiz, leider nur zu so kurzem Zusammensein, herbeigeeilten Kollegen noch einige Stunden in anregender Unterhaltung beisammen.

Der neugewählte Vorstand hat es als seine dringendste Aufgabe betrachtet, das Verhältnis zu dem „Aerzteverein für physikalisch-diätetische Therapie“ zu regeln. Bekanntlich gehören eine Anzahl von Kollegen beiden Vereinen gemeinsam an. Nun hat ein Berliner Arzt, Dr. Klein (der selbst nie Mitglied der Fr. V. war), unsere Bestrebungen in einem Artikel des „Archivs für physikalisch-diätetische Medizin“ angegriffen und uns unter beleidigenden Ausdrücken verdächtigt, wir meinten es nicht ernst mit unserer Reform der Medizin, sondern wollten eine solche Bewegung sogar heimlich unterdrücken. Grund zu solchen Verdächtigungen konnte dem betr. Herrn offenbar nur unsere Mäßigung in der Reformarbeit gegeben haben, auf welche wir selbst den größten Wert legen, die aber manchem Heißsporn und Radikalen nicht gefallen mag.

Diese Angelegenheit ist den Lesern der „Therap. Rundschau“ ja aus der Nr. 22 dieses Jahres bekannt. Die in dieser Nummer veröffentlichte Entgegnung auf den K.'schen Artikel, von Dr. Bachmann, enthielt bekanntlich die Aufforderung an die Archiv-Redaktion, zu erklären, daß der unschöne Angriff des Dr. K. von dem genannten Verein gemißbilligt werde. Eine solche Erklärung ist aber bisher ausgeblieben. Aus diesem Grunde hat die M. b. G. nun die gemeinsamen Mitglieder direkt aufgefordert, sich zur erwähnten Angelegenheit zu erklären. Selbstverständlich wird von den Mitgliedern der M. b. G. auch gefordert werden, daß sie, mögen sie in wissenschaftlichen Fragen denken, wie sie wollen, sich zu dem Grundsatz bekennen sollen:

Die Krankheitsbehandlung den Aerzten!

Es darf also künftighin kein Zweifel darüber gelassen werden, daß die M. b. G. keine Mitglieder dulden wird, welche in Sachen der Krankenbehandlung gemeinsame Sache mit der Laien-Naturheilkunde machen.

Das Ergebnis des Rundschreibens an die betr. Aerzte steht zurzeit noch aus.

Um schließlich unsere Bestrebungen nochmals zu präzisieren, sei folgendes betont:

Die M. b. G. ist ein zu wissenschaftlichen Zwecken gebildeter Aerzteverein, welcher aus der Ueberzeugung heraus entstanden ist, daß — allgemein ausgedrückt — die neuen Ergebnisse der biologischen Naturwissenschaften notwendig auch veränderte Grundlagen für die gesamte Heilkunde erfordern, daß aber die Ueberzeugung von dieser Notwendigkeit bei den Aerzten noch sehr wenig verbreitet sei, indem vielfach die heutige Medizin als in ihren Grundvesten begründet und nur in nebensächlichen Punkten reformbedürftig angesehen werde.

Wenn nun weiterhin die Entgegnung laut werden sollte, wie dieses ja bereits mehrfach geschah: „Was will denn die biologische Vereinigung? Biologisch denkende Aerzte sind wir ja alle!“ so antwortet die M. b. G. darauf: Aerzte, die sich prinzipiell der Biologie verschließen würden, gibt es allerdings heutzutage nicht mehr; aber es muß doch eingestanden werden, daß erstens das biologische Denken für sehr viele Aerzte nur eine Phrase darstellt, da es auf ihre Therapie und Prophylaxe bisher kaum einen Einfluß ausgeübt hat; und zweitens, daß bei einer weiteren großen Anzahl, ja sicherlich der großen Mehrzahl aller Aerzte, unter Biologie noch die alte, rein mechanistische Biologie verstanden wird, welche sich doch als völlig unfruchtbar erwiesen hat. Wir fordern daher als Ergebnis der modernen Naturwissenschaft und Philosophie das Bekenntnis: Der Versuch, den Gesetzen des Lebens unter alleiniger Zuhilfenahme der mechanistischen Erklärungsweise näher zu kommen, muß als gescheitert aufgegeben werden! Wir müssen alle Lebenserscheinungen, also auch Krankheit und Heilung, als etwas Eigenartiges, nicht ohne weiteres durch Physik, Chemie usw. Erklärbares anerkennen, wenn auch die entsprechenden vitalen Gesetze noch nicht bekannt sind.

Wegen der praktischen Wichtigkeit dieser Fragen geht es aber nicht an, immer erst auf die „einwandfreien Ergebnisse der exakten Forschung“ zu warten, sondern wir müssen schon jetzt, wenn auch empirisch, mehr „dem Leben dienen“, wie Kollege Kost-Pausa in seinen vortrefflichen biologischen Betrachtungen in Nr. 22 dieser Zeitschrift sagte, d. h. vor allem die Selbsterhaltungs- und Heiltätigkeit des Organismus in Pathologie, Therapie und Hygiene in gebührender Weise beachten und verwerten, insonderheit an Stelle der nur allzu modernen einseitigen lokalistischen, mechanistischen und antibakteriellen eine konstitutionelle und biologische Heilkunde erstreben.

So hoffen wir, durch diese Verjüngung der Medizin auf naturwissenschaftlicher Grundlage, welche gleichzeitig auch eine Wiedergeburt im Sinne des altklassischen Hippokratismus bedeutet, nicht nur eine Ueberbrückung der tiefen, in das heutige Volksleben einschneidenden Kluft zwischen natürlichem und übergelehrtem Denken herbeizuführen, sondern sehen hier auch die wahren Quellen reformatorischer Bestrebungen für eine vertiefte, innerlichere Volkskultur.

Wer sich unseren Anschauungen im großen und ganzen anzuschließen vermag, wird hiermit aufgefordert, seinen Beitritt zur M. b. G. zu erklären. Die bisherigen Mitglieder der Fr. V. werden solange als Mitglieder der M. b. G. angesehen, als sie nicht ihren Austritt erklären.

Um die Herausgabe der zu Wiesbaden gehaltenen Vorträge und einiger anderen, bereits im Manuskript vorliegender Aufsätze zu ermöglichen, wird um Subskription gebeten. Der Band soll etwa 3 Mark kosten.

Als eine der nächsten Aufgaben der M. b. G. wird empfohlen, sich dahin zu äußern, auf welche Weise eine Reform der Ernährung in Kranken- und Irrenanstalten erstrebt werden könne, d. h. wie auf die maßgebenden Kreise am erfolgreichsten ein Einfluß dahin ausgeübt werden könne, daß wenigstens die hauptsächlichsten, in den Sanatorien unserer Richtung vollauf erprobten Formen der Ernährung den Kranken bald zu gute kommen.

Schließlich wird gebeten, der Redaktion der „Therapeutischen Rundschau“ im neuen Jahre recht zahlreiche Beiträge zukommen zu lassen.

I. A.:
Dr. Kleinschrod-München,
Schriftführer der M.-b. Gesellschaft.

Mitteilungen über Arzneimittel.

Referate.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

2. **Klinisch-therapeutische Versuche mit Medinal.** Von Dr. Fritz Munk. Ibidem.

3. **Ueber die Anwendung des Guajacetins und Sullacetins bei Bronchitis und tuberkulösen Prozessen.** Von Dr. Margoniner. Fortschr. d. Med., 1908, Nr. 30.

4. **Ueber die Entwicklung der Kreosottherapie und die Anwendung des Guajakolalbuminates (Histosan) bei Lungenkranken.** Von Dr. Rich. Rosen. Reichs-Med.-Anzeiger, 1908, Nr. 24.

2. Weniger günstige Resultate mit Medinal, als sie uns bisher zu Gesicht kamen, werden aus der Ziehenschen Klinik von Assistenzarzt Dr. Munk berichtet. Es zeigte sich nämlich, daß das Medinal in der Psychiatrie als Schlaf- und Beruhigungsmittel bei subkutaner Injektion, die ja sonst vor anderen Hypnoticis einen großen Vorzug bedeuten würde, nicht sicher wirkte und jedenfalls die dominierende Stellung des Hyoszins nicht übernehmen konnte. Selbst Injektionen von 1,0 g Medinal ver-

Publi
UNIVERSITY OF MICHIGAN
UNIVERSITY OF MICHIGAN

mochten eine Beruhigung nicht herbeizuführen. Schlaf trat nach den Einspritzungen verschiedentlich, oft aber erst nach mehreren Stunden, ein. Mit Recht macht M. darauf aufmerksam, daß man bei Anwendung höherer Dosen gezwungen ist, größere Flüssigkeitsmengen, eventuell auch stärkere Kanülen zu verwenden. Das Einstechen, die Spannung der Haut bezw. der Reiz der stärkeren Lösung verursachen aber erhebliche Schmerzen, und man kann sich vorstellen, daß aufgeregte Kranke durch die Einspritzungen noch erregter werden, besonders wenn diese schmerzhaften Injektionen schon öfter gemacht sind und die Kranken beim Anblick der Spritze in die größte Angst und Aufregung geraten. Bei der Darreichung per os mußte oft 1,0 g Medinal gegeben werden, wo früher ½ g Veronal genügt hatte. Ein Vorteil soll nur der bessere Geschmack des Medinals sein.

3. Dr. Margoniner hat die von der Fabrik van Gember & Dr. Fehlhaber, Berlin-Weißensee, in den Handel gebrachten Kreosotpräparate Guajacetin und Sullacetin einer klinischen Prüfung unterzogen. Bei der Herstellung des ersteren gingen die Fabrikanten von Brenzkatechin aus. Dieses, ein Dihydroxylbenzol, ist ein bitterer, sehr giftiger Stoff. Durch Einfügen der Azetylgruppe gelangte man zum Guajacetin, dessen Natronsalz der im Gebrauche befindliche Arzneikörper ist. Das Sullacetin ist die Kalium-Natriumverbindung der Brenzkatechinmonazetsäure und der Guajakolsulfosäure. Beide Präparate kommen in Tablettenform in den Handel, von denen das Sullacetin das billigere ist (20 Tabletten à 0,5 g = 1 M.). Das Guajacetin ist noch recht teuer, ein Grund, weshalb es bisher noch keinen rechten Boden fassen konnte. Keine der sonst den Kreosotpräparaten anhaftenden Klagen, wie Brennen im Munde, Aufstoßen, übler Geruch oder Geschmack, wurde von den Patienten angegeben. Dagegen besaßen beide Mittel, das stärkere Guajacetin mehr als das Sullacetin, eine eminent schleimlösende Wirkung, die M. auf die von Gemünd angegebene Hyperleukozytose bezieht. Außer der expektorierenden Wirkung scheinen sie sich auch als Stomachica und Antifermentativa zu bewähren. Ob man sie monatelang ohne Schädigung des Patienten reichen kann, kann M. nicht entscheiden, da ihm darüber Erfahrungen fehlen.

4. In einer zweiten Arbeit wird von Dr. Rosen in Berlin dem Histosan das Wort geredet. Dabei verbreitet sich der Autor gleichzeitig über die Kreosottherapie und ihre Entwicklung. Das Verfahren, mit Kreosot gegen die Phthise zu Felde zu ziehen, wurde von Sommerbrodt inauguriert, der zuerst 3 Kapseln à 0,05 Kreosot, dann in allmählicher Steigerung 3 × 7, ja sogar 3 × 9 Kapseln verordnete. Statt des Kreosots suchte man nach Ersatz; aber auch das Guajakol zeigte Reizwirkungen auf Magen- und Darmschleimhaut. Es folgten das Guajakolkarbonat (oder Kresotal), Sanguinal-Pillen, Pneumin, Thiokol. Das unter dem Namen Histosan von der Fabrik chemischer und diätetischer Produkte Schaffhausen auf den Markt gebrachte Präparat ist ein Triguajakolalbuminat. Da das Histosan günstig auf die Expektoration wirkt, wird nach Verf. der Hustenreiz ganz erheblich gemildert, und man kann die Narkotika entbehren. Das Histosan wurde 3 mal täglich in Pulvern zu 0,5 g gegeben. Die meisten Patienten nahmen ohne weiteres das Pulver trocken nach der Mahlzeit, einige empfindliche Kranke nahmen es wegen Kratzens im Halse in Oblaten oder in Brotkrume. Gern wurde der Histosan-Sirup genommen, eine kolloidale Lösung des pulverförmigen Guajakolalbuminats; dieser wurde kaffeelöffelweise gegeben. Langsamer als die expektionserregende Wirkung des Mittels zeigte sich die sekretionsbeschränkende, die aber nach längerem Gebrauch immer eintrat. Dazu eignet sich besonders das Histosan, weil es auf die Dauer Widerwillen nicht erregt. Hand in Hand mit dem Nachlassen von Husten und Auswurf ging bei den Kranken R.'s fast immer die Besserung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts und Hebung des Kräftegefühls.

Neuerschienene Arzneimittel.

Referent: Dr. **W. Krüger**, Magdeburg.

Medinal solubile.

(Mononatriumsalz der Diäthylbarbitursäure.)

Eigenschaften: Medinal solubile ist ein weißes, kristallinisches Pulver, das sich in kaltem Wasser im Verhältnis 1:5 löst (Diäthylbarbitursäure nur 1:145). Anstatt dieser 20 proz. Lösungen können durch Lösen in warmem Wasser auch 30 proz. hergestellt werden, die haltbar sind. Dieselben sind sämtlich von alkalischer Reaktion. Ihr Geschmack (½ g in Wasser gelöst) ist angenehmer als der der Diäthylbarbitursäure. Versuche haben auch ergeben, daß Medinal solubile bei innerlicher Anwendung schneller und sicherer wirkt als gleich große Dosen von Diäthylbarbitursäure. Die günstigste Wirkung tritt ein, wenn der Magen wenig oder keine Säure enthält. Deshalb empfiehlt es sich, daß die Kranken die Abendmahlzeit früh nehmen und ca. 4 Stunden nachher das Schlafmittel erhalten.

Indikationen: Das Medinal wird überall da gegeben, wo man eine beruhigende oder hypnotische Wirkung erzielen will (also analog dem Veronal). Bei beginnendem Delirium tremens und bei Morphiumentziehungskuren empfiehlt sich die subkutane oder rektale Anwendung.

Pharmakologisches: Die günstigste Wirkung des Medinals bei wenig Säure oder völligem Fehlen derselben im Magen erklärt sich daraus, daß das Natriumsalz durch die Salzsäure verändert und im Darm wieder zu seiner früheren Zusammensetzung umgestaltet wird. Dieser ganze Prozeß fällt fort, wenn der Magen ganz oder ziemlich säurefrei ist, und das Mononatriumsalz der Diäthylbarbitursäure kann dann schneller in Wirkung treten. Dieser Vorgang ist von Winternitz studiert worden (Ueber Veronalnatrium, Med. Klinik, 1908, Nr. 31). Der weitere Vorteil des Medinals vor der Diäthylbarbitursäure ist der, daß dem Organismus die Ueberführung der letzteren in das Alkalisalz, die im Darm vor sich geht, erspart bleibt, weil das Medinal ja schon alkalisch ist. Daraus erklärt sich die schnellere Resorption desselben, die schon in den obersten Darmabschnitten vor sich geht. Selbst wenn der Magen reich an Säure ist, wodurch eine Abspaltung der Diäthylbarbitursäure hervorgerufen wird, so findet doch keine Ausfällung derselben statt, sondern sie bleibt in Lösung. Durch die beschleunigte Aufnahme und Ausscheidung wird eine kumulativ toxische Wirkung vermieden. Wegen der leichten Löslichkeit ist auch rektale und subkutane Anwendung des Medinals notwendig. Bei der ersteren ist die Wirkung noch rascher und intensiver, als bei der Aufnahme per os. Subkutan zeigt das Präparat weniger eine schnelle, als eine außerordentlich intensive Wirkung. Abszesse wurden von Steinitz nie beobachtet.

Dosierung und Darreichung: Medinal wird zu 0,5—1,0 g in Pulverform oder in Tabletten verabfolgt. Es darf stets nur in Lösung gegeben werden. Die Tabletten sind in Zuckerwasser oder in süßem Wein zu nehmen.

Rezeptformeln:

Innerliche Anwendung.

Rp. Medinal sol. Schering 0,3—0,5—0,75—1,0
D. tal. dos. No. X.
S. 1 Pulver in einem Glase Wasser (Zuckerwasser, süßer Wein) gelöst, 3—4 Stunden nach dem Abendessen zu nehmen.

Rp. Tabl. Medinal solub. 0,5 g.
D. tal. dos. No. X. Originalpackung Schering.

Rektale Anwendung:

Rp. Medinal solub. Schering 0,3—0,5 g.
S. in etwa 5 ccm Wasser aufzulösen und mit einer kleinen Klystierspritze in den Mastdarm zu spritzen.

Subkutane Anwendung:

Rp. Medinal sol. pulv. Schering 1,5
Aq. dest. . . . . ad 15,0
S. 5 ccm zur subkutanen Injektion.

Literatur: Dr. Steinitz: Ueber die therapeutische Verwendung leicht löslicher Schlafmittel aus der Veronalgruppe. Therapie der Gegenwart, Juli 1908.

Firma: Chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering), Berlin N., Müllerstr. 170/171.

Bücherbesprechungen.

Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke. Referat, erstattet von Reg.-Rat Direktor Lenhard, Prof. Dr. Dannemann, Oberarzt Dr. Osswald, Anstaltsarzt Dr. Kullmann. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI. Bd., Heft 2. Verlag Carl Marhold, Halle a. S.

Die Frage, in welcher Weise die gefährlichen, namentlich die kriminellen Geisteskranken am zweckmäßigsten untergebracht werden sollen, beschäftigt seit langer Zeit die beteiligten Kreise. In den vorliegenden Referaten finden wir die Ansicht erfahrener

Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

UNIVERSITY OF MICHIGAN UNIVERSITY OF MICHIGAN

Verwaltungsbeamter und Psychiater niedergelegt. Lenhard tritt für die Adnexe von Irrenabteilungen an Strafanstalten ein und sieht die Vorteile dieses Systems u. a. in einer möglichst schnellen Evakuierung der Kranken, die gleichzeitig eine bessere Prognose gewährleistet und in der Verhütung des nachteiligen Einflusses, der durch häufige Versetzungen der Erkrankten in und aus Irrenanstalten resultiert. Dannemann spricht sich, wenigstens für Hessen, für die Errichtung eines festen Hauses bei der neuen Gießener Irrenanstalt aus, wodurch eine reinliche Scheidung geschaffen und alle Elemente aus der Strafanstalt radikal entfernt werden, deren Behandlung selbst in noch so freien Adnexen mit Unzuträglichkeiten verknüpft ist. Osswald warnt vor einer Ueberhäufung der gewöhnlichen Irrenanstalten mit kriminellen Elementen, die ja bekanntermaßen ernste Betriebsstörungen im Gefolge haben kann. Kullmann hält eine Verteilung der geisteskranken Gefangenen in Hessen auf die vier Irrenanstalten für empfehlenswert.

Prof. Ernst Ziemke-Kiel.

Dr. G. Becks Therapeutischer Almanach. Herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill in Dresden. 35. Jahrgang 1908. 1. Semesterheft. Verlag von Benno Konegen. Preis 2,— M.

An therapeutischen Ratgebern, Almanachs usw. ist wahrlich kein Mangel. Wenn aber ein derartiges Buch seit 35 Jahren erscheint, so muß es doch Freunde haben, deren Wünschen und Neigungen es entspricht. Der Zweck des Buches ist in der Einleitung treffend bezeichnet. Daselbst heißt es: „Der therapeutische Almanach . . . . . will dem praktischen Arzte in der Praxis ein treuer Ratgeber sein. Er soll dem vielbeschäftigten Arzt in Stadt und Land, welcher nicht in der Lage ist, zahlreiche medizinische Zeitschriften durchzustöbern, um daraus sein therapeutisches Rüstzeug zu ergänzen und zu vervollkommnen, therapeutische Ratschläge und Behandlungsmethoden zugänglich machen, deren Zweckmäßigkeit aus einer größeren Zahl mitgeteilter Erfolge, mögen dieselben von einem Einzelnen an einem größeren Material oder von verschiedenen Beobachtern festgestellt worden sein, bei unbefangener Beurteilung einleuchtet.“ Diesen Grundsätzen entsprechend bringt der Almanach keine bloße Rezeptsammlung, sondern berücksichtigt jede wissenschaftlich begründete therapeutische Richtung, wobei er auf Indikationen und Kontraindikationen eingeht, die durch die Medikation hervorgerufenen Erscheinungen anführt, auf die zu beobachtende Diät hinweist usw. Am Ende einer jeden Notiz stehen kurze Literaturangaben, die das Nachlesen der Originalartikel ermöglichen. Der „Therapeutische Almanach“ bringt Notizen aus dem Gebiet der gesamten Medizin, aus dem der Gynäkologie und Chirurgie jedoch nur soweit, als sie für den praktischen Arzt von Interesse sind und in den Bereich seiner Tätigkeit fallen. Infolgedessen wurden solche Angaben fortgelassen, die eine komplizierte Behandlungsmethode, ein großes Instrumentarium oder spezialistische Ausbildung benötigen. Es wäre zu wünschen, daß in künftigen Auflagen Notizen, die nicht die Therapie betreffen, z. B. reine Prinzipienfragen, ob es richtig oder falsch ist, daß die deutschen Lebensversicherungsgesellschaften Antragsteller mit chronischer Ohreiterung ablehnen, oder Ausführungen über gesetzliche Bestimmungen über die Berechtigung der Aerzte zu operieren, oder über Warenhausdiebstähle etc., fortgelassen werden. Denn sie entsprechen meines Erachtens ebenso wenig der Tendenz des Buches, wie Notizen über die famose Paracelsus-Schlafbinde, besonders wenn unterlassen wird, vor derselben zu warnen. Die Paracelsus-Schlafbinde verkörpert doch alles andere, bloß keine „wissenschaftlich begründete therapeutische Richtung“. Ueberhaupt scheint mir aus gleichem Grunde die Aufnahme von Geheimmitteln in ein therapeutisches Taschenbuch unzweckmäßig. Denn der vielbeschäftigte praktische Arzt könnte übersehen, wes Geistes Kind er vor sich hat, und ein derartiges Präparat seinen Patienten verschreiben. Trotz dieser Ausstellungen hat aber der „Therapeutische Almanach“ so viele Vorzüge und bietet so reiche Anregungen für den Praktiker, daß man ihm die Anschaffung des Buches empfehlen kann.

Dr. W. Krüger, Magdeburg.

Leitfaden des Röntgenverfahrens. Von Dessauer und Wiesner. Mit 113 Abbildungen und 3 Tafeln. Dritte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Verlag von Otto Nemnich, Leipzig 1908.

Das Buch zerfällt in einen physikalischen, einen technischen und einen medizinischen Teil. In letzterem, der etwa ein Drittel des ganzen Werkes ausmacht, wird die innere Diagnostik von Holzknecht, die chirurgische Diagnostik von Hoffa und Blencke, die Röntgentherapie von Holzknecht abgehandelt. Der physikalische und technische Abschnitt stammt größtenteils von Dessauer, einige Kapitel sind von Wiesner (Technik des Aufnahmeverfahrens), Hildebrand (Stereoskopie) und Hoffmann (Orthodiagraphie) bearbeitet. Das Buch gibt einen guten Ueberblick über das gesamte Röntgenverfahren und ist besonders dem zu empfehlen, der sich für physikalisch-technische Details interessiert.

H. E. Schmidt, Berlin.

Berichtigung. Daß die „Kleinen Mitteilungen“ auf S. 771 der Nr. 50 d. W. im redaktionellen Teil abgedruckt wurden, beruht auf einem Mißverständnis des Druckers.

Kleine Mitteilungen.

Kropper Heilanstalten. Die Anstalten nehmen Gemütskranke und Nervenkranke, Alkoholisten und Morphinisten, Direktionslose und Charakterschwache auf. Die einzelnen Gruppen können, genau nach ihrer Eigenart, gesondert von den anderen sorgfältig von zwei in der Psychiatrie und Nervenheilkunde gründlich erfahrenen Aerzten behandelt werden. Das Ganze trägt mehr einen familiären Anstrich. Viel Wert wird auf freiwillige Arbeit in Feld und Garten, in Buchbinderei und Handwerkstätten gelegt. Leichte Psychosen können noch versuchsweise in offenen Häusern behandelt werden. Die Pensionspreise sind äußerst gering. Ueber alle Einzelheiten erteilt Direktor Dr. Bindemann, Kropp i. Schleswig, jederzeit gern eingehende Auskunft.

Orthopädischer Stiller Stiefel.

Centrale für Herstellung von Plattfuß-Einlagen
nach individuellen Gipsabdrücken
Orthopädisches Maß-Schuhwerk ges. gesch. Systeme Dr. med. Lengfellner
Neu! Fabrikmässig hergestellte Orthopädische Stiefel
für Herren, Damen und Kinder in allen Größen vorrätig
Zu empfehlen bei beginnender Senk- und Plattfussbildung
932b
Schuhwarenhaus Carl Stiller Berlin SW.
Die Broschüre „Der Senkfuß“ wird auf Wunsch kostenlos zugesandt
Jerusalemerstraße 38/39 (Dönhoff-Platz)

Durchgetretenes Fußgewölbe (Plattfuß).

Geh. Rat Dr. Wattenbergs Phosphorkalkmilch ist

Colloider Knochenstoff

und enthält sämtliche Knochensalze in aufgeschlossener Form. Empfohlen zur prophylaktischen und curativen Behandlung **rhachitischer** Erkrankungsformen.

Aerztl. Rundschau No. 48.
Therapie der Gegenwart, März 1908.

Abhandlung, Prospekte, sowie Bemusterung des Fabrikates durch Dr. Hoffmann & Köhler, Harburg.

Friedrichroda i. Th., Dr. Wanke's Kuranstalt

für Nerven-, Herz- und Stoffwechselkranke und Erholungsbedürftige. Klinische Beobachtung und Behandlung. Moderner Komfort. Zentralheizung, elektr. Licht. Familiäres Leben.

Gut empfohlen besonders für schwere Neurosen. Prospekte durch

Dr. WANKE,

früher **Ass.-Arzt des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger-Jena.**

Cardiotonin

Herztonicum

Bestandteile: Die isolierten, nur cardiotonisch wirkenden Stoffe der Convallaria majalis, Coffeïnum Natrio-benzoicum.

Von autoritativer Seite **physiologisch** auf ihren Wirkungswert **eingestellt** und **dauernd** auf denselben **kontrolliert.**

Starke Anregung der Diurese.

Keine **kumulative** Wirkung.

Indikationen: Herzschwäche, besonders bei Infektionskrankheiten, Herzneurosen, Myocarditis, Dilatatio cordis und Kompensationsstörungen.

LITTERATUR U. PROBEN GRATIS u. FRANKO.

Dr. Degen & Kuth, Düren Rhld.

Abteil: Chemisch-pharmaz. Präparate.

Der Allgemeinzustand des Patienten

wird durch alkaloidhaltige Genussmittel oft in unerwünschter Weise beeinflusst. Kathreiners Malzkaffee ist absolut indifferent und bietet dabei die Geschmacksannehmlichkeiten des Bohnenkaffees. Ein besonderer hygienischer Vorzug ist seine durch die musterhafte Fabrikation und Verpackung garantierte Reinheit und Unverfälschtheit.

Den Herren Aerzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, auf Wunsch Versuchsproben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Leistungsfähiges

Institut für bessere, künstlerische Orthopädie.

Durchweg Neuheiten, begutachtet von Geheimrat Prof. Dr. **Alb. Hoffa,** Berlin.

Auslands-Patent und D. R. G. M

Reparaturen v. chirurg. Instrumenten u. sonst. Apparaten prompt.

Fernruf 1179

Arn. Festerling,

Bielefeld,
Victoriastrasse 6.

PERDYNAMIN ein vorzüglich schmeckendes, flüssiges **HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT** aufs beste bewährt bei Blutarmut, allgemeiner Körperschwäche und Rekonvalescenz. — Unschädlich für die Zähne. Appetitanregend. Leicht verdaulich. Als Perdynamin-Cacao beliebtes Frühstücksgetränk.

Lecithin=Perdynamin ein **HAEMOGLOBIN-LECITHIN-PRÄPARAT** von bewährter Wirkung bei Neurasthenie und sonstigen Nervenkrankheiten, ferner bei Unterernährung und Rhachitis. — Als Lecitogen (Jaffé's Lecithin-Cacao) ein wertvolles Frühstücksgetränk für Nervenleidende.

Guajacol=Perdynamin ein **GUAJACOL-HAEMOGLOBIN-PRÄPARAT** ärztlich empfohlen bei Lungenkrankheiten, speziell Tuberkulose, Bronchitis, Keuchhusten, Skrofulose, als Vorbeugungsmittel bei Influenza oder sonstiger Neigung zu Lungenerkrankungen. — Proben und Literatur gratis und franko.

Chemische Fabrik H. BARKOWSKI, Berlin O. 27, Alexanderstr. 22.

Für den redaktionellen Teil (nicht für „Kleine Mitteilungen“ und den Inseratenteil) verantwortlich: Dr. H. Lungwitz, Berlin S. 14. — Verlag: Gustav Ehrke Zeitschriftenverlag, Berlin W. 9. — Druck von Carl Marschner Buchdruckerei, Berlin SW. 13.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 08029 6653

Public